

Kurzfassung

DRGs – Aktueller Stand

Die wesentlichen Ziele, die der Gesetzgeber mit der Einführung des DRG-System für die Krankenhausfinanzierung in der Gesundheitsreform 2000 verbunden hatte, waren Kostendämpfung durch eine Reduktion der Verweildauer und damit Reduktion von Krankenhausbetten. Parallel sollte eine deutliche Verbesserung der Transparenz über das Leistungsgeschehen in den deutschen Krankenhäusern erreicht werden, damit verbunden eine verbesserte Planung und Steuerung sowie Optimierung von Versorgungsqualität und Leistungsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. Mit Einführung des DRG-Systems ab 2003 wurde die Vergütung über tagesgleiche Pflegesätze abgelöst von einer leistungsorientierten pauschalen Vergütung pro Fall.

Die leistungsorientierte Fallpauschalenvergütung wird über zwei wesentliche Stellschrauben gesteuert: 1. Die Relativgewichte werden jährlich auf Basis von Kosten- und Leistungsdaten des Vorjahres für das kommende Jahr mit mathematisch-statistischen Methoden ermittelt. Den Auftrag hierfür hat das deutsche DRG-Institut = InEK = Institut für Entgeltfragen im Krankenhaus. 2. Der Landesbasisfallwert wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Vertretung der Krankenhäuser auf Landesebene (Krankenhausgesellschaften) verhandelt. Zugrunde gelegt werden hierfür die Leistungsmengen und Kosten aller Krankenhäuser eines Bundeslandes. In der ersten Konvergenzphase hat eine kontinuierliche Annäherung der 2003 noch krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an einen einheitlichen Landesbasisfallwert stattgefunden. Mit dem Ende der ersten Konvergenzphase bekommt jedes Krankenhaus innerhalb eines Bundeslandes den gleichen Erlös für die gleiche Leistung.

Die Komplexität im DRG-System hat seit der Übernahme des Australischen Systems als Optionsmodell für das Jahr 2003 in Deutschland deutlich zugenommen. 2009 gab es 1192 DRGs mit Schweregraden von A-I. Der anfangs im DRG-System vorhandene Kompressions-effekt wurde durch eine kontinuierliche Verbesserung der Kalkulations- und Dokumentationsgrundlagen beseitigt. Parallel einher geht damit ein Wertverfall in bestimmten Standardleistungen. Die Fallgruppierung wurde durch Einführung von Funktionen und eine stärkere Berücksichtigung von Prozeduren kontinuierlich verbessert. Spezielle Zusatzentgelte wurden als zusätzliche Erlösponente eingeführt. Die Refinanzierung von Innovationen können von Krankenhäuser in einem strukturierten Verfahren beantragt und vor Ort mit den Kostenträgern verhandelt werden.

Das von Vielen zunächst abgelehnte DRG-System ist weitgehend akzeptiert. Allerdings ist in den Krankenhäusern der Aufwand für Kodierung und Rechnungsbeanstandungen deutlich angestiegen. Die erwarteten Verweildauerverkürzungen und Bettenschließung sind eingetreten, es gibt mehr Transparenz und Informationen über Leistungsdaten (§21 KHEntgG) sowie über Kostendaten aus der DRG-Kalkulation. Dennoch sind die Kosten und Fallzahlen weiter gestiegen. Es fehlt bis jetzt eine Begleitforschung, um Aussagen über Veränderungen in der Versorgungsqualität zu treffen.

Herausforderungen für die nächsten Jahre ist die Berücksichtigung hochaufwändiger Pflege, Tagespauschalen für die Psychiatrie sowie die geplante Investitionsfinanzierung über DRGs.

Die Einführung des DRG-Systems hat erhebliche Veränderungen in den Krankenhäusern bewirkt. Die Wirtschaftlichkeit des Handelns ist in den Vordergrund gerückt.