



## **Das DRG System als Spitalfinanzierung in Deutschland und der Schweiz**

**- Idee, Implementation, Erfahrungen und Reformbedarf –**

Zürich, 02.09.2021

# Strategische Herausforderung

Jedes Spital/Krankenhaus hat die gleichen Herausforderungen

- **Wirtschaftliche Konsolidierung**
- **Anpassung des Leistungsportfolios**
- **Mitarbeiteridentifikation**
- **Technologische Modernisierung**
- **Wettbewerbsfähige Größe**

Es bedarf aber einer Einbettung in die historisch entwickelte Problemlage und braucht den Zusammenhang in den größeren krankenhauspolitischen und -ökonomischen Diskurs

# DRG als Honorierungsmodell / Idee

Die **Zielkonzeption der DRG ist weitgehend Konsens** zwischen den Beteiligten:

- Leistungsbezogene Honorierung
- Transparenz in und zwischen den Kliniken
- Steuerung der Prozesse in Kliniken
- Spezialisierung des Leistungsportfolios
- Qualitätsförderung durch Spezialisierung
- Leistungsbezogene Angebotsentwicklung statt Bettenbedarfsplanung

# DRG in der dualen Krankenhausfinanzierung D und CH

## Deutschland:

DRG umfassen Betriebskosten, zu 100 % durch Versicherer finanziert

DUALITÄT

Investitionen sollen durch Bundesländer finanziert werden

## Schweiz:

DRG umfassen Betriebs- und Quote für Investitionskosten

DRG Finanzierung zu ca. 55 % durch die Kantone

DUALITÄT

DRG Finanzierung zu ca. 45 % durch die OKP

# Differenzierung

**Ausgenommene Gesundheitseinrichtungen**

- Psychiatrische Einrichtungen und Einrichtungen der Psychosomatik
- Besondere Einrichtungen

**Differenzierungen im DRG-System**

- Unbewertete Fallpauschalen und Zusatzentgelte

**Abweichende Basisfallwerte**

- Landesbasisfallwerte
- Zu- und Abschlagstatbestände des § 17b KHG

**Fallbezogene Zu- und Abschläge**

- Zu- und Abschläge bei Grenzverweildauererletzungen
- Verlegungsabschläge

**Ausnahmeleistungen**

- neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden
- Hochspezialisierte Zusatzentgelte

# Implementation

Die Ergebnisse der DRG Implementierung nach über 15-jährigem Regelbetrieb bieten ein differenziertes Bild:

- Die **Verweilzeiten sind teilweise massiv gesunken**, im internationalen Vergleich deuten allerdings einige Befunde darauf hin, dass dies nicht (nur) auf die DRG- Einführung zurückzuführen ist, sondern einem generellen Trend (med.-techn. Fortschritt etc.) entspricht.
- Die **Ausgaben** für den stationären Sektor liegen (kaufkraftbereinigt) leicht über dem OECD-Durchschnitt.
- Die Preise (**Achtung: G-DRG ohne Investitionen**) liegen im unteren OECD-Bereich.
- Bei den Mengen (**Fallzahl je Einwohner**) ist Deutschland weiterhin Spitzenreiter.

# Politischer Rahmen (Deutschland) I

Nachdem die Hoffnung auf eine Konzentration und Anpassung der Angebotskapazitäten durch die Planungsinstanzen der Bundesländer verfolgt ist,

setzt die Gesundheitspolitik des Bundes verstärkt auf **ökonomische und qualitätsorientierte Anreize** zur Spezialisierung und Konzentration durch die Akteure selbst.

# Qualitätsorientierung

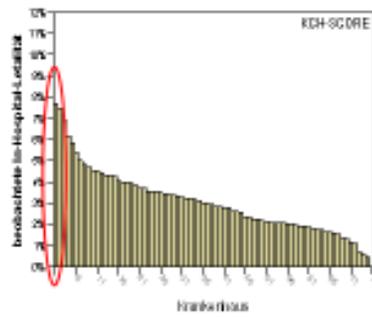
Fehlende Risikoadjustierung bietet  
Fehlinterpretationspotential (Beispiel)



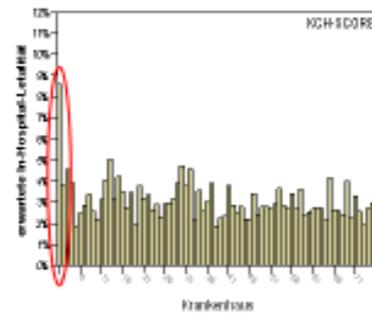
Quelle: Med Advisors

# Qualitätsorientierung

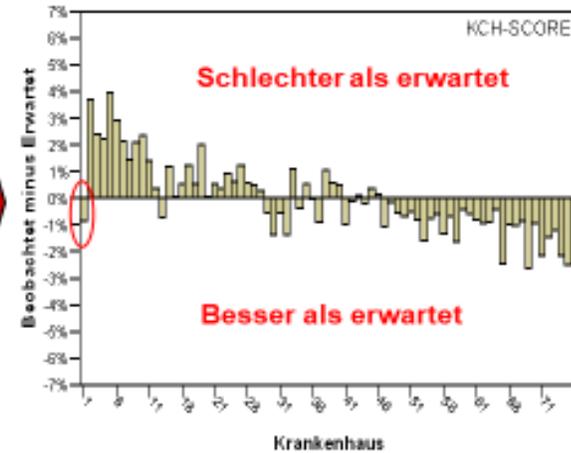
## Ziel „Fairer Vergleich“: Logistisches Regressionsmodell



Beobachtete  
Sterberate  
(O)



Erwartete  
Sterberate  
(E)



Risikoadjustierte Sterberate  
(O - E)

Koronarchirurgie 2004: In-Hospital-Letalität

Quelle: BQS

# Fallzahlen und Qualitäten

## Neues Gutachten April 2021



**Forderung: Mindestmengen als Instrument der Strukturentwicklung machen**

# Politischer Rahmen II

## DEUTSCHLAND

- Ausgliederung der Pflegekosten aus DRG stellt die Systemfrage
- Diskussion über Zukunft des DRG Systems
  - insbesondere Verhältnis Investitions- zu Betriebskosten
  - Vorhaltekosten (Pandemie)
  - Präzisierung der Leistungsportfolien

## SCHWEIZ

- Evaluationsbericht Juni 2019 Juni
- Unterschiedliche kantonale Umsetzungen

# Anpassungsdruck

- **Ökonomische Hebel:** Fixkostendegressionsabschlag, stärkere Pauschalierung, Kalkulation komplexer Prozeduren, Sachkosten.
- **Qualitative Hebel:** Mindestmengen, Indikationsqualität, Personaluntergrenzen (Notfallversorgung) etc. für bei dem Bemühen um Kapazitätsreduktion und Spezialisierung.
- **Politische Hebel:** Krankenhaus-Monitor (WIdO), Krankenhaus-Rating-Report (RWI), GKV Klinik-Simulator, indikationsspezifische Qualitätsbericht (IQTIG), Gutachten (Bertelsmann etc.) schärfen ökonomische und politische Argumente für einen Konzentrationsprozess.
- **Suchmaschinen** aller Versicherer und Kunden-/Patiententransparenz durch trägerseitige Qualitätsportale (Qualitätskliniken.de) helfen, Spezialisierung und die verbundene Qualität zur Grundlage der Nachfrage- oder Einweisungsentscheidung zu machen.
- **Digitalisierungsstrategie** wird zu einer massiven Beschleunigung der Vernetzung der Akteure (inkl. der Versicherer) führen, Patientenakten (in Händen der Patienten) werden neue Herausforderungen an Interoperabilität, Datenaustausch und Datensicherheit mit entsprechendem Investitionsbedarf bringen.

# 6 Punkte einer nachhaltigen Unternehmensstrategie

- 1. Analyse der regionalen Versorgungsnetzwerke und die Ableitung des spezifischen Versorgungsauftrags der Kliniken**
- 2. Regionale Kooperationen mit der Bereitschaft struktureller Konsequenzen bis hin zum Tausch von Versorgungsaufträgen.**
- 3. Entwicklung von Systempartnerschaften mit Umfeld (KVen), Heilberufen (Physio/Logo etc.), Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen inkl. der Altenpflege/betreutes Wohnen.**
- 4. Ausbau/Profilierung spezialisierter Angebotsstrukturen, regionale Leuchtturmprojekte mit überregionaler Aufmerksamkeit (innovative Diagnostik, digitalisierte Prozesse, personelle Leuchttürme). Versorgungspartnerschaften mit Versicherern (Nutzen für Patienten, Zu- und Einweiser Strategien, Reha für die Akuthäuser).**
- 5. Implementierung digitaler Instrumente (Patientensystematische Einbindung (Marktanalyse!) digitaler Unterstützungstools Akten, Abrechnungsverfahren, Nachsorgemodule).**
- 6. Unternehmenskooperationen im Umfeld zur Entwicklung von Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.**

# Vielen Dank



Institut für Gesundheitsökonomie  
und Versorgungsforschung

Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher

In den Wiesen 17

27404 Gyhum – Hersedorf

E-Mail: [herbert.rebscher@igv-research.com](mailto:herbert.rebscher@igv-research.com)

Phone: 0172 2608888