

1 Einführung

Das Gesundheitssystem ist mit ca. 10 % des Bruttoinlandprodukts einer der größten Sektoren der Wirtschaft und der größte Bereich des Dienstleistungssektors.¹ Dabei kommt dem Krankenhaussektor, als größtem Arbeitgeber im Gesundheitswesen mit 1,1 Millionen Beschäftigten und einem Umsatzvolumen von mehr als 51 Milliarden Euro, eine besonders große wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Bedeutung zu.² Die Erhaltung der Gesundheit wird in Meinungsumfragen regelmäßig als eine der höchsten persönlichen Prioritäten bezeichnet.³ Auch der Altersaufbau der Bevölkerung und die Wachstumsraten in den einzelnen Altersgruppen stellen die Wichtigkeit eines gut funktionierenden Gesundheitswesens in den Vordergrund. So wird die Zahl der über 80-Jährigen von 1990 bis zum Jahr 2030 von 1,1 Mio. auf 4,5 Mio. gestiegen sein.⁴ Auch die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Zudem muss, nach Auffassung des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, mit einer Zunahme der chronischen Erkrankungen gerechnet werden. An diesen Entwicklungen wird das Krankenhaus überproportional (in Relation zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens) beteiligt sein.⁵

Skandale, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Ärzten oder mit der Behandlung von Patienten bekannt werden, rücken regelmäßig auf die Titelseiten der Tageszeitungen. Bill Clinton hatte mit seinen Reformplänen für das Gesundheitswesen der USA seine erste Amtszeit im Weißen Haus gewonnen.⁶

Mit einer Reform des Gesundheitssystems können in Mitteleuropa zwar bislang keine Wahlen gewonnen werden, aber die Vorstellung, die Gesundheitsversorgung sei nicht gewährleistet bzw. gefährdet, kann – so die Meinung vieler Akteure des politischen Systems – sehr wohl zu hohen Stimmverlusten führen. All die oben aufgeführten Hinweise zeigen, dass das Gesundheitssystem in der politischen Praxis wie auch im täglichen Leben in den entwickelten Industrieländern von großer Bedeutung ist und in Zukunft auch noch an Priorität gewinnen wird.

Dieser besondere Stellenwert spiegelt sich in den täglichen Diskussionen um die Krisen des Gesundheitssystems wider. Weitere Indikatoren sind der Siegeszug der alternativen Heilmethoden, die im Laufe der Zeit immer mehr Anerkennung gefunden haben, der Imageverlust der ärztlichen Professionen, das Misstrauen vieler

1 Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9; Hauke (1993), S. 3; Fischer (4/2002) S. 250

2 vgl. Rocke (1/2002), S. 73

3 Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9

4 vgl. Sondergutachten 1995 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“

5 vgl. Trill (1996), S. 94 ff.

6 vgl. Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9

Patienten ärztlichen Diagnosen gegenüber, das dazu führt, dass gleich mehrere Experten konsultiert werden, die immer größer werdende Anonymität und Geschäftigkeit im Krankenhausalltag und schließlich die nicht verstummenden Stimmen, unsere Gesellschaft könne sich all das nicht mehr leisten.

Für das Gesundheitssystem und die Versorgungsorganisationen stellen die oben dargestellten Entwicklungen zum Teil eine beträchtliche Problematik dar. Krankenhäuser sind in der heutigen Zeit nicht nur von einer Schließung bedroht, sie werden auch, manchmal unter Wert, an Private verkauft.

Und was vor wenigen Jahren noch undenkbar schien, ist heute längst Realität: Auch Krankenhäuser können sich gezwungen sehen, Konkurs anzumelden.⁷

Diejenigen, die überleben, sind und werden mit neuen und ungewohnten Herausforderungen konfrontiert. Kostendruck, Personalmangel, Qualitätsdiskussionen, die Einführung ständig neuer Verfahren und die Schwierigkeiten bei der Suche eines perfekt abgestimmten EDV-Systems, sind neue Herausforderungen für Manager in Organisationen, an denen die Rationalisierungswellen und die Strukturveränderungen, mit denen viele andere Wirtschaftszweige schon seit Jahren zu kämpfen haben, bisher vorübergegangen sind. Krankenhäuser befinden sich in einem sich stark wandelnden Umfeld, welches sich von der wirtschaftlichen Entwicklung über die demografische Entwicklung bis hin zur sozio-kulturellen Entwicklung unserer Gesellschaft erstreckt. Krankenhaus-Leitungen fehlen nach wie vor jedoch häufig die Erfahrungen, das erforderliche Training und das notwendige spezifische Handwerkszeug, um mit diesen neuen Aufgabenstellungen umzugehen.⁸

Im vorliegenden Buch finden sich spezifische Instrumente, die Krankenhäusern helfen sollen, die oben erläuterten Schwierigkeiten und Probleme zu bewältigen.

Kapitel 1 beinhaltet die Notwendigkeit des strategischen Managements im Krankenhaus sowie die Darstellung des aktuellen Krankenhaus-Abrechnungssystems – des DRG-Systems. In einem zweiten Kapitel werden dem Leser die Grundlagen und Methoden der strategischen Unternehmensplanung vorgestellt. Kapitel 3 befasst sich mit den Grundlagen der strategischen Planung, hierzu gehören der konzeptionelle Rahmen und die verschiedenen Instrumente und Methoden zur Entscheidungsfindung bzw. zur Strategiefindung. In Kapitel 4 werden die zuvor allgemein dargestellten Instrumente und Methoden anhand eines praktischen Beispiels auf das Krankenhaus transferiert. Das abschließende fünfte Kapitel zeigt einen Ausblick in die Zukunft der Krankenhauswelt.

1.1 Strategisches Management im Krankenhaus

Der Beginn der neunziger Jahre und die damit einhergehenden anhaltenden Entwicklungen in den Wirtschaftssystemen der mitteleuropäischen Industrienationen zeigen auf, dass ein unwiderruflicher Umbruch begonnen hat. Sowohl die wirt-

7 vgl. Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9; Trill (1996), S. 94 ff.

8 vgl. Heimerl-Wagner/Köck (1996), S. 9; Trill (1996), S. 94 ff.; Hauke (1993), S. 3 f.; Braun (1999), S. 43 ff.

schaftliche und währungspolitische Zusammenführung der europäischen Nationen, als auch die allgemeine konjunkturelle Drosselung sind von beträchtlichen qualitativen und strukturellen Veränderungen und hoher Arbeitslosigkeit geprägt. Die Errungenschaften der konjunkturellen Spitzenzeiten müssen im Zuge der drückenden Finanzlasten der öffentlichen Haushalte überprüft und korrigiert werden. Diese Problematik wirkt sich auch auf das Gesundheitswesen aus und stellt für dieses eine große Herausforderung und Bewährungsprobe dar. Die sich bereits seit Jahren abzeichnende Begrenztheit der Ressourcen zwingt alle beteiligten Instanzen, neue Prioritäten zu setzen und umzudenken.⁹

Die Mehrzahl der Krankenhäuser war in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten durch eine relativ stabile Umwelt gekennzeichnet. Das „System“ Krankenhaus war nur selten strukturellen Veränderungen ausgesetzt. Ein gezieltes strategisches Management im Sinne einer gedanklichen Vorwegnahme von Umweltveränderungen und einer strukturierten, frühzeitigen Anpassung an zukünftige Zustände war bisher nicht notwendig. Das Patientenaufkommen war in der Regel gesichert und stabil. Die Fortschritte in den einzelnen Behandlungsmethoden erfolgten – im Vergleich zur heutigen Dynamik des medizinischen Fortschritts – eher „behutsam“, die rechtlichen Rahmenbedingungen veränderten sich nur selten. (Eine Ausnahme stellt hier jedoch das Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG – von 1972 dar).¹⁰ Insgesamt war das System bis Anfang der neunziger Jahre stabil und eher auf Expansion eingestellt als auf Stagnation oder gar Reduktion. In den letzten Jahren hat sich die Situation jedoch entscheidend geändert.¹¹ Das deutsche Gesundheitswesen muss sich seit Inkrafttreten des ersten Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) am 01. Januar 1993 gravierenden Veränderungsprozessen stellen.¹² Stärker denn je sind deutsche Krankenhäuser einem zunehmenden Wettbewerbsdruck und neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen ausgesetzt. Diejenigen Einrichtungen, die sich nicht frühzeitig den Veränderungen stellen und ihnen mit Zuversicht entgegentreten, werden dem großen Konkurrenzdruck nicht standhalten können und als „Verlierer“ aus dem Markt ausscheiden.¹³ Im Folgenden werden die wesentlichen Rahmenbedingungen, die das Gesundheitssystem bereits jetzt und auch zukünftig bestimmen und damit das Anforderungsprofil eines effizienten, strategischen Krankenhausmanagements darstellen, aufgezeigt.¹⁴

Demografische Entwicklung

In 40 Jahren werden ca. 30 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein. Als Folge dieser Entwicklung werden sich die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung stark verändern. Im Hinblick auf die in Zukunft immer älter werdenden Patienten ergeben sich multiple Krankheitsbilder, die eine Multimedikation und eine hohe Pflegebedürftigkeit mit sich bringen. Eine leistungs- und kostenintensive Kranken-

⁹ vgl. Sidamgrotzki (2000), S. 11 f.

¹⁰ vgl. Braun (1999), S. 388 f.

¹¹ vgl. Braun (1999), S. 388 f.

¹² vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 6

¹³ vgl. Damkowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000), S. 5

¹⁴ vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 6

hausstruktur mit fixen Entgelten und kurzen Verweildauern wird diese Zielgruppe nur in begrenzten Diagnose- und Behandlungsintervallen versorgen können. Daher muss für die Zukunft eine entsprechende Versorgungskette aufgebaut werden, nur so lässt sich eine flexible Überleitung in bedarfsgerechte und kostengünstigere Versorgungsstrukturen (z. B. ambulante und teilstationäre Behandlung, ambulante Pflege, stationäre Altenpflege, Kurzzeitpflege, geriatrische Reha) gewährleisten.¹⁵

Forschung und Entwicklung

Die Entwicklungen in den Bereichen Medizintechnik, Pharmaindustrie, Informationstechnologie und innerhalb der therapeutischen und diagnostischen Verfahren führen zu einer hohen Leistungsdichte und Kostenintensität bei gleichzeitig verkürzten Verweildauern.

Aufgrund der fortschrittsbedingten Reduzierung der Verweildauer kommt es zu einer Verschiebung von der stationären zur ambulanten Versorgung. Das aus der Verkürzung der Verweildauer resultierende Defizit kann durch eine Erhöhung der Fallzahlen¹⁶ ausgeglichen werden.¹⁷

Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems

(siehe Kapitel 1.2 Das DRG-System)

Grenzen der Finanzierbarkeit

Der Grundsatz der Beitragsstabilität (vgl. § 17 Absatz 1 KHG in Verbindung mit § 6 BPfV) setzt Krankenhäusern die Grenzen der Finanzierbarkeit. Demnach muss eine Ausgabenerhöhung auf die voraussichtliche Einnahmensteigerung bei den Krankenkassen begrenzt sein.¹⁸

Gesetzliche Rahmenbedingungen zum Qualitätsmanagement

Um bei möglichen Finanzierungsengpässen von Gesundheitsleistungen keine Einschränkungen in der Qualität der Versorgung befürchten zu müssen, bezieht sich eine gesetzliche Regelung auf die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems (vgl. § 135 SGB V). Mit Hilfe des Qualitätsmanagements soll sichergestellt werden, dass die medizinische und sonstige Leistungserbringung im Krankenhaus den definierten Qualitätsstandards genügt. Nach § 137 IV SGB V besteht erstmalig sogar die Gefahr von Vergütungsabschlägen, sofern kein adäquates Qualitätsmanagement eingeführt wird.

Ganz besonders für kleine Einrichtungen wird es schwierig, die Behandlungsformen und Eingriffsarten mit kleinen Fallzahlen den Qualitätsanforderungen anzu-

15 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000) S. 6, Braun (1999) S. 44

16 Anzahl der behandelten Fälle

17 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 7; Braun (1999), S. 44

18 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 7

passen bzw. ihnen zu genügen. Daher ist zu erwarten, dass kleinere Einrichtungen für einzelne Behandlungsformen keinen Versorgungsauftrag mehr erhalten.¹⁹

Verstärkter Wettbewerb/veränderte Umwelt der Anbieter

Die Umwelt der Anbieter wird sich in den nächsten Jahren weiter stark verändern. Aufgrund von Kooperationen, Fusionen, Beteiligungen und Übernahmen wird es weiterhin zu einer verstärkten Verzahnung der Leistungsstrukturen sowie zu einem verschärften Wettbewerb kommen.²⁰

Basel II

Insolvenzen von Krankenhäusern waren bislang allenfalls in der Rehabilitation denkbar, sie werden aber in naher Zukunft immer häufiger vorkommen. Bisher wurde den Akutkliniken auch bei zu geringen Umsätzen die Finanzierung durch Banken, kommunale oder auch private Träger gesichert.

In der Vergangenheit wurden oftmals ohne vorherige eingehende Prüfungen zu hohe Kredite ausgegeben, welche unter den heutigen Bedingungen nicht mehr bedient werden können. Für die Banken ergibt sich daraus das Problem, dass die Kredite im Insolvenzfall zwar durch Grundschulden abgesichert sind, die Immobilie jedoch bei bereits eventuell geschlossenem Betrieb keinen Wert mehr für das Kreditinstitut darstellt. Somit werden die Kliniken oftmals durch die beteiligten Banken „künstlich“ am Leben gehalten.

Dies wird sich in naher Zukunft ändern, so dass auch die Akutkliniken ihre Stellung im Markt finden und diese behaupten müssen. Zudem bringt Basel II entscheidende Veränderungen in der Kreditvergabe und den Kreditkosten. Nur Unternehmen, die sich frühzeitig mit einem Risikomanagement auseinandersetzen, haben die Chance sich auch in Krisensituationen am Markt behaupten zu können.

Was genau verbirgt sich nun hinter dem Begriff „Basel II“?

In dem Konsultationspapier des Baseler Ausschusses für Bankenaufsicht ist vorgesehen, dass bei der Kreditvergabe durch Banken an Unternehmen in Zukunft die Bonität des Kreditnehmers stärker berücksichtigt werden soll. Dies soll mit Hilfe eines Ratings geschehen, welches die Bonität des Kunden, die oftmals durch die Subjektivität der Hausbank getrübt ist, objektivieren soll. Mögliche Ratingkategorien sind z. B.

- das Management
- die Unternehmensplanung
- Controlling, Frühwarnsystem, Risikomanagement
- der Markt bzw. die Branche
- die Kundenbeziehungen
- die wirtschaftlichen Verhältnisse
- die weitere Unternehmensentwicklung.

19 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 9 f.

20 vgl. Unternehmensberatung GmbH Beratung und Betreuung (2000), S. 11 f.

Die beste Beurteilung ist AAA, die schlechteste zeichnet sich durch ein D aus. Bei einer Beurteilung von CC ist davon auszugehen, dass die Stellung eines Insolvenzantrags nicht mehr weit entfernt ist.

Die neue Eigenkapitalvereinbarung wurde Mitte 2004 veröffentlicht, die Regeln treten offiziell am 1. Januar 2008 in der Europäischen Union in Kraft, sie finden jedoch z. T. seit längerem in der täglichen Praxis Anwendung. Im Wesentlichen ist vorgesehen, dass Banken bei Kunden mit einem schlechten Rating die üblichen 8 % Eigenkapital hinterlegen müssen, bei Unternehmen mit einem sehr guten Rating kann die Eigenkapitalquote auf 1,6 % reduziert werden. Müssen die Banken für ein schlecht „geratetes“ Unternehmen eine höhere Eigenkapitalquote hinterlegen, können sie notwendigerweise weniger Kredite vergeben und sind, um die erhofften Gewinne erzielen zu können, darauf angewiesen für die wenigen Darlehen höhere Kreditzinsen zu vereinbaren. Somit werden in Zukunft die Kreditkosten bzw. Kreditkonditionen von der Bonität des Kunden abhängig sein. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Price, Waterhouse & Coopers geht davon aus, dass schlecht geratete Kunden, wenn sie überhaupt noch Kredite bekommen, drei bis fünf Prozent mehr Zinsen zahlen müssen als gut eingestufte Unternehmen.²¹

Die dargestellten veränderten Rahmenbedingungen zeigen, dass die zukünftigen Strukturen des Gesundheitswesens „krankenhausfeindlicher“ wurden und weiter werden. Daher ist viel stärker als bisher eine langfristige Sicherung der Existenz und Überlebensfähigkeit des Krankenhauses eines der wichtigsten Ziele des Managements. Aufgabe des strategischen Managements ist es nun, die strukturellen Veränderungen der Krankenhausumwelt systematisch zu erkennen, zu beobachten und hinsichtlich ihrer Bedeutung und möglichen Auswirkungen für das eigene Krankenhaus zu analysieren. Stärken und Schwächen bzw. Chancen und Risiken, die sich aus den oben dargestellten Veränderungen ergeben, sind mit Hilfe eines speziellen Instrumentariums zu ermitteln.²²

Aus den gewonnenen Erkenntnissen muss das strategische Management Vorschläge für die Nutzung von Chancen, den Ausbau von vorhandenen Stärken und den Abbau von Schwächen sowie Abwehrmaßnahmen für Risiken, die sich aus den veränderten Bedingungen ergeben, entwickeln. Der hierzu notwendige Diskussionsprozess aller beteiligten Personen ist vom Management zu initiieren und bestenfalls von einem externen Berater zu moderieren. Somit kann das strategische Management mit Hilfe unterschiedlicher Instrumente, die im Weiteren vorgestellt werden, einen wesentlichen Beitrag zu einer langfristigen Existenzsicherung und Überlebensfähigkeit des Krankenhauses liefern.²³

21 vgl. Westhelle (1/2002), S. 18–21; Müller von der Grün (1/2002), S. 22–23; Schieritz, et. al. (2006)

22 vgl. Braun (1999), S. 389 f.

23 vgl. Braun (1999), S. 389 f.

1.2 Das DRG-System

Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 2000 hatte der Gesetzgeber eine grundlegende Änderung des Entgeltsystems (auch: Vergütungssystem) der Krankenhausleistungen ab dem Jahr 2003 beschlossen. Das neue Entgeltsystem soll die Qualität und die Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen verbessern. Im Jahr 2003 wurde zunächst ein Jahr lang auf freiwilliger/optionaler Basis, seit 2004 dann verpflichtend für nahezu alle Krankenhäuser ein pauschaliertes Vergütungssystem eingeführt, das eine Vergütung nach fallgleichen Gruppen vorsieht²⁴ und das bisher bestehende Mischsystem aus Sonderentgelten, Fallpauschalen, Abteilungspflegesätzen und dem Basispflegesatz ersetzte.²⁵ Dabei werden die einzelnen Patienten je nach ihren Beschwerden in Fallgruppen eingeordnet und vergleichbare Fallgruppen gleich vergütet.

Das DRG System gilt ab dem 1. Januar 2004 für alle allgemeinen stationären und teilstationären Krankenhausleistungen.²⁶

Allgemeine Krankenhausleistungen, die nicht in jedem Krankenhaus angeboten werden, wie etwa die Notfallversorgung oder auch Ausbildungsstätten, werden über Zu- bzw. Abschläge berücksichtigt.²⁷

Am 27. Juni 2000 haben sich die Selbstverwaltungsorgane der Spitzenverbände der Krankenkassen des Verbandes der privaten Krankenversicherungen und der deutschen Krankenhausgesellschaft auf die Grundstrukturen des künftigen Vergütungssystems zu Leistungen im Krankenhaus verständigt. Dies geschah nach den Vorgaben des am 10. Juni 2000 in Kraft getretenen neuen § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).²⁸ Als Grundlage für die Einführung eines deutschen Fallpauschalensystems wurde die Systematik der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) gewählt.²⁹

Das AR-DRG-System wurde ausgewählt, da es nach Auffassung der Selbstverwaltungsorgane im Vergleich zu allen anderen weltweit eingesetzten DRG-Systemen am besten in der Lage ist, die häufigsten im Krankenhaus behandelten Erkrankungen, kostengerecht abzubilden und in Pauschalkomplexen zusammenzufassen.

Am 29. August 2001 verabschiedete das Bundeskabinett das DRG-Einführungsgesetz bzw. Fallpauschalengesetz (FPG).³⁰ Die erste Lesung im Bundestag erfolgte am 27. September 2001, die zweite sowie die dritte Lesung erfolgten am 14. Dezember 2001.

Dieser Gesetzentwurf wurde am 01. März 2002 vom Bundesrat ratifiziert. Das neue Abrechnungssystem soll die Kostenstruktur der Krankenhäuser verdeutlichen und die dadurch erzielte Transparenz einen Leistungsvergleich der einzelnen Krankenhäuser vereinfachen.³¹ Die vorherige Struktur des Abrechnungssystems war durch die Verweildauer eines Patienten geprägt. Durch die Vergütung des einheitlichen durchschnittlichen Basispreises sind nun die Krankenhäuser nur dann in der Lage wirtschaftlich zu arbeiten, wenn ihre tatsächlichen Kosten niedriger sind als der Vergütungserlös. Die

24 vgl. § 17 b KHG

25 vgl. Bihr/Hekking Krauskopf/Lang (2001), S. 120 f.

26 Vgl. Keun (2004) S. 78

27 vgl. § 17 b KHG

28 vgl. Burk/Hellmann (2001) III – 4.3.2, S. 2

29 vgl. Burk/Hellmann (2001) III – 4.3.2, S. 2

30 vgl. das Krankenhaus, Redaktionsbeilage/Fallpauschalengesetz (2001), S. 1

31 vgl. BMG-Pressemitteilungen (2002), S. 1

Festlegung eines einheitlichen durchschnittlichen Basispreises der DRG zwingt Krankenhäuser also, ihre Kostenstruktur zu kennen und zu überwachen, damit sie ihre Existenz sichern können. Zu prüfen ist daher, welches Kalkulationssystem sich am besten dazu eignet, die Kostenstruktur im Krankenhaus zu ermitteln.

Diagnosis Related Groups (DRG)

Das System der Diagnosis Related Groups ist ein eindimensionales Patientenklassifikationssystem, das in der Lage ist, sämtliche akutstationären Behandlungsfälle algorithmisch einander ausschließenden Fallgruppen eindeutig zuzuordnen.³² Dabei werden möglichst homogene Behandlungsfälle nach dem Verbrauch der Krankenhausressourcen in Fallgruppen innerhalb eines Gruppierungsprozesses (Grouping) mittels einer unterstützenden EDV-Software (Grouper) eingruppiert.

Ausgangspunkt der Entwicklung eines Abrechnungssystems nach fallgleichen Gruppen war ein Forschungsauftrag, der an Professoren der Yale Universität (USA) im Jahre 1967 gestellt wurde. Dieser Forschungsauftrag sah vor, ein Abrechnungssystem nach fallgleichen Gruppen, mit der Maßgabe, „ein Instrument zur Produktdefinition von Krankenhäusern und zur Unterstützung der Qualitätssicherung von stationären Patienten zu entwickeln.“³³ Dabei sollte die Anzahl der Fallgruppen überschaubar bleiben, alle stationären Fälle erfasst, die bestehende Dokumentation verwendet und die Kosten sowie die medizinische Homogenität der Fallgruppen gewährleistet werden. Mitte der siebziger Jahre wurde in den USA das erste DRG-System an der Universität Yale vorgestellt.

Dabei wurde bei der Eingruppierung in erster Linie auf die medizinische Homogenität anhand der medizinischen Diagnose geachtet, der Kostenbereich jedoch nicht als Fallgruppen, sondern nur nach Verweildauer berücksichtigt.

Die praktische Einführung des in Yale entwickelten DRG-Systems erfolgte 1983 in den USA, wobei die ursprünglich im Yale-System im Kostenbereich verwendete Verweildauer von den kostengleichen Fallgruppen abgelöst wurden.

Das Yale-DRG-System wurde als Krankenhausfinanzierungssystem für eine Kostenerstattung von Medicare Patienten (Medicare = staatliche Krankenversicherung für Rentner in den USA) in den Staaten New York, New Jersey, Massachusetts und Maryland verwendet und sollte durch Erlösanreize eine langfristige Kostenreduktion bewirken.

Ausgehend von diesem ersten Einsatz der Yale DRG wurden durch die Health Care Financing Administration (HCFA), Betreiber der Medicare Krankenversicherung, weitere Versionen der HCFA DRG entwickelt.

So entstand 1986 die vierte Generation des Health-Care-Financing-Administration-Systems (HCFA-DRG).

Dieses bekannteste DRG-System kann als Grundlage für alle bestehenden DRG-Systeme herangezogen werden. Daher kann das Grundsystem der HCFA-DRG als Basis für die Australian Refined DRG (AR-DRG) verwendet werden, das wiederum die Grundlage der German-DRG (G-DRG) bildet. Einen kurzen Überblick über weitere DRG-Systeme gibt Abbildung 1.³⁴

32 vgl. Keun (2004), S. 79

33 vgl. Lauterbach/Lüngen (2000), S. 5

34 In Anlehnung an Keun (2004), S. 19

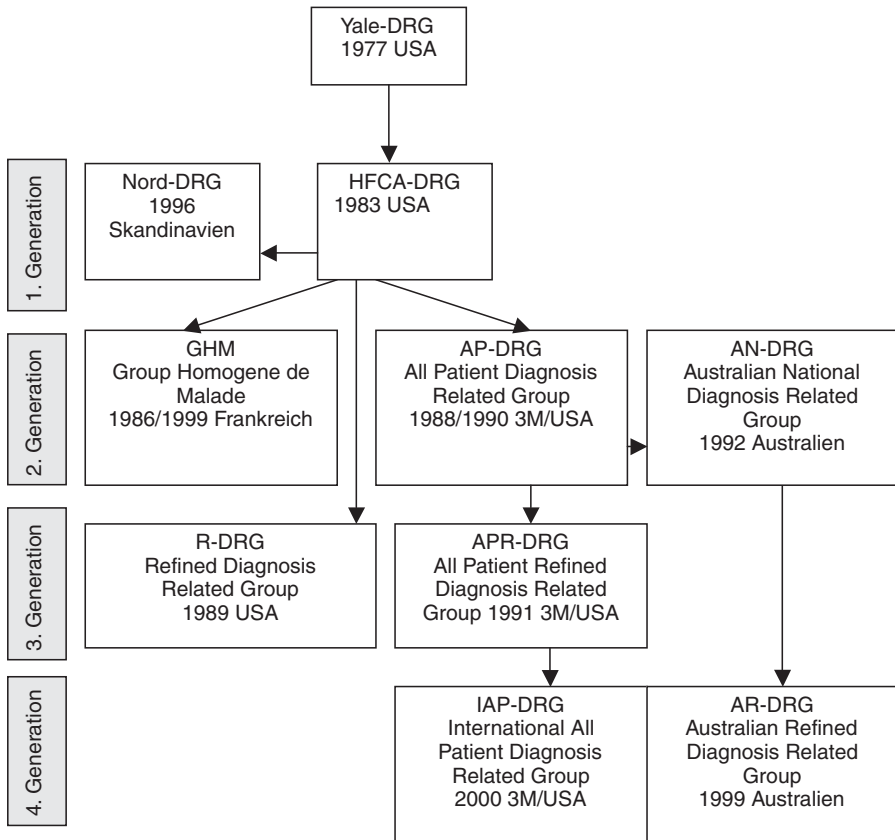


Abb. 1 Überblick über weitere DRG-Systeme (in Anlehnung an Keun, 2004, S. 20)

Um die Unterschiede in der Bedeutung der DRG-Systeme in den unterschiedlichen Ländern zu verdeutlichen, werden drei ausgewählte DRG-Systeme im Folgenden kurz beschrieben.³⁵

HCFA-DRG

Der Differenzierungsgrad des HCFA-DRG-Systems erstreckt sich von 492 bis 511 Fallgruppen. Es wird als Instrument zur Leistungsbemessung genutzt und gilt weiterhin als Finanzierungsinstrument für 50 % des Krankenhausumsatzes. Das System deckt die akutstationäre Versorgung ohne Rehabilitation, Langzeitpflege, Kinderklinik, Kliniken für die Behandlung Krebskranker und die Psychiatrie ab. Als Codiersystem verwendet das HCFA-System die ICD 9-CM-Codierung. Auf der Ebene der Basis-DRG werden zwei unterschiedliche Schweregradstufen berücksichtigt. Die Ermittlung der Bewertungsrelationen erfolgt auf Basis der nach Ein-

³⁵ Der Systemüberblick ist Tabelle 1 und 2 in Keun (2004), S. 21 u. S. 22 entnommen.

zelleistungsvergütung in Rechnung gestellten, aber nach DRG bezahlten Leistungen aller Krankenhäuser, korrigiert um verschiedene Faktoren, wie z. B. technischer Fortschritt, Produktivitätsänderungen und Inflationsrate. Regionale Besonderheiten werden ebenso wie für Lehrkrankenhäuser und nicht versicherte Patienten über pauschale Zuschläge berücksichtigt.

Groupe Homogene de Malade (GHM)

Der Differenzierungsgrad des GHM-Systems umfasst 590 Fallgruppen. Davon sind 72 Fallgruppen für ambulante Fälle vorgesehen. Das System wird als Instrument zur Leistungsbemessung und zur Ermittlung morbiditätsorientierter Budgets für Budgetverhandlungen eingesetzt.

Der Abdeckungsgrad dieses Systems umfasst Fälle der akutstationären Versorgung, der Rehabilitation, der Anschlussheilbehandlung (AHB) und der Psychiatrie. Das verwendete Codiersystem sind die ICD-10 und die CdAM (Catalogue des actes medicaux)-Codierung.

Auf der Ebene der Basis-DRG kommen zwei Schweregradstufen zum Tragen, sofern keine schwerwiegenden Komplikationen auftreten. Die Fälle mit schwerwiegenden Komplikationen werden in Sammel-DRG erfasst und höher vergütet. Die Kalkulation erfolgt durch eine jährliche Stichprobe bei einer kleinen Anzahl von Krankenhäusern. Anhand von Kostendaten aus 151 Krankenhäusern wird diese Stichprobe anschließend berichtigt. Für Dialysepatienten, die Strahlentherapie und Schwerbrandverletzte sowie krankenhausindividuelle Vereinbarungen werden Zuschläge gezahlt.

Australian National/Australian Refined DRG (AN/AR-DRG)

Das AN/AR-DRG-System umfasst 661 Fallgruppen. Das System kommt in den verschiedenen Staaten Australiens unterschiedlich zum Einsatz. Es wird als Instrument zur Leistungsbemessung und zur Leistungsplanung, zur Budgetermittlung und zur leistungsorientierten Finanzierung verwendet.

Das AN/AR-DRG-System deckt die akutstationäre Versorgung in der südaustralischen Psychiatrie ab. Das verwendete Codiersystem ist das ICD-9-CM bzw. ICD-10-AM (Australian Modification). Das System berücksichtigt auf der Ebene der Basis-DRG bis zu vier Schweregradstufen. Darüber hinaus wird die DRG-Zuordnung durch Kombinationen von fünf weiteren klinischen Faktoren ergänzt. Die Kalkulation erfolgt durch jährliche Stichproben bzw. eine Fortschreibung einer nationalen Kostenstudie. Für Lehrkrankenhäuser, regionale Besonderheiten und Vorhaltungen werden in den einzelnen Staaten unterschiedliche pauschale Zuschläge gezahlt.

Die Selbstverwaltungspartner einigten sich im Juni 2000 darauf, als Grundlage für das deutsche DRG-System (G-DRG) das bereits bestehende AR-DRG-System zu verwenden.

Das G-DRG-System ersetzte das zuvor bestehende Mischsystem, die Einführung erfolgt(e) in mehreren Stufen. In einer ersten Stufe, beginnend am 01. Januar 2003, konnten die Krankenhäuser ihre Krankenhausleistungen optional nach dem neuen Abrechnungssystem berechnen. In einer zweiten Stufe, erstmals ab 01. Januar 2004, waren/sind nun alle Krankenhäuser verpflichtet, ihre Krankenhausleistun-