



# Health System Watch

## Bezahlungssysteme von Spitälern im internationalen Vergleich

Thomas Czypionka, Frank Kronemann\*

### Zusammenfassung

Von der Bezahlung von Gesundheitsdiensteanbietern gehen mächtige Anreize auf Qualität und Effizienz aus. Dies wird bei Betrachtung der Bezahlssysteme im Spitalswesen mehr als deutlich. Die Idee der Fallpauschalen hat seit den Achtzigerjahren einen Siegeszug durch die Gesundheitssysteme der Welt angetreten, nahezu kein entwickeltes Land verzichtet mehr auf ihren Einsatz. Jedoch unterscheiden sich die Systeme in einer Reihe von Kriterien. Aus diesen Unterschieden können Lehren gezogen werden, Bezahlssysteme zu optimieren. Dies gilt auch für Österreich, dessen LKF-System über die Jahre verbessert wurde. Ein Blick über die Grenzen gibt etliche Anregungen zur Weiterentwicklung.

### Einleitung

Die letzte Ausgabe von *Health System Watch* betrachtete die Finanzierung des Spitalswesens speziell im österreichischen Gesundheitssystem, aber auch in anderen europäischen Gesundheitssystemen. Eine Ebene tiefer beschäftigt sich die vorliegende Ausgabe nicht mit „Woher kommt das Geld?“, sondern mit der Frage: „Wie wird es an Spitäler ausbezahlt?“. International hat sich einiges getan im Bereich Bezahlungssysteme. Die Vergütung mittels Fallpauschalen, bekannt als *diagnosebezogene Fallgruppen* (DRG), wird in den meisten europäischen Ländern genutzt, um Effizienzsteigerungen zu erzielen. Diese Effizienzsteigerungen sollen durch Anreize erreicht werden, die den Spagat zwischen einer qualitativ guten Behandlung und der Vermeidung einer unnötigen Überbehandlung ermöglichen sollen.

Vor der Einführung von DRGs existierten in Europa einerseits die Einzelleistungsvergütung (*Fee-for-Service, FFS*), zu der man auch die Bezahlung nach Belagstagen zählen kann, andererseits die Vergütung über globale Budgets (GB). Diese drei Vergütungsformen unterscheiden sich grundsätzlich, vor allem in Bezug auf den Anreizmechanismus. Die adäquate Anwendung und Weiterentwicklung dieser Vergütungsformen hat das Ziel, die Leistungserbringer so zu motivieren, dass eine patientenorientierte, qualitativ hochwertige und möglichst kosteneffiziente Behandlung von Patientinnen und Patienten ermöglicht wird. Simultan soll der administrative Aufwand gering gehalten und die Transparenz in der gesamten Leistungserbringung erhöht werden. Jedes einzelne Vergütungssystem (DRG, FFS, GB) hat in Bezug auf die derzeit gestellten Anforderungen unterschiedliche Stärken und Schwächen.

\* Alle: Institut für Höhere Studien (IHS); Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127,  
E-Mail: [health.econ@ihs.ac.at](mailto:health.econ@ihs.ac.at)  
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Zusammenfassung

Einleitung





## Theoretische Stärken und Schwächen von Vergütungsformen

Vor der Einführung von DRGs wurden hauptsächlich die *Einzelleistungsvergütung* bzw. *Liegedauerentgelte* eingesetzt. Vorteile bei dieser Vergütungsform ist, dass produktionssteigernde Anreize geschaffen werden, insbesondere in Ländern, in denen bisher mit (zu knappen) Globalbudgets gearbeitet wurde. Das heißt, dass sowohl die Anzahl der Behandlungsfälle als auch die Anzahl an Leistungen pro Fall tendenziell hoch sind. Einerseits ist dadurch sichergestellt, dass komplexe Fälle behandelt und ausreichend vergütet werden, andererseits kann ein solches Vergütungsschema negative Effekte auf die Effizienz aufweisen.

Die Vergütung anhand von *globalen Budgets* ist betreffend Anreizstruktur ein exakter Kontrast zu FFS. Vor der DRG-Einführung wurden bereits GB genutzt, um Ressourcen im Spitalssektor zu verteilen. Die Höhe des GB orientierte sich dabei meist an der Höhe des GB im vorangegangenen Jahr und den Verhandlungen zwischen den Leistungsträgern. Ein Pluspunkt des GB ist daher die Kontrolle über die Höhe der Ausgaben, im Gegensatz zu FFS. Negative Auswirkungen können jedoch durch den Verlust des Anreizes zusätzlicher Vergütung durch zusätzliche Leistung entstehen. In der Theorie stimuliert ein GB daher weder die Anzahl an Behandlungsfällen noch die Leistungen pro Fall.

Eine DRG-basierte Vergütung setzt im Unterschied zu FFS starke Anreize, die Anzahl an Leistungen pro Fall auf das notwendigste Maß zu reduzieren, angesichts der pauschalen Vergütung für Patienten mit vergleichbarem Ressourcenaufwand aber die Anzahl an Behandlungsfällen auszuweiten. Die Auswirkung auf das Budget hängt demnach davon ab, welcher der beiden Effekte stärker ausgeprägt ist. Unter anderem hängt dieser Umstand auch von dem System ab, welches vor dem DRG-basierten System implementiert war. In weiterer Folge hängen Stärken und Schwächen auch vom Patientenklassifikationssystem und von den länderspezifischen Anpassungen eines DRG-Systems ab. Folgende Tabelle 1 soll die Vor- und Nachteile der drei Basis-Vergütungsmodelle nochmals verdeutlichen.

**Tabelle 1: Theoretische Stärken und Schwächen von Vergütungsmechanismen**

	Behandlungsfälle	Leistungen pro Fall	Ausgabenkontrolle	Effizienz	Qualität	Transparenz
FFS	+	++	--	=	=	+
GB	-	--	++	=	=	-
DRG	++	--	+	+	=	+

Anmerkung: FFS = Einzelleistungsvergütung, GB = globales Budget, DRG = Vergütung, basierend auf diagnosebezogenen Fallgruppen; (+) + (starker) Anstieg, (-) - (starke) Abnahme, = unklar / geringer oder kein Effekt  
Quelle: Geissler et al. 2012, Barnum et al. 1995, WHO 2000

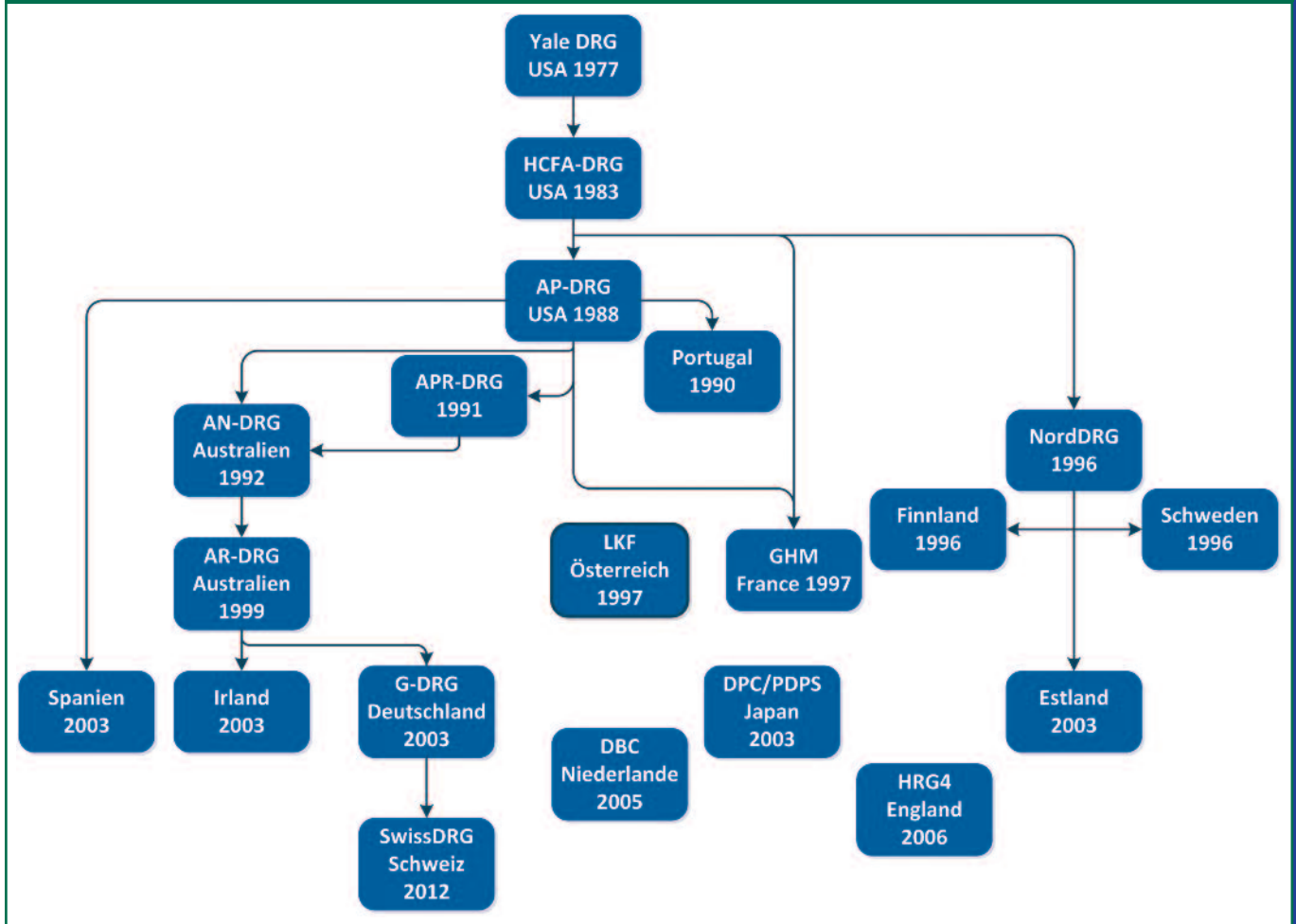
Mit den bereits erwähnten Zielen und dem Hauptziel, die Effizienz in der Erbringung von Krankenhausleistungen zu steigern, wurden in vielen europäischen Ländern DRG-Systeme implementiert. Das von der EU-Kommission geförderte Projekt HealthBASKET (2004-2007) zeigte bereits, dass es große Unterschiede in der Umsetzung des ursprünglich in Yale entwickelten DRG-Systems gibt und kein einheitlich akzeptiertes System existiert. So besteht die Möglichkeit, ein „fremdes“ DRG-System ohne oder mit nur kleinen Veränderungen zu nutzen (z. B. Irland, Polen, Spanien, Portugal), ein DRG-System eines anderen Landes zu adaptieren und auf die eigenen Besonderheiten zuzuschneiden (z. B. Frankreich, Deutschland, Schweden) oder, wie Österreich und die Niederlande, ein eigenes DRG-System zu entwickeln (Abbildung 1).

Das Projekt kam weiter zu der Erkenntnis, dass die im Grunde immer gleichen Bausteine (Abbildung 2) innerhalb eines DRG-Systems größeren Einfluss auf Kostenschwankungen innerhalb einer Behandlungsepisode haben als die Heterogenität einzelner Behandlungsmuster. Am meisten Gewicht haben dabei die strukturellen Komponenten Vergütung und Preissetzung. Letztere wird z. B. in Deutschland jährlich auf Grundlage der Kostendaten von etwa 250 freiwillig an der Kalkulationsstichprobe teilnehmenden Spitälern (etwa 15 % aller DRG-Spitäler) adaptiert. Einen anderen wichtigen Baustein bilden die Datenerfassung und die damit verbundenen Kostenverrechnungsdaten. (Geissler et al. 2012)





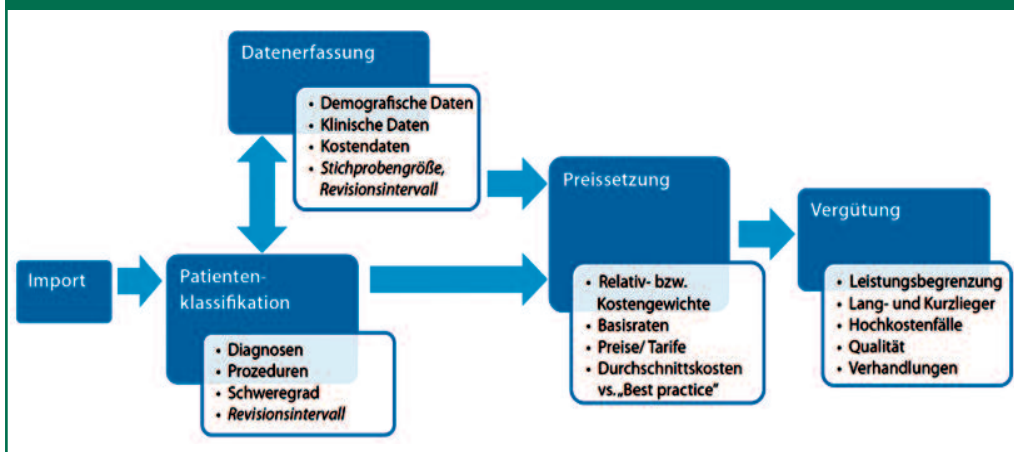
Abbildung 1: Stammbaum der DRG-Familie



Anmerkung: DRG: Diagnosis Related Group (diagnosebezogene Fallgruppe), HCFA: Health Care Financing Administration, AP: All Patient, APR: All Patient Refined, AN: Australian National, AR: Australian Refined, G-DRG: German DRG, LKF: leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, GHM: Groupe Homogène des Malades, DPC/PDPS: Diagnostic Procedure Combination/Per-Diem Payment System, DBC: Diagnose Behandel Combinatie

Quelle: basierend auf Kobel et al. 2011 und Fischer 2011

Abbildung 2: Wesentliche Bestandteile eines DRG-Systems



Quelle: Geissler et al. 2012 (nach Scheller-Kreinsen et al. 2009).



## Kostenverrechnungsdaten

### Kostenverrechnungsdaten

Im Gesundheitswesen haben Kostenrechnungssysteme in erster Linie das Ziel, Entscheidungsträger zu unterstützen und den Ressourcenverbrauch im Krankenhaus zu überwachen und zu kontrollieren. Daten der Kostenverrechnungsstellen in Spitälern werden genutzt, um DRG-Systeme zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln und DRG-Preise bzw. -Tarife für die Vergütung von Spitälern festzulegen. Diese Daten werden in regelmäßigen Abständen erhoben und dazu verwendet, DRG-Preise bzw. -Tarife anzupassen, da die Möglichkeit besteht, dass Spitäler durch bestimmte DRGs über- bzw. unterbezahlt werden, wenn die Kostenverrechnungsdaten ungenau sind. Auch wenn in der Praxis die wirtschaftlich lohnenden DRGs die weniger rentablen DRGs ausgleichen sollten, bestehen falsche Anreize für Spitäler, die Effizienz bei bestimmten Patientengruppen mit überschätzten DRGs zu verbessern. Auf der anderen Seite kann die Qualität bei weniger rentablen Leistungen leiden, wenn die Vergütung bestimmter DRGs unterschätzt wird. (Tan et al. 2014)

Um DRGs richtig zu gewichten und Kostenausreißer zu identifizieren, stehen folgende Fragen im Mittelpunkt der Erstellung von Kostenrechnungssystemen:

- Wie hoch ist der Anteil der Krankenhauskosten, die durch das DRG-System bezahlt werden?
- Wie hoch ist der Anteil der Krankenhäuser, die durch DRGs vergütet werden und Kostendaten sammeln?
- Bestehen Leitfäden bzw. verpflichtende Regeln in der Kostenrechnung?
- Welche Methoden werden zur Kostenbewertung eingesetzt? Gibt es ein System zur Beurteilung der (Kosten-)Datensammlung?

Die Erhebung von Kostenverrechnungsdaten wird genutzt, um ein DRG-System zu aktualisieren. Dieser Umstand verlangt eine gewisse Verzögerung zwischen Erhebung und Implementation/Anwendung der neuen Daten. Die Anpassung oder das Erstellen/Segmentieren von DRGs ist aber vor allem dann nötig, wenn neue Behandlungsmethoden, also technische Innovationen, Einzug in den medizinischen Alltag finden. Die Häufigkeit dieser Aktualisierungen und die Verzögerung bis zur Anwendung im DRG-System sind in europäischen Ländern unterschiedlich (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Häufigkeit der Aktualisierungen in DRG-Systemen**

DRG-based hospital payment system				
Patient classification system			Payment rate	
	Frequency of updates	Time lag to data	Frequency of updates	Time lag to data
Austria	Annual	2-4 years	4-5 years (updated when necessary)	2-4 years
England	Annual	Minor revisions annually; irregular overhauls every 5-6 years	Annual	3 years (but adjusted for inflation)
Estonia	Irregular (first update after 7 years)	1-2 years	Annual or following update of FFS fees	1-2 years
Finland	Annual	1 year	Annual	0-1 year
France	Annual	1 year	Annual	2 years
Germany	Annual	2 years	Annual	2 years
Ireland	Every 4 years, linked to Australian updates of AR-DRGs*	Not applicable (imported AR-DRGs)	Annual - linked to Australian cost weight updates	1-2 years
The Netherlands	Irregular	Not standardized	Annual or when considered necessary	2 years, or based on negotiations
Poland	Irregular - planned twice per year	1 year	Annual update only of base rate	1 year
Portugal	Irregular	Not applicable (imported AP-DRGs)	Irregular	2-3 years
Spain (Catalonia)	Biennial	Not applicable (imported 3 year old CMS-DRGs)	Annual	2-3 years
Sweden	Annual	1-2 years	Annual	2 years

AR-DRGs, All patient (AP-)DRGs; CMS-DRGs, Centers for Medicare and Medicaid Services DRGs; DRGs, diagnosis-related groups; FFS, fee-for-service.

Quelle: Scheller-Kreinsen et al. 2011





Sowohl das Patientenklassifikationssystem (PKS), als auch die Tarifsetzung erfolgt in den meisten europäischen Ländern auf jährlicher Basis, mit nur wenigen Ausnahmen. In Estland wurde das DRG-System im Jahr 2003 eingeführt und das erste Mal im Jahr 2010 aktualisiert. Irland verwendet australische DRGs, welche alle vier Jahre aktualisiert werden. In Österreich wird das PKS jährlich aktualisiert, die Anpassung der Relativgewichte erfolgt hingegen nur nach Bedarf (alle vier bis fünf Jahre) und nur für bestimmte DRGs. (Scheller-Kreinsen et al. 2011)

In den Ländern, in denen die DRG-Gewichte mit kleineren Anpassungen von außerhalb importiert werden (z. B. Irland), werden klarerweise keine Kostendaten zur Bestimmung der DRG-Gewichte genutzt. Die Kostendatenerfassung ist zudem nicht überall verpflichtend. Allein England, die Niederlande und Portugal besitzen ein verpflichtendes Kostenerfassungssystem. Dennoch existieren nationale Kostenerfassungsrichtlinien in sieben der zwölf Länder (Ausnahme: Estland, Finnland, Österreich, Polen, Spanien).

Neben den in Tabelle 2 ersichtlichen Anpassungsintervallen ist auch die Anzahl der Kostendaten bereitstellenden Krankenhäuser ein wichtiger Punkt. Bis auf England (alle Krankenhäuser stellen Kostendaten bereit) und die Länder, die ihre DRG-Gewichte „importieren“, wird eine mehr oder weniger große Auswahl an Krankenhäusern zur Kostendatenerhebung genutzt. Die Größe der Stichprobe an Krankenhäusern, die Kostendaten bereitstellen, alleine gibt jedoch keine Auskunft über die Präzision der DRG-Gewichte.

In England werden die Kosten zwar in allen Krankenhäusern standardisiert erfasst, jedoch ist die Methode relativ aufwandsarm und unpräzise. Andere Systeme haben höhere Anforderungen an die Dokumentation und Kostenverrechnung und liefern aus einer kleineren Stichprobe genauere Ergebnisse, um DRG-Gewichte zu aktualisieren.

Im europäischen Vergleich wird in Österreich mit 20 Häusern eine eher geringe Anzahl genutzt. In Deutschland stellen beispielsweise 225 Krankenhäuser (rund 13 % aller Krankenhäuser), in Estland alle öffentlichen Krankenhäuser, in Frankreich 110 Krankenhäuser (rund 16 %), in Schweden alle Krankenhäuser mit einem Kostenerfassungssystem (rund 62 % aller Fälle) und in den Niederlande immerhin 22 Krankenhäuser (rund ein Viertel aller Krankenhäuser) Kostendaten bereit. (Geissler et al. 2012, Or 2014, Tan et al. 2014)

## **Unterschiede intramuraler Bezahlungssysteme**

Zum Teil unterscheidet sich die Vergütung von Spitälern international erheblich. Dies betrifft eine ganze Reihe von Komponenten.

### **Charakteristika von verschiedenen DRG-Systemen**

Seit den frühen 1990er Jahren haben Forscher versucht, das Konzept der DRGs zu erweitern und auch andere Bereiche als den stationären Sektor von Akutkrankenhäusern über dieses System zu bezahlen. Wie in Tabelle 4 ersichtlich, findet in den meisten Ländern eine Bezahlung über DRGs im stationären Sektor, in der Tagesklinik und im ambulanten Sektor statt. Manche Länder haben allerdings den Umfang an Leistungen, die über das DRG-System bezahlt werden, erweitert. Auch Rehabilitation und Notfallversorgung mit sehr heterogenen Fällen werden in der Mehrzahl der Länder über DRGs vergütet.

Die Breite, also das Spektrum der so vergüteten Leistungen, und die Tiefe, also mit welcher Genauigkeit Fälle unterschieden werden, haben demnach großen Einfluss auf die Anzahl an DRGs. Die Anzahl an DRGs variiert zwischen den Ländern beträchtlich, zum Beispiel wenn man das niederländische „Diagnose Behandel Combinatie“-System (DBC, Diagnose-Behandlungs-Kombinationen) dem österreichischen LKF-System gegenüberstellt. Die pure Anzahl der DRGs ist zwar kein Qualitätsmerkmal, jedoch lassen sich die Feinheit in der Schweregradeinteilung von Krankheiten zur besseren Berücksichtigung der Patientencharakteristika und die generelle Breite von Leistungen im DRG-System erahnen. Die Diagnose- und Prozedurenklassifikationen sind ebenfalls von Land zu Land verschieden und unterscheiden sich im Umfang deutlich voneinander, was einen Vergleich innerhalb Europas ebenfalls erschwert. Im Folgenden wird ein Blick auf die Bezahlung der unterschiedlichen Leistungen geworfen.

**Unterschiede  
intramuraler Be-  
zahlungssysteme**





**Tabelle 3: Attribute europäischer DRG-Systeme**

Land (DRG-System)	Diagnose- klassifikation	Prozedurenklassifikation	Anzahl Gruppen
Deutschland (G-DRG)	ICD-10_GM	OPS (Operationen- und Prozeduren- schlüssel)	1200
England (HRG)	ICD-10	OPCS	1389
Estland (NordDRG)	ICD-10	NCSP (Nomesco Classification of Surgical Procedures)	794
Finnland (NordDRG)	ICD-10-FI	NCSP-FI (Finnische NCSP-Adaption)	794
Frankreich (GHM)	CIM-10	CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)	2297
Irland (AR-DRG)	ICD-10-AM	ACHI (Australian Classification of Health Interventions)	665
Niederlande (DBC)	ICD-10	Elektronische DBC Typeringslijst	~30.000
Österreich (LKF)	ICD-10-BMSG-2001	Leistungskatalog	979
Polen (JGP)	ICD-10	ICD-9-CM	518
Portugal (AP-DRG)	ICD-9-CM	ICD-9-CM	679
Spanien (AP-DRG)	ICD-9-CM	ICD-9-CM	679
Schweden (NordDRG)	ICD-10-SE	Schwedische NCSP-Adaption	794

Quelle: Geissler et al. 2012 und Kobel et al. 2011

Anmerkung: Anzahl Gruppen Stand 2008; GM/FI/AM/BMSG/SE: deutsche/finnische/australische/österreichische/schwedische Modifikation; CM: klinische Modifikation

Dem HealthBASKET-Projekt folgend analysierte das EuroDRG-Projekt<sup>1</sup> genauer, welche Anreize und Ziele in den verschiedenen europäischen DRG-Systemen gesetzt werden. Im Zuge des Euro-DRG Projektes haben Tan et al. (2014) mittels standardisierter Fragebögen die implementierten Kostenrechnungssysteme in zwölf europäischen Ländern (Österreich, England, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Irland, Niederlande, Polen, Portugal, Spanien/Katalonien und Schweden) analysiert und verglichen. In jedem der aufgelisteten Länder wurden Experten kontaktiert, die für die Beantwortung der Fragen zuständig waren.<sup>2</sup> Tabelle 4 gibt einen Überblick und zeigt, dass in den meisten Ländern die Vergütung durch DRGs das Hauptbezahlssystem darstellt. Eine Ausnahme bilden lediglich Estland und Katalonien, in denen die Bezahlung durch DRGs jeweils nur 39 % und 15 bis 20 % ausmachen. Zudem finanziert kein Land 100 % der Kosten durch DRGs, stattdessen werden weitere Finanzierungsmittel verwendet.

**Tabelle 4: Anteil der Vergütung von Spitalskosten durch das DRG-System**

Country	The share of hospital costs reimbursed through DRG payment	Services covered by DRG-based payments			Services not covered by DRG-based payments				Costs not covered by DRG-based payments			
		Inpatient care	Day care	Outpatient care	Psychiatric services	Rehabilitation services	Intensive care	Emergency care	Teaching	Research	Capital costs	Expensive drugs
Austria	96%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
England	60%	x <sup>a</sup>	x	x	x				x	x		
Estonia	39%	x	x	x <sup>b</sup>					x	x		
Finland	Varies by hospital	x	x	x <sup>c</sup>	x		x	x	x	x	x	
France	80%	x <sup>a</sup>	x	x		x	x	x	x	x		x
Germany	80%	x <sup>a</sup>	x	x	x				x	x	x	x
Ireland	<80%	x	x	x	x	x			x	x	x	
Poland	>60%	x	x				x	x	x	x		x
Portugal	80%	x	x	x <sup>b</sup>					x	x		
The Netherlands	84%	x	x	x					x	x		x
Spain/Catalonia	15-20%	x	x	x <sup>b</sup>					x	x		
Sweden	Varies by hospital	x	x	x		x			x	x		x

a: Acute inpatient care only.  
b: Surgical outpatient care only.  
c: In some districts only.

Quelle: Tan et al. 2014

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht.

1 Detaillierte Informationen finden sich unter: [www.eurodr.org/](http://www.eurodr.org/)

2 Der Partner in Österreich ist das Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie (MSIG) an der Medizinischen Universität Innsbruck.





Leistungen, die in Österreich und wenigen anderen Ländern nicht von DRG-Systemen abgedeckt werden, sind Leistungen im psychiatrischen Bereich, in der Rehabilitation und der Intensivmedizin. Für Österreich können wir die Angaben allerdings nicht nachvollziehen. Weder verfügt Österreich insgesamt über ein DRG-System im ambulanten Bereich (Outpatient Care), noch fehlt ein solches im akutpsychiatrischen Bereich. Auch werden mit Sicherheit nicht 96 % der Spitalskosten über LKF vergütet. Es gibt sogar einige Bundesländer, in denen die LKF-Dotierung als Anteil an den stationären Endkosten nur knapp über 50 % beträgt (vgl. HSW I-2015: Abbildung 5).

In Finnland, Frankreich und Polen ist der Bereich Notfallversorgung aus dem DRG-Vergütungsschema ausgeschlossen. In anderen Ländern werden zum Beispiel Rettungs- bzw. ambulante Dienste (England), Neonatologie und stationäre Strahlentherapie (Frankreich), geriatrische Leistungen (Irland) und Verbrennungsmedizin (Schweden) ebenfalls nicht durch das DRG-System vergütet. Kosten für Lehre und Forschung werden, mit Ausnahme von Irland, in keinem der zwölf Länder durch DRGs finanziert. Teilweise werden Kapitalkosten und Ausgaben für kostenintensive Arzneimittel von DRGs getragen. (Tan et al. 2014)

## Auswirkung auf und Behandlung von Investitionen und Innovationen<sup>3</sup>

Investitionen sind der Einsatz von finanziellen Ressourcen zur Beschaffung von Sachkapital auf langfristiger Basis. Das Kapital dient dabei nicht nur der Erhaltung medizinischer Geräte als Komplement zur personellen Leistung, sondern auch der Erweiterung oder Verbesserung, also der Innovation. Da Mithilfe von DRG-Systemen angeregt werden soll, die Kosten pro Aufnahme zu senken, liegt nahe, dass damit auch ein Anreiz zum Einsatz kosteneinsparender Technologien gegeben wird. Ein Beispiel wäre ein CT, welches einen höheren Durchsatz ermöglicht. Dementsprechend werden negative Anreize für die Anwendung kostensteigerender Innovationen (unabhängig vom Einfluss auf die Behandlungsqualität) gesetzt und die Verwendung von Health Technology Assessments vor der Einführung neuer Technologien begünstigt.

Bisher haben kaum Studien den Effekt von DRG-Systemen auf technologische Neuerungen untersucht. Die wenigen Studien, die sich annähernd mit diesem Thema befassen, stammen aus den USA. Im Zuge des EuroDRG-Projektes haben Scheller-Kreinsen et al. (2011) versucht, Unterschiede und Effekte der länderspezifischen DRG-Systeme auf die Anwendung technologischer Neuerungen zu beschreiben. Dabei hat sich herausgestellt, dass die Verfügbarkeit von kurzfristigen zusätzlichen Finanzierungsmitteln ein wichtiger Faktor ist, der die Einführung und Nutzung von technologischen Neuerungen stimulieren kann. Diese kurzfristigen Finanzierungsinstrumente werden in einigen Ländern außerhalb eines DRG-Systems angewandt. Andererseits ist es aber auch möglich, technologische Neuerungen durch langfristige Aktualisierungsmechanismen innerhalb eines DRG-Systems den Krankenhäusern einzugliedern.

Das wichtigste Instrument außerhalb des DRG-Systems sind *separate Vergütungen für Investitionen*. Formen von separaten Vergütungen sind vorab verhandelte Einzelleistungsvergütungen oder retrospektive Vergütungen auf Basis der Kosten pro Fall (Kostenerstattung). Generell werden beide Vergütungsarten in Settings genutzt, in denen noch relativ wenige Informationen über Kosten und Nutzen von neuen Innovationen/Technologien vorliegen. Die Vorteile, die sich daraus ergeben, liegen darin, dass solche Zahlungen schnell verfügbar gemacht werden und auf einfache Weise Bedingungen festgelegt werden können, unter welchen Umständen Zahlungen erfolgen.

Im Gegensatz dazu gibt es innerhalb eines DRG-Systems eine Reihe von Instrumenten, die sich nach Scheller-Kreinsen et al. (2011) in *Zusatzvergütungen* und *spezielle Vergütungen* (für Kostenausreißer) kategorisieren lassen. Beide Formen haben bestimmte DRG-Tarife als Basis und rechtfertigen zusätzliche Kosten aufgrund erhöhter tatsächlicher Behandlungskosten. *Zusatzvergütungen* werden als zusätzlicher Teil der gewöhnlichen DRG-Tarife ausgeschüttet, wenn bestimmte Technologien angewandt werden. Die Höhe dieser Vergütung kann entweder verhandelt oder in Form einer Kostenrückerstattung pro Fall ausgeschüttet werden. Zum Beispiel werden in manchen Ländern die durchschnittlichen Kosten einer Patientin oder eines Patienten einer bestimmten Gruppe bestimmt und dann nach Anbieter gewichtet, bevor eine Zahlung erfolgt. Der admi-

<sup>3</sup> Wenn nicht anders angegeben, basierend auf Scheller-Kreinsen et al. (2011).



nistrative Aufwand, solch einen Zusammenhang zwischen DRG-Tarif und neu angewandter Technologie herzustellen, mag nicht unerheblich sein und auch Zeit verlangen. Dieser Aspekt kann bei Spitälern bereits hemmend auf die Einführung neuer Technologien wirken. *Spezielle Vergütungen* basieren ebenso auf DRG-Tarifen, werden aber in drei verschiedenen Varianten ausgeschüttet:

- Retrospektive Vergütung von Kosten oberhalb einer statistisch ermittelten Grenze
- Fixe Vergütungen
- Vergütung von gewichteten Kosten (z. B. der Mittelwert der Kosten pro Fallgruppe wird zusätzlich vergütet)

Weiters existieren in vielen Ländern zusätzliche Vergütungen für Fälle, deren Verweildauer außerordentlich lang oder kurz ist. Diese Vergütung muss jedoch kritisch gesehen werden, da neue Technologien die Verweildauer erhöhen können, wenn die Überlebenschancen der Patientinnen und Patienten zunimmt. Andererseits kann sich die Verweildauer verkürzen, wenn neue Methoden wie beispielsweise minimalinvasive chirurgische Eingriffe den Heilungsprozess beschleunigen.

**Tabelle 5: Kurzfristige Finanzierungsinstrumente für technologische Neuerungen**

Land	Separate Vergütungen	Zusatzvergütungen	Spezielle Vergütungen
	Außerhalb des DRG-Systems	Innerhalb des DRG-Systems	
Österreich	✓	x	x
England	✓	✓	x
Estland	✓	x	✓
Finnland	x	x	✓
Frankreich	✓	✓	x
Deutschland	✓	✓	x
Irland	✓	x	x
Niederlande	✓	✓	x
Polen	x	✓	x
Portugal	x	x	x
Spanien*	✓	x	x
Schweden**	(✓)	(✓)	(✓)

Anmerkung:

\* Informationen beziehen sich auf Katalonien, da in Spanien die Spitalsfinanzierung dezentralisiert organisiert ist.

\*\* Alle Instrumente werden genutzt, jedoch abhängig vom jeweiligen County Council.

Quelle: IHS HealthEcon 2015, nach Scheller-Kreinsen et al. 2011

## Behandlung von Notfallversorgung

In vielen europäischen Ländern (England, Estland, Deutschland, Irland, Niederlande, Schweden, Spanien) wird die Notfallversorgung über das DRG-System vergütet. Ein Hauptproblem dieser Leistungskategorie ist es, die Behandlung von Patientinnen und Patienten entsprechend abzubilden. Im englischen DRG-System (*Healthcare Resource Groups, HRG*) wurden 2007/2008 beispielsweise PatientInnenendaten von verschiedenen Notfallambulanzen<sup>4</sup> gesammelt und anhand dieser Daten Tarife erstellt. Da die Datenübermittlung jedoch auf freiwilliger Basis erfolgt ist, gilt die Datenqualität als geringwertig und es wurden 2009/2010 lediglich zwölf Tarife erstellt, die bezüglich Diagnose und Behandlungskosten unterscheiden, aber keine speziellen Mechanismen gegen Kostenausreißer beinhalten. (Mason et al. 2011)

In Deutschland ist die Finanzierung der Notfallversorgung ebenfalls durch das DRG-System geregelt. Ein Gegenstand der Diskussion ist hier auch die Bezahlung von Kostenausreißern in der Notfallversorgung, also die Behandlung von Schwerverletzten. Neben verschiedenen Studien betreiben auch Garving et al. (2014) eine Kostenanalyse auf dem erwähnten Gebiet und betrachten

<sup>4</sup> Es wurden Daten von Notfallambulanzen innerhalb von Krankenhäusern sowie außerhalb von Krankenhäusern gesammelt. Unter letzterem fallen auch sogenannte walk-in centres, minor injury units, oder größere accident and emergency departments (A&E).







alle stationären Aufnahmen im Kalenderjahr 2009, die einerseits über den Schockraum des Universitätsklinikums Aachen aufgenommen wurden und andererseits eine vollständige Dokumentation der Kostendatensätze aufwiesen ( $n = 442$ ). Der stark variierende Behandlungsaufwand von Schwerverletzten ist demnach ein Grund dafür, dass die Notfallversorgung durch eine pauschalisierte DRG-Finanzierung nicht optimal gelöst ist. Eine Methode zur besseren Kostenabbildung bestünde beispielsweise darin, bestimmte Indikatoren, die verlässlich eine Kostensteigerung anzeigen – etwa statistisch signifikante Merkmale wie die *Inzidenz von Lungenverletzungen* oder die *Gabe von Blutprodukten* –, mit in die pauschalisierte Vergütung einzubeziehen. Weiters könnten Indikatoren wie der ISS (*Injury Severity Score*) genutzt werden, der Auskunft über die Schwere einer Verletzung gibt und somit Kostenausreißer in der Notfallversorgung besser an die Vergütung anpassen könnte. (Garving et al. 2014)

## Behandlung von Rehabilitation

In den meisten Ländern werden Leistungen, die der Rehabilitation dienen, durch das jeweilige DRG-System abgedeckt. Österreich bildet hier jedoch mit Frankreich, Irland und Schweden die Ausnahme. Eine deutsche multizentrische Langzeitstudie (von Eiff et al. 2011) zeigt die Auswirkungen von DRGs auf die Rehabilitation im Zeitraum 2003 bis 2009. Dabei wurde insbesondere auf Patienten im Behandlungsbereich Orthopädie und Kardiologie eingegangen. Die Verweildauer im Akutkrankenhaus war dabei über alle Behandlungsgruppen kürzer als vor der Einführung von DRGs in Deutschland (2004). Die Zeit zwischen der Behandlung im Akutkrankenhaus und der Anschlussrehabilitation (AHB) war jedoch nicht wesentlich kürzer, da die längere Verweildauer vor der Einführung von DRGs im Grunde mit einer dementsprechend längeren Übergangszeit zur AHB substituiert wurde. Weiters zeigt die Studie eine Tendenz, dass Patientinnen und Patienten mit einem schlechteren Gesundheitszustand in die AHB aufgenommen werden. Allerdings wird auch gezeigt, dass die Intensität der Behandlung in der Rehabilitation gestiegen ist, was primär auf einen Anstieg von Gruppentherapien zurückzuführen ist. Damit verbunden belegten von Eiff et al. (2011) auch, dass die Behandlungsergebnisse in der AHB teilweise besser waren bzw. gleich geblieben sind, obwohl der Gesundheitszustand bei der Aufnahme der Patientinnen und Patienten schlechter gewesen ist.

Im Gegensatz dazu zeigt eine kürzere Studie aus der Schweiz (Stauber et al. 2014) keinen signifikanten Unterschied im Gesundheitszustand bei Rehabilitationsbeginn von Patientinnen und Patienten mit Hüft- bzw. Knieprothesen, verglichen mit Daten vor und nach der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012. Ebenso wurde keine Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Entlassung aus der AHB festgestellt, verglichen mit Daten vor 2012. Die Autoren vermuten allerdings, dass in Folgejahren Auswirkungen ähnlich wie in Deutschland ersichtlich werden. Da die Studie aber einen beträchtlich kürzeren Zeitraum und eine wesentlich geringere Anzahl an Datenpunkten aufweist, konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden.

## Behandlung von Ausbildung und Forschung

Ausbildung (ohne Forschung) wird in keinem europäischen Land, mit Ausnahme von Irland, über DRGs finanziert. In allen anderen europäischen Ländern werden Pauschalbeträge an Universitäts-spitäler ausgeschüttet, um die zusätzlichen Kosten für Lehre und Forschung zu decken, in Österreich wäre dies vor allem der „klinische Mehraufwand“. Da die Kosten pro Fall in einem sogenannten Lehrkrankenhaus höher sind als in einem Spital ohne Ausbildungscharakter, wurden ab 2009 in Irland Spitäler in eine von vier Gruppen zusammengefasst, um die Leistung sowie die Kosten der Spitäler besser vergleichbar zu machen. In Gruppe I sind alle acht großen Ausbildungsspitäler zusammengefasst; Gruppe II beinhaltet 26 Akutspitäler, und in Gruppe III und IV sind Spitäler mit den Schwerpunkten Schwangerschaftsbetreuung (drei Spitäler) und Kinderheilkunde (zwei Spitäler) zusammengefasst. Zwar teilen sich die vier Gruppen ein Gesamtbudget, jedoch ist die Zuteilung und demnach die Vergütung bestimmter Fälle unterschiedlich gewichtet. Spitäler, in denen Ausbildung stattfindet, haben einen höheren DRG-Wert relativ gesehen zu beispielsweise den Spitalern in Gruppe II. (O'Reilly et al. 2011)



### Anreizwirkungen

Unabhängig von der ursprünglichen Form der Krankenhausvergütung hat die Einführung von DRG-Systemen im Allgemeinen immer dieselben Gründe gehabt. Einerseits sollte durch Klassifikation der Patientinnen und Patienten und Messung des Outputs eines Krankenhauses die Transparenz über die Leistungen, die tatsächlich erbracht werden, erhöht werden. Andererseits sollten die neuen Bezahlungssysteme Anreize liefern, die verfügbaren Ressourcen vor allem effizienter zu nutzen, ohne eine Verringerung der Versorgungsqualität herbeizuführen, zumal die Bezahlung mit den Faktoren Zahl und Art der Behandlungsfälle verzahnt ist. So sind globale Budgets an die Anzahl an Betten und Mitarbeitern gebunden, wohingegen DRG-Systeme Anreize bieten, weniger Inputs pro Fall zu nutzen.

Jedoch entstehen in jedem System auch Fehlanreize. So können falsche Anreize entstehen, wenn die DRG-Tarife und -Gewichtungen nicht richtig justiert sind. In Frankreich haben Krankenhäuser nach Einführung des DRG-Systems (2006) zum Beispiel versucht, ihr DRG-Kodierungsformat zu optimieren (*Upcoding*), indem bestimmte ambulante Fälle als stationäre Tagesfälle kodiert wurden. Darüber hinaus wurden in den ersten drei Jahren der Einführung externe Qualitätsprüfungen über die übermittelten Daten durchgeführt, in denen sich gezeigt hat, dass 60 % aller Fälle im stationären Bereich und 80 % aller Fälle im ambulanten Bereich Fehler in der Dokumentation oder Inkonsistenzen in der Behandlung aufwiesen. Um falsches Klassifizieren von Patienten zu unterbinden, ist eine regelmäßige Aktualisierung des Patientenklassifikationssystems und der DRG-Tarife unumgänglich. Wenn vorsätzliches Upcoding nachgewiesen wird, kann als Strafmaßnahme ein bestimmter Teil des gesamten Budgets (in der Regel bis zu 5 %) einbehalten werden. In Frankreich sind durch Systemaktualisierungen die vorsätzlichen Kodierungsoptimierungen stetig gesunken. Die Strafen haben sich im Jahr 2008 auf 51 Mio. EUR und im Jahr 2010 auf 23 Mio. EUR belaufen. Or (2014)

Neben dem Fehlanreiz des Upcoding, welches wesentlich dem positiven Anreiz einer besseren Dokumentation und Kodierung folgt, existieren weitere Anreize bzw. Fehlanreize, die mit einem Bezahlungssystem auf Basis von Fallpauschalen einhergehen. Da das Entgelt dem durchschnittlichen und nicht dem tatsächlichen Aufwand entspricht, kann es sich auszahlen, Patienten zu selektieren (*Cream Skimming* bzw. *Dumping*). Durch den verstärkten (Kosten-)Wettbewerb innerhalb der stationären Versorgung entstehen aber auch positive Anreize, die Verweildauer zu verkürzen. Wenn eine Verkürzung der Verweildauer jedoch nicht medizinisch vertretbar ist, spricht man von frühzeitigen oder „blutigen“ Entlassungen. Insgesamt bestehen bezüglich der Qualität der Behandlung positive und negative Anreize, die man austarieren muss. Positiv wirkt beispielsweise, dass die Zahl der diagnostischen Prozeduren (Belastung des Patienten, Gefahren durch Fehler oder unerwünschte Effekte) effizient gewählt wird. Eine reduzierte Liegedauer verringert auch das Risiko einer nosokomialen Infektion. Fehlanreize sind zum Beispiel, dass es zu Leistungseinschränkungen innerhalb der Pauschale kommen kann (*Quality Skimping*), oder Fälle getrennt abgerechnet werden (*Case-Splitting*). Ein Beispiel: Bei einer Patientin bzw. einem Patienten wird ein Gallensteinleiden diagnostiziert und erfolgreich mittels konservativer Schmerzmitteltherapie (innere Medizin) behandelt. In Folge gäbe es die Möglichkeit einer frühelektiven Gallenblasenentfernung (Chirurgie). Um den gleichen Fall zweimal im DRG-System abrechnen zu können, müssen in Deutschland zwischen den Behandlungszeitpunkten nun mindestens 30 Tage liegen, weshalb im Sinne einer Erlösoptimierung die Operation auf einen späteren Zeitpunkt angesetzt werden könnte. Es besteht also ein Anreiz, die Anzahl an Behandlungsfällen zu erhöhen und, wie in diesem Fall, die Wartezeit eventuell unnötig auszudehnen. Ein verwandtes Phänomen ist das *Cost-Shifting*, indem Leistungen, die an sich in die Fallpauschale eingerechnet sind, anderen Kostenträgern zugeschoben werden. Tabelle 6 fasst die grundsätzlichen Anreizstrukturen eines DRG-Bezahlungssystems zusammen und bildet bekannte theoretische Effekte auf Effizienz und Qualität der Versorgung ab. Wie stark diese theoretischen Anreize wirken, hängt von vielen Faktoren ab. Kann beispielsweise Qualitätsinformation sinnvoll verfügbar gemacht werden? Besteht eine Art Revision, um Dumping, Cost-Shifting, Upcoding, unnötiges Case-Splitting oder Ähnliches zu sanktionieren? Sind die DRGs so gestaltet, dass die Varianz der tatsächlichen Kosten gering ist? Sind die Entgelte kostendeckend bzw. gibt es ex post Ausgleichszahlungen, und wenn ja, wie sind diese gestaltet?





**Tabelle 6: Grundlegende Anreizwirkungen von DRG-Bezahlungssystemen**

Anreiz	Möglichkeiten des Krankenhauses	Qualität	Effizienz
Kosten pro Patient reduzieren	<b>Verweildauer reduzieren:</b> Interne Versorgungswege optimieren	+	+
	Überweisung an andere Gesundheitsdienstleister	+	+
	• Verbesserung der Koordination und Einbindung anderer AnbieterInnen	-	-
	• Vermeiden unrentabler Fälle	-	-/+
Leistungen reduzieren:	Frühzeitige „blutige“ Entlassungen	-	-/+
	Nicht notwendige Leistungen vermeiden		+
	Hochpreisige Leistungen durch niedrigpreisige Alternativen substituieren (neue Technologien)		+
	Medizinisch notwendige Leistungen zurückhalten	-	
Ertrag pro Patient steigern	<b>Fälle selektieren:</b> Spezialisierung auf Fälle, in denen das Spital Vorteile hat	+	-
	Fälle mit geringem Aufwand und hohem Tarif wählen		
Kodierung verändern:	Kodierung und Dokumentation verbessern	+	
	Falsche Diagnosen hinzufügen (up-coding)		-
Anzahl der Behandlungsfälle erhöhen	<b>Behandlungsschemen verändern:</b> Zusätzliche Leistungen erbringen, um höherpreisige DRGs abzurechnen	-	-
	<b>Aufnahmeregeln verändern:</b> Wartezeiten verkürzen	+	
	Fälle in mehrere Aufnahmen teilen (case-splitting)	+/-	+/-
	Medizinisch nicht notwendige Fälle stationär behandeln	-	-
	<b>Reputation des Krankenhauses erhöhen:</b> Qualität der Leistungen erhöhen	+	+
	Anstrengungen auf messbare Bereiche konzentrieren		+/-

Quelle: IHS HealthEcon 2015, nach Cots et al. 2012

Um Upcoding-Anreize zu minimieren, sind regelmäßige Aktualisierungen im DRG-System notwendig. Eine gute Dokumentation ist die Basis für eine vollständige und korrekte Kodierung, welche die Transparenz steigert und die Grundlage für eine leistungsgerechte Vergütung bildet. Zudem kann eine korrekte und spezifische Kodierung die Basis für eine qualitätsorientierte Vergütung bilden. (Röder 2014)

## Auswirkungen von DRGs auf die Behandlungsqualität<sup>5</sup>

Basierend auf den theoretischen Anreizwirkungen können Risiken in der Behandlungsqualität, aber genauso Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität vermutet werden. Der Wettbewerbsdruck mag dabei helfen, die Organisation in der Versorgung zu optimieren, die Einführung neuer Technologien zu beschleunigen und somit die Behandlungsqualität zu verbessern. Nichtsdestotrotz besteht die Möglichkeit, dass die Qualität in Mitleidenschaft gerät, wenn Krankenhäuser versuchen Kosten zu sparen und die Dokumentation von Leistungen manipulieren.

Studien, die die Auswirkungen von Qualität in europäischen DRG-Systemen analysieren, sind rar und zeigen bisher keine signifikanten Qualitätseffekte auf Patientinnen und Patienten, wenn Mortalitätsraten und Wiederaufnahmeraten verglichen werden. In Europa sind viele DRG-Systeme erst Mitte der 2000er Jahre eingeführt worden und manche Effekte, die aufgrund von größerer Evidenz in den Vereinigten Staaten beobachtet wurden, sind in Europa nicht bestätigt, was allerdings auch an den verschiedenen Paradigmen liegen wird, die in diesen beiden Regionen vorherrschen.

<sup>5</sup> Basierend auf Or und Häkkinen (2011).



So führen Anreize einer verbesserten Organisationsstruktur beispielsweise zu mehr Möglichkeiten in der ambulanten Pflege und der Pflege zu Hause.

Auf der anderen Seite leiden bestimmte Patientengruppen in Bezug auf die Qualität. Gilman (2000) untersuchte beispielsweise den Effekt von DRGs auf die Behandlung von HIV-Patientinnen und -Patienten. Es zeigte sich, dass die Verweildauer für Fälle mit niedrigpreisigen DRG-Tarifen um durchschnittlich 3,3 Tage zurückging, wohingegen im selben Beobachtungszeitraum die Verweildauer für höhere DRG-Tarife um 1,1 Tage zunahm. Ein ähnlicher Effekt wurde in Rehabilitationseinrichtungen nachgewiesen, wo Behandlungsfälle eine kürzere Verweildauer hatten und mit einem schlechteren Gesundheitsstatus entlassen wurden (Gillen et al. 2007). Zudem haben sowohl Entlassungen aus der Notaufnahme als auch Todesfälle innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung aus der Notaufnahme für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) signifikant zugenommen (McCall et al. 2003).

## Entwicklungen international

Im Folgenden gehen wir auf weitere Entwicklungen in einigen Ländern ein, die die Vergütung von Spitälern betreffen.

### Deutschland<sup>6</sup>

Jährlich werden rund 80 % (2013: 65 Mrd. Euro) der finanziellen Spitalsressourcen mittels des deutschen G-DRG-System auf die Krankenhäuser verteilt. Im Prinzip gilt das G-DRG-System für alle Krankenhäuser, unabhängig von Trägerschaft (privat oder öffentlich) oder Versicherungsart der behandelten Patientinnen und Patienten (mit wenigen Ausnahmen wie z. B. dem Rehabilitationsbereich). Die Finanzierung der Spitäler über G-DRGs läuft dabei wie folgt ab: Die Kostengewichtung im G-DRG-System macht es möglich, die Durchschnittskosten eines Spitals pro Fall in Relation zu den genutzten Ressourcen zu setzen. Das bedingt die Definition eines Case-Mix, welcher der Summe der gewichteten Kosten über alle durchgeführten G-DRGs (mit definiertem Zeitraum und Krankenhaus) entspricht. Teilt man die gesamten Kosten eines Spitals durch den jeweiligen Case-Mix, so erhält man die durchschnittlichen G-DRG-Kosten pro Fall für ein spezielles Krankenhaus, genannt Krankenhaus-Basisrate (kurz: Basisrate). Die Multiplikation des Spitalseigenen Case-Mix und der bundesweiten Basisrate entspricht dann dem Entgelt, welches dem jeweiligen Krankenhaus in Deutschland zusteht. (Busse und Blümel 2014)

Allerdings werden die relativen G-DRG-Gewichtungen anhand von empirischen Kostendaten berechnet, wohingegen die jährlichen Änderungen der Basisraten und die Verknüpfung mit den Patientenmerkmalen nicht durch Evidenz und empirische Daten zustande kommen, sondern in Verhandlungen beschlossen werden. Ursprünglich wurde bei der Krankenhausbezahlung der Preis so gesetzt, dass die Beitragsrate der Versicherten an die gesetzliche Sozialversicherung stabil bleibt. Dieser Mechanismus verlangte eine Obergrenze für jährliche Preisänderungen der Krankenhäuser, einer „Änderungsobergrenze“. Diese Grenze war bis 2009 bindend für Verhandlungen auf Bundesebene. Mit dem „Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009“ wurde die Obergrenze durch einen Preisindex-basierten Orientierungswert, der vom Statistischen Bundesamt berechnet wird, ersetzt. Dieser Orientierungswert ist das Produkt von Arbeits- und Materialkosten im Krankenhaus und sollte somit eine spezifische Krankenhaus-Inflationsrate darstellen. Da diese Rate nach der ersten Veröffentlichung jedoch unter der durchschnittlichen relativen Änderung der Beiträge zur Sozialversicherung lag, wurde Mitte 2013, aufgrund massiven Lobbyings von Krankenhausvereinigungen für die Jahre 2014/2015 eine weitere Reform beschlossen. Wenn der Orientierungswert geringer als die durchschnittliche Änderung der Beiträge zur Sozialversicherung ist, wird letztere als Preisobergrenze für Verhandlungen festgesetzt und nicht der Orientierungswert (Krankenhaus-Inflationsrate). Dadurch kam es zu zusätzlichen Krankenhauskosten und zu jährlichen Änderungen der G-DRG-Preise, die höher sind als die Änderungen der Krankenhaus-Inputfaktoren wie Arbeit und Material.

<sup>6</sup> Wenn nicht anders angegeben basierend auf Klein-Hitpaß und Scheller-Kreinsen (2015).





## Frankreich<sup>7</sup>

Das DRG-System in Frankreich (T2A, Tarification à l'activité) wurde 2004/2005 schrittweise eingeführt, seit 2008 werden alle Krankenhäuser mittels DRGs vergütet. Das Ziel bei der Einführung war einerseits eine Transparenzerhöhung und andererseits eine Verbesserung der Qualität klinischer Leistungen. Genauigkeit und Konsistenz im Patientenklassifikationssystem (GHM, Groupe Homogène des Malades) sind dabei essentiell für den Erfolg eines DRG-Systems und der Umsetzung politischer Zielsetzungen. Das GHM ist ursprünglich vom amerikanischen PKS inspiriert und wurde seit der Einführung mehrmals adaptiert. Inzwischen bestehen rund 2300 Krankheitsgruppen mit jeweils vier Schweregraden. Die mehrmaligen Modifikationen haben aber nicht nur für Verwirrung gesorgt, sondern auch die Vergleichbarkeit für die Folgejahre eingeschränkt. Zudem wird kritisiert, dass bestimmte GHMs nur in wenigen Krankenhäusern Anwendung finden, aber etwa 40 GHMs mehr als die Hälfte aller Fälle abdecken.

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, werden sowohl das Patientenklassifikationssystem GHM als auch das Vergütungssystem T2A jährlich modifiziert. 110 Krankenhäuser in Frankreich übermitteln auf freiwilliger Basis Kostendaten; die Glaubwürdigkeit dieser Daten war jedoch ein Thema der öffentlichen Diskussion, und die Methode der Erhebung ist von der französischen Finanzaufsicht stark kritisiert worden. Die T2A-Tarife sind im privaten und öffentlichen Sektor unterschiedlich. Aus Gründen der Ausgabenkontrolle werden beispielsweise im öffentlichen Sektor nicht dieselben Leistungen durch einen Preis gedeckt wie im privaten Sektor. Die Tarife des öffentlichen Sektors decken alle Kosten, die mit einem Patientenaufenthalt zusammenhängen, wohingegen sowohl die Bezahlung von Ärzten im privaten Sektor als auch die Kosten für bestimmte Tests nicht im Tarif beinhaltet sind und separat verrechnet werden. Von 2010 bis 2013 wurde versucht, diese Diskrepanz zu schließen. Da diese Anpassung in der Praxis dazu führte, dass die Tarife im öffentlichen Sektor gesenkt wurden, während die Tarife im privaten Sektor gleich blieben, wurde aufgrund des starken Widerstandes des öffentlichen Sektors dieses Vorhaben wieder eingestellt.

Die generell schwer nachvollziehbare Tarifstruktur ist ein Hauptkritikpunkt und macht es schwer, Kosten und Preise und deren Stellenwert im nationalen Budget vorauszusagen. Um die Krankenhausaufgaben zu kontrollieren, wurden nationale Ausgabenziele vom Parlament definiert (wiederrum getrennt für öffentlichen und privaten Sektor). Bei Überschreiten des aggregierten Budgets senken sich die T2A-Preise in beiden Sektoren automatisch. Die Preise hängen demnach von der aggregierten Krankenhausaktivität ab und sind bis zu einem gewissen Grad unabhängig von den individuellen Kosten eines Krankenhauses. Dieser für einzelne Krankenhäuser undurchsichtige Mechanismus sorgte, verbunden mit mangelnder Kommunikation und Information, für Unmut bei den Anbietern. Deshalb ist man seit 2012 bestrebt, die Transparenz im Preissetzungsverfahren zu erhöhen, das Patientenklassifikationssystem GHM zu vereinfachen und eine bessere Kommunikation mit den öffentlichen Krankenhäusern zu etablieren. Schließlich wurde vom Gesundheitsminister eine Reform des französischen DRG-Systems beschlossen, die folgende Punkte verbessern sollte:

- Tarife sollen die Kosten von effizienten Anbietern darstellen. Da momentan aber keine Kostendaten zur Erstellung von Benchmarks genutzt werden, um Unterschiede in medizinischen Vorgehensweisen zu vergleichen und zu verstehen, kann die Größe von potentiellen Effizienzsteigerungen nicht belegt werden.
- Zusätzliche Vergütung auf Basis von Qualitätskriterien. Momentan wird in 220 französischen Krankenhäusern auf freiwilliger Basis ein Pilotmodell getestet, in dem bis zu 0,5 % des Budgets eines Krankenhauses anhand von Qualitätsindikatoren finanziert werden. Der Großteil der Indikatoren bezieht sich dabei auf den Pflegebereich. Wiederaufnahmeraten, Mortalitätsraten nach einer Operation oder Patientenzufriedenheit werden allerdings nicht überprüft.
- Klare Mengen- und Preissignale für spezifische DRGs. Ein DRG-System kann die Leistung eines Krankenhauses steigern, jedoch auch Leistungen hervorrufen, die über die medizinisch notwendigen hinausgehen. Ziel ist es, das Volumen von bestimmten Leistungen festzulegen und die Preise für diese Leistungen zu senken, sobald das Zielvolumen erreicht ist.

<sup>7</sup> Wenn nicht anders angegeben, basierend auf Or (2014).



- Qualitätssteigerungen im gesamten Behandlungszeitraum. Die Vergütung für die Betreuung von chronisch Kranken ist nicht optimal. In Zukunft sollen gebündelte Zahlungen auch außerhalb des Akutbereichs eingesetzt werden. Die Zahlungen sollen also für die Gesamtbehandlung und nicht nur für einen Behandlungsabschnitt erfolgen.

## NordDRGs in Schweden<sup>8</sup>

Seit den frühen 1990er Jahren haben die skandinavischen Länder (Finnland, Schweden, Dänemark, Norwegen und Island) mit verschiedenen Patientenklassifikationssystemen experimentiert. Das hat dazu geführt, dass 1995/1996 ein gemeinsames DRG-System entwickelt wurde, die „NordDRGs“. Dieses System nutzt ebenso die Definitionen nach ICD-10 der WHO und teilt Patientinnen und Patienten bestimmten Fallgruppen zu. Anfangs war die gemeinsame Anwendung der NordDRGs mit dem Zweck verbunden, genau wie in anderen europäischen Ländern auch, die Leistung von Krankenhäusern besser beurteilen zu können. Dennoch nutzten einige schwedische Landkreise das eingeführte DRG-System von Beginn an als Bezahlungsinstrument. Die einzelnen nordischen Länder und deren Gesundheitsministerien entwickelten das System jährlich weiter, was inzwischen wieder zu kleineren länderabhängigen Abwandlungen geführt hat, sodass nicht jedes Land, welches das NordDRG-System verwendet, notwendigerweise exakt die gleichen Codes und Fallgruppen verwendet. Jedes Land testet und implementiert neue Modifikationen auf Basis der eigenen Kostendaten.

Generell existieren in Schweden rund 980 DRGs, wobei rund zwei Drittel für den stationären Krankenhaussektor vorgesehen sind. Das andere Drittel ist für den ambulanten Bereich, Behandlungen in der Tagesklinik und ein kleiner Teil für andere Bereiche vorgesehen. Weiters gibt es Unterschiede, wie DRGs genutzt werden, um die Finanzierung sicherzustellen. Neben Universitätskliniken, also Lehrkrankenhäusern, werden Akutkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Spezialisierung auf Psychiatrie bzw. auf Rehabilitation verschieden vergütet. Wenige Krankenhäuser nutzen das DRG-System alleine für den Zweck der Transparenz und die Beschreibung der Leistung (einzelne Krankenhäuser und rund 10 % aller Fälle werden noch über globale Budgets finanziert). Der Trend geht jedoch dahin, dass mehr Krankenhäuser das System auch zur Vergütung nutzen. Ein Plan ist, auch in der Primärversorgung das Kodierungssystem des Krankenhaussektors zu nutzen. Weiters wird versucht, Kostenausreißer besser zu erfassen und DRGs in drei Untergruppen zu teilen, die den Schweregrad einer Behandlung besser abbilden.

Die Kosten für Gesundheitsberufe (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal ...) sind in den Tarifen enthalten. Die Mehrheit der im Gesundheitsbereich Tätigen ist bei den Krankenhäusern oder bei den Landkreisen angestellt. Die Kosten für Infrastruktur, wichtiges medizinisches Equipment oder Einrichtungen, Kommunikationssysteme und die der IT sind ebenso in den DRG-Tarifen enthalten. Bestimmte Leistungen wie Brandverletzungen und in manchen Landkreisen auch Rehabilitation sind ausgenommen. Genauso wie bestimmte teure Medikamente/Materialien werden diese Ausgaben separat vergütet, wobei das von Landkreis zu Landkreis unterschiedlich ist. Weiters werden Ausbildungs- und Forschungsausgaben nicht von den DRGs erfasst. Alle diese Bereiche werden zusätzlich und innerhalb des Systems durch ein gemischtes Modell finanziert, welches aus globalen Budgets, Rückvergütungen oder Leistungsvergütung besteht. Neue Technologien werden entweder innerhalb oder außerhalb des DRG-Systems bezahlt.

## Zusammenfassung

## Zusammenfassung

Im europäischen Vergleich sind DRG-Bezahlungssysteme von beachtlichen Unterschieden geprägt. Da sich vor allem das Spektrum an Leistungen unterscheidet, welches über DRGs vergütet wird, nutzen viele Länder Mischformen von Vergütungsinstrumenten. So werden beispielsweise Bereiche wie die Notfallversorgung oder die Rehabilitation oft nicht über DRGs vergütet. Auch Kapitalkosten und Investitionen in neue Technologien werden über zusätzliche (kurz- und langfristige) Bezahlungsinstrumente finanziert. Bestimmte kurzfristige Finanzierungsinstrumente

<sup>8</sup> Wenn nicht anders angegeben, basierend auf Serdén und Heurgren (2011).





bringen Vorteile, da dadurch der Einsatz von neuen Technologien gefördert wird. Aber auch innerhalb eines landeseigenen DRG-Systems sind die einzelnen Bausteine sehr heterogen. So unterscheiden sich nicht nur die Diagnose- und Prozedurenklassifikationssysteme, sondern damit verbunden auch das gesamte Patientenklassifikationssystem. Daher ist es schwierig, die Effekte der einzelnen DRG-Systeme und die Systeme selbst zu vergleichen und ein optimales Design zu eruiieren.

Im internationalen Vergleich sieht man, dass eine regelmäßige Anpassung des PKS und der einzelnen DRG-Tarife vorteilhaft ist, um eine möglichst präzise Vergütung von Behandlungskosten zu ermöglichen. Ebenso ist die Anzahl an Krankenhäusern, die Daten zum Optimierungsprozess beitragen, relevant. Ein Vorteil der Bezahlung über DRGs ist, dass Anreize für Krankenhäuser geschaffen werden, Anstrengungen im Bereich Kodierung von Diagnosen und Prozeduren zu verstärken. Die negativen Anreizwirkungen, die mit einem reinen DRG-System ohne andere Finanzierungsinstrumente verbunden sind, machen jedoch ein Monitoring-System bedeutsam, das Informationsasymmetrien gegenüber dem Bezahler mindert und ungewollte Konsequenzen und Fehlanreize eines DRG-Bezahlungssystems gering hält.

Beispiele aus Deutschland oder der Schweiz zeigen, dass durch DRGs in der stationären Rehabilitation die Liegezeit verkürzt wird und eine frühzeitige Überleitung von Patientinnen und Patienten in die weiterführende Rehabilitation erfolgt. Die Studien haben gezeigt, dass, obwohl Fälle mit schlechterem Gesundheitsstatus in die Anschlussrehabilitation übermittelt wurden, die Behandlungsergebnisse dort nicht schlechter waren als vor der Einführung einer DRG-Bezahlung im Akutbereich. Die internationalen Beispiele zeigen, dass die europäischen Gesundheitssysteme vor ähnlichen Problemen stehen. Die Erfahrung mit den NordDRGs legt jedoch nahe, dass eine Harmonisierung und eine Entwicklung hin zu einem europäischen DRG-System Vorteile bringt. Eine größere Kooperation und eine Standardisierung von Kodierungssystemen könnte den Austausch von Informationen und die internationale Vergleichbarkeit verbessern. Daraus entstehende Erkenntnisse hätten nicht nur Effizienzgewinne in Krankenanstalten zur Folge, sondern würden vor allem auch den Patientinnen und Patienten zugute kommen.

Auch wenn in Österreich das LKF-System immer weiter verbessert wurde, können aus internationalen Erfahrungen einige Anregungen aufgegriffen werden. Schon lange diskutiert werden Fallpauschalen für Ambulanzen, was jedenfalls gegenüber dem Status quo eine Verbesserung wäre. Auch der arbiträre Kostendeckungsgrad, der je nach Bundesland variiert, schwächt das System bzw. seine gewollten Anreize. Differenzen in DRG-Entgelten für gleiche Leistungen sollten intentional und begründbar sein, z. B. aufgrund unterschiedlicher Faktorkosten. Insgesamt sollte das LKF-System auch Entgelte für bestimmte Leistungen von Krankenanstalten wie in einem Baukastensystem bereitstellen, z. B. für Vorhalteleistungen, Teilnahme an Lehre und Forschung etc. Derzeit verschwindet dies alles im anonymen Betriebsabgang, womit Steuerungswirkungen ungenutzt bleiben und Intransparenz entsteht. Zudem wird dadurch der nicht zu vernachlässigende Aufwand, der mit einem DRG-System einhergeht, teilweise ad absurdum geführt. Im Auge behalten sollte man auch die Möglichkeit, über das Bezahlssystem Qualitätsanreize zu setzen. Auch der Einsatz von Fallpauschalen in der Rehabilitation ist eine Überlegung wert.

## LITERATUR

Barnum H, Kutzin J, Saxenian H (1995): Incentives and provider payment methods. *International Journal Health Plan Management*, 10 (1): 23–45

Busse R, Blümel M (2014): Germany: health system review. *Health systems in Transition*, 2014, 16 (2): 1–296.

Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (2011): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. McGraw-Hill: Open University Press, England.

Cots F, Chiarello P, Salvador X, Castells X, Quentin W (2011): DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences. In Busse, Geissler, Quentin, Wiley (eds): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, England.

Fischer W (2011): Die DRG-Familie. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin. [Abgerufen am 4.3.2015 unter <http://fischer-zim.ch/>]

Garving C, Santosa D, Bley C, Pape HC (2014): Kostenanalyse von Schockraumpatienten im DRG-System: eine praxisnahe Abbildung in Abhängigkeit klinischer Parameter. *Unfallchirurg* 117 (8): 716–722, München.



## LITERATUR

Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R (2012): DRG systems in Europe. Incentives, purposes and differences in 12 countries. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55 (5), 633–642.

Gillen R, Tennen H, McKee T (2007): The impact of the inpatient rehabilitation facility prospective payment system on stroke program outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86 (5): 356–363.

Gilman BH (2000): Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. *Health Economics*, 9 (4): 277–294.

Kahur K, Allik T, Aaviksoo A, Laarmann H, Paat G (2011): Estonia: Developing NordDRGs within social health insurance. In Busse, Geissler, Quentin, Wiley (eds): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, England.

Klein-Hitpaß U, Scheller-Kreinsen D (2015): Policy trends and reforms in the German DRG-based hospital payment system. *Health Policy*, 119 (3): 252–257.

Kobel C, Thuilliez J, Bellanger M, Pfeiffer KP (2011): DRG systems and similar patient classification systems in Europe. In Busse, Geissler, Quentin, Wiley (eds): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, England.

Mason A, Ward P, Street A (2011): England: The Healthcare Resource Group system. In Busse, Geissler, Quentin, Wiley (eds): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, England.

McCall N, Korb J, Petersons A, Moore S (2003): Reforming Medicare payment: early effects of the 1997 Balanced Budget Act on post-acute care. *The Milbank Quarterly*, 81 (2): 277–303.

O'Reilly J, McCarthy B, Wiley M (2011): Ireland: A review of casemix applications within the acute public hospital system. In Busse, Geissler, Quentin, Wiley (eds): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, England.

Or Z, (2014): Implementation of DRG Payment in France: issues and recent developments. *Health Policy*, 117 (2), 146–150.

Or Z, Häkkinen U (2011): DRGs and quality: For better or worse? In Busse, Geissler, Quentin, Wiley (eds): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, England.

Röder N (2014): Anreize und Fehlanreize – was hat das DRG-System verändert. Auswirkungen des DRG-Systems auf die medizinische Versorgung, Mengenentwicklung, Wettbewerb und Krankenhaus-Strukturen. Präsentation, 21. VKD/VDGH Führungskräfte-seminar, 25.–26. Februar 2014 in Berlin.

Scheller-Kreinsen D, Geissler A, Busse R (2009): The ABC of DRGs. *Euro Observer*, 11 (4): 1–5.

Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R (2011): DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries. *Value Health*, 14 (8): 1166–1172.

Serdén L, Heurgren M (2011): Sweden: The history, development and current use of DRGs. In Busse, Geissler, Quentin, Wiley (eds): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, England.

Stauber IA, Angst F, Meier J, Lehmann S, Aeschlimann A, Michel B (2014): Swiss Diagnosis Related Groups: a prospective study in rehabilitation comparing outcome before and after its introduction into acute health care. *Swiss Medical Weekly*, 144, w14004.

Tan SS, Geissler A, Serdén L, Heurgren M, van Ineveld BM, Redekop WK, Hakkaart-van Roijen L (2014): DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. On behalf of the EuroDRG group. *Eur J Public Health*, 24 (6), 1023–1028.

Von Eiff W, Schuring S, Greitemann B, Karoff M (2011): REDIA – impacts of DRG introduction in the acute sector on medical rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg.)*, 50 (4): 214–221.

WHO (2000): *World Health Report 2000 – health systems: improving performance*. World Health Organization, Geneva.

