

# DRG und vulnerable Gruppen

**Dr. phil. Jürg Baumberger**

HMI creative AG  
Im Hauweg 6  
CH-8370 Sirnach

Tel +41 71 966 48 18      [www.juergbaumberger.ch](http://www.juergbaumberger.ch)  
Fax +41 71 966 51 21      [jb@juergbaumberger.ch](mailto:jb@juergbaumberger.ch)



**Ausgangs-  
lage**

**DRG und  
Folgen für die  
Spitalführung**

**Auswirkung  
auf  
vulnerable  
Gruppen**

**Integrierte  
Versorgung**



**Ausgangs-  
lage**

**Ausgangslage**

**Finanzierung öffentliche Spitäler heute**

- Erträge aus Krankenkassenleistungen (< 50%)  
Pauschalabrechnung nach vertraglichen Tagessätzen
- Erträge Patientenanteile
- Beiträge öffentliche Hand (>50%) incl. Investitionen

⇒ **Gegenleistung: Aufnahmepflicht im Rahmen Spitalplanung**

## Ausgangslage

### Finanzierung Spitäler heute

- Wenn Privatspitäler auf der Spitalliste sind, haben sie für die zugelassenen Indikationen die gleichen Rechte und Pflichten wie die öffentlichen Spitäler. Die Investitionen haben sie jedoch selbst zu finanzieren.
- Kantons Grenzen behindern vernünftige Planung

⇒ **Begrenzter Wettbewerb**  
- öffentlich – privat  
- öffentlich – öffentlich

## Ausgangslage

### Daher

- Wenig Druck auf eine wirtschaftliche Führung der öffentlichen Spitäler
- Wenig Druck auf die Entwicklung und den Nachweis von Qualität
- Wenig Einfluss von Konsumenten und Kassen auf die Spitalleistungen

⇒ **DRG als neues Finanzierungsmodell: Abgeltung von Leistungen statt Finanzierung von Strukturen**

## Ausgangslage

### Spitalführungsstrukturen im Wandel:

#### Die Spitäler werden verselbständigt

- Beispiel Spital Thurgau: AG im Kantonsbesitz
- Beispiel Wallis: 3 Spitalnetze, 1 Führung
- Beispiel Kanton Bern: Strukturen im Umbruch AGs mit starker Kantonsbeteiligung

⇒ Die Spitalträger bereiten sich auf einen regeren Wettbewerb vor

## Gesundheitsnetz 2025 / 7.9.2009

Ausgangs-  
lage

DRG und  
Folgen für die  
Spitalführung

## DRG und Folgen für die Spitalführung

### DRG 2012

- **Neue Abrechnungsbasis für Listenspitäler (öff. und priv.)**  
ø Fallentschädigung nach Indikation (incl. Investitionskosten): vertraglich festgelegter Beitrag der Kassen und Kantonsanteil
- **Neue Führungsbasis**
  - Fallentschädigung gegeben
  - Fallkosten beeinflussbar
- **Neue Finanzierungsbasis (am Horizont): monistisch**

## DRG und Folgen für die Spitalführung

### Folgen der neuen Finanzierung I

- **Wirtschaftlichere Spitalführung: Abgeltung von Leistungen statt Strukturen**  
(positiver Einfluss auf gesamte Gesundheitskosten erhofft)
- **Wettbewerb um die so entschädigten Leistungen**
  - zwischen den öffentlichen Spitälern
  - zwischen öffentlichen und privaten Spitälern
- **Qualitätselemente – bei gegebenen Fallkosten – werden wichtiger**

## DRG und Folgen für die Spitalführung

### Folgen der neuen Finanzierung II

**Grundsatz: DRG = Preissystem.**

**Kostenähnliche Gruppen werden gleich entschädigt**

- **Für Kassen: Grundlage zu mehr Bewegungsfreiheit: Leistungen einkaufen**
- **Für Kantone: Können Rahmentöpfe machen, innerhalb derer Spitäler sich bewegen**
- **Für Spitäler:**
  - Verbesserung der Strukturen und Abläufe bringt Geld
  - Codierung wird optimiert (upcoding)



CREATING THE FUTURE

11

## DRG und Folgen für die Spitalführung

### Folgen der neuen Finanzierung III

- **Wettbewerb um interessante Fälle / Leistungsspektren unter Spitalern und auch innerhalb der grossen**
- **Spezialisierung / Leistungs-Schwerpunkte der Spitäler**
- **Druck auf „Effizienz“ im Spital: Möglichst kurze Nutzung der Ressourcen pro Fall innerhalb der vertraglichen Regeldauer**
  - mehr Vorabklärungen
  - schnellere Entlassungen
  - mehr ambulante Behandlungen (durch das Spital oder durch andere) vor und nach dem Spitalaufenthalt
  - mehr Medikamente



CREATING THE FUTURE

12

Ausgangs-  
lage

DRG und  
Folgen für die  
Spitalführung

Auswirkung  
auf  
vulnerable  
Gruppen

### Allgemeine Kritikpunkte an den DRG

- standardisierbare Fälle sind attraktiver als komplexe
- Suche nach mehr Entgelt durch Upcoding (komplexere DRG dank z.B. mehreren Nebendiagnosen)
- Gefahr der Ueberbehandlung ohne Not, da aufwändigere Verfahren mehr einbringen
- Druck auf Verschiebung von stationärer zu ambulanter Behandlung: Abklärung und postoperative Phasen
- Mehr Hospitalisierungsepisoden

## Auswirkungen auf vulnerable Gruppen

### Gefahr von Ablehnung oder Weiterweisung

nicht generell, aber:

- wirtschaftlich uninteressante Fälle oder ganze Gruppe von Fällen
- vor allem wenn DRG inhomogen (Sammelgruppe) und darin z.B. seltene, teure oder chronische Krankheiten mit eingeschlossen sind, werden diese zu Problemfällen für Spitäler

## Auswirkungen auf vulnerable Gruppen

### Weniger problematisch

- bei homogenen DRG
- mit bekannten Behandlungsverfahren und eingespielten medizinischen Richtlinien sowie vielen Fällen
- hier Spezialisierung möglich, ausgewiesene Qualität
- solche Fälle sind gesucht: Attraktivität von standardisierbaren Fällen kann für bestimmte Gruppen von Vorteil sein

## Auswirkungen auf vulnerable Gruppen

### Fazit im Bezug auf vulnerable Gruppen

Es kommt darauf an .....

- Chronische Krankheit und Polymorbidität können – wenn sie entsprechend abbildbar und damit codierbar sind – zu einer für das Spital „besseren“ DRG führen, also attraktiv sein
- Wenn sie nicht abbildbar ist (Gruppe zu klein, insgesamt nicht kostenrelevant genug für das Gesundheitssystem), ist das für die Spitalrechnung belastend
- Soziologische Kriterien wie das Alter allein führen noch nicht zu Problemen: Es kommt auf den Fall an



CREATING THE FUTURE

17

## Auswirkungen auf vulnerable Gruppen

### Konterstrategien

- Splitten von DRG-Positionen: Eigene, homogene schaffen
- Wenn Gruppen zu klein
  - Nebenkriterien verbessern
  - Sonderentgelte vereinbaren (wie in D)
- Bei Weiterweisung grösserer Anteil der Kosten dem Weiterweiser belasten
- Integrierte Versorgung
  - gegen das Rosinenpicken einerseits und Abschieben andererseits
  - Kontrolle der Behandlungsqualität
  - faire Verteilung der Mittel



CREATING THE FUTURE

18

Ausgangs-  
lage

DRG und  
Folgen für die  
Spitalführung

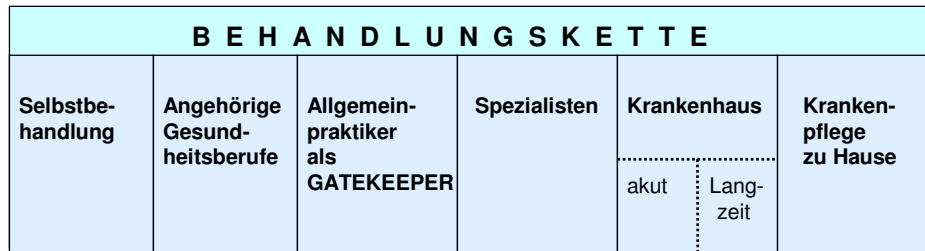
Auswirkung  
auf  
vulnerable  
Gruppen

Integrierte  
Versorgung

## Integration: Überblick

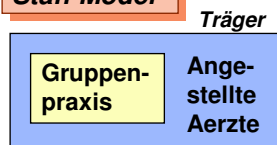
- **Verbindung der medizinischen und wirtschaftlichen Verantwortung**
- ***Eine* verantwortliche Stelle in der Behandlungskette, welche Teilverantwortung weitergeben kann, aber die Gesamtverantwortung mindestens teilweise übernimmt**
- **Budgets mit klaren Aufträgen und klarer Verantwortungszuordnung**
- **Ausgewiesene Leistungsqualität**
- **Verabredung über Informationsaustausch und Zusammenarbeit**
- **Gleichberechtigte Partnerschaften**

## Integrierte Versorgung: Vernetzungen

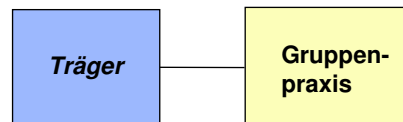


## Modelle der Integration

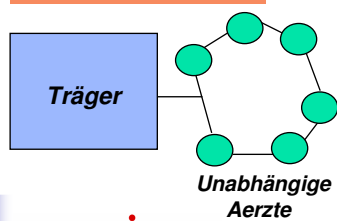
### Staff Model



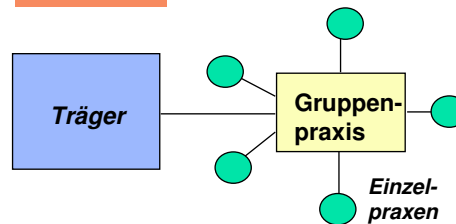
### Group Model



### IPA Independent Practice Association



### Netzwerk



**Integrierte Versorgung ermöglicht eine qualitativ gute  
Betreuung auch von Patienten aus vulnerablen  
Gruppen**

- Einbezug des ambulanten Sektors in Abklärung,  
Diagnostik und Behandlungsplanung
- Vermeidung von Unter- und/oder Uebersorgung
- Kontrolle der Resultate stationärer Behandlung
- abgestütztes Ein-, Aus- und Uebertrittsmanagment