

# Das Ziel: Empfehlungen für ein europäisches DRG-System

## EuroDRG-Forschung auf dem Weg zu mehr Effizienz und Qualität von Krankenhausleistungen

**Z**iel dieses von der EU im 7. Forschungsrahmenprogramm für drei Jahre mit einem Budget von 2,8 Millionen Euro ausgestatteten Projektes ist es nicht nur, die DRG-Systeme hinsichtlich ihrer Klassifizierungssystematik und ihres Einsatzes im jeweiligen Gesundheitssystem über zehn europäische Länder (Tab. 1) hinweg zu vergleichen, sondern mit Hilfe ausgewählter Krankheitsbilder die zugrunde liegenden Kosten, Erlöse und die Qualität von Krankenhausleistungen auf Patientenebene im Detail zu vergleichen, um Empfehlungen für eine Anpassung bzw. Harmonisierung der europäischen Leistungserfassungs- und Vergütungssysteme im stationären Sektor abzuleiten.

*Seit den frühen 90-er Jahren wurden sukzessive DRG-Systeme in den Ländern der Europäischen Union eingeführt. Sie basieren zwar alle auf dem Ende der 70-er Jahre an der Yale Universität in den USA entwickelten Grundgedanken des Zusammenfassens von ökonomisch ähnlich schweren Fällen zu Fallgruppen, sind aber in ihrer aktuellen Evolutionsstufe sehr unterschiedlich. Dies betrifft vor allem den Zweck des jeweiligen DRG-Systems. Dieser reicht vom Einsatz für Vergütungszwecke bis hin zur schlichten Leistungserfassung im Krankenhaus.*

*Ein strukturiertes Bild über diese heterogene Landschaft der DRG-Systeme existiert bis dato nicht, so dass Informationen über europäische DRG-Systeme nur schwer und (wenn verfügbar) meist ausschließlich in der jeweiligen Landessprache zu beschaffen sind. Diesen Mischstand zu beheben, ist eines der ersten Ziele des EuroDRG-Projektes, das mit Beginn dieses Jahres unter Federführung des Fachgebietes Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin startete.*



Doch wie kann dies bewerkstelligt werden? Sind überhaupt Vergleiche angesichts der großen Heterogenität der europäischen Krankenhauslandschaft möglich? Und was kann mit den Ergebnissen bewirkt werden? Fragen genug, um das Forschungsprojekt mit seinem Hintergrund, Zielen und Strategien etwas näher vorzustellen.

### Hintergrund und Ziele

Die Kosten einer Leistung in einem Krankenhaus werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. So können zum Beispiel die Art der Behandlung, eine effiziente(re) Leistungserbringung, aber auch strukturelle Faktoren wie unterschiedliche Kapital- und Lohnkosten die Kosten einzelner Leistungen im Krankenhaus bestimmen. Das Projekt unterscheidet dabei zwischen (1) Patientenvariablen, (2) Medizin- und Management-Entscheidungsvariablen und (3) Strukturvariablen (Abbildung 1). Eine zentrale Frage dabei ist, welche dieser Faktoren außerhalb der Kontrolle eines Krankenhauses liegen und daher unvermeidbare Kostenunterschiede verursachen – und, so denn solche Faktoren existieren, ob diese von einem DRG-System aus Gründen der Gerech-

tigkeit und Fairness unter den Leistungserbringern berücksichtigt werden sollten.



Dipl.-Ing. Alexander Geissler  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand,  
Fachgebiet Management i. Gesundheitswesen,  
Technische Universität Berlin



David Scheller-Kreinsen, MPP  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand,  
Fachgebiet Management i. Gesundheitswesen,  
Technische Universität Berlin



Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH  
Fachgebietsleiter Management im  
Gesundheitswesen, Techn. Universität Berlin

### Strukturen und Regionen

Das im 6. EU-Forschungsrahmenprogramm geförderte HealthBAS-KET-Projekt (Info: <http://www.ehma.org/index.php?q=node/81>) brachte zu Tage, dass neben den Entscheidungsvariablen zum Technologie- und Personaleinsatz oder der Wahl der Behandlungsart „ambulant“ auch die räumliche Lage oder das regionale Preisniveau in der DRG-Kalkulation großen Einfluss auf die Kostenstruktur in Krankenhäusern haben kann. Die Entwicklung der DRG-Systeme in Europa läuft daher möglicherweise in eine falsche Richtung. Denn derzeit unternehmen fast alle europäischen Staaten große Anstrengungen, die medizinische Klassifizierung und deren Kodierung voran zu treiben, um damit die Patienten immer besser zu beschreiben und zu gruppieren. Die Abbildung von strukturellen Faktoren wie die räumliche Lage oder das regionale Preisniveau werden hingegen in den DRG-Kalkulationen in europäischen Ländern (außer in England), kaum berücksichtigt, während im amerikanischen Medicare-DRG-System unterschiedliche Lohn- und Kapitalkosten auf regionaler Ebene zu unterschiedlichen Basisfallwerten führen. Ein weiteres Ziel des EuroDRG-Projekts ist es daher, Kostenunterschiede inner-

Land	Partnerinstitut
Deutschland	Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
England	Centre for Health Economics, University of York
Estland	PRAXIS Center for Policy Studies, Tallinn
Finnland	National Institute for Health and Welfare, Helsinki
Frankreich	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes und Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris
Niederlande	Institute for Health Policy & Management, Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam
Österreich	Department für Medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie, Medizinische Universität Innsbruck
Polen	Nationale Krankenkasse, Warschau
Schweden	Centre for Patient Classification, National Board of Health and Welfare, Stockholm
Spanien	Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Barcelona
	European Health Management Association, Brüssel (Koordination des Krankenhaus-Benchmarking-Club)

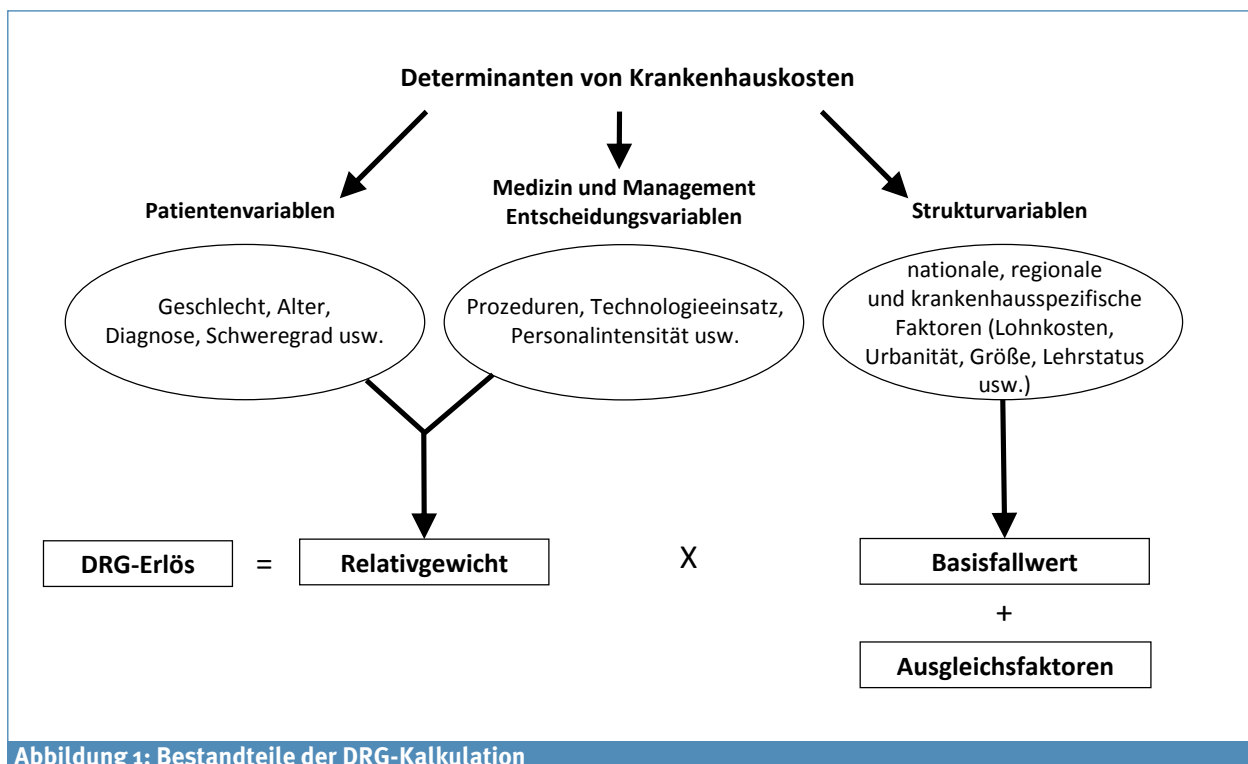
**Tabelle 1: Partnerländer und -institute**

halb und zwischen Ländern bei vergleichbaren Behandlungen in Krankenhäusern mit Hilfe ökonomischer Modelle zu untersuchen und dabei auch den Einfluss von strukturellen oder Umgebungsvariablen (wie zum Beispiel Lohnkostenunterschieden) zu bestimmen. Es sollen auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Berücksichtigung von unvermeidbaren Kostenfaktoren bei der DRG-Kalkulation abgeleitet werden.

### Vergleichbarkeit und Benchmarking

Zudem soll das EuroDRG-Projekt

Potenziale für eine bessere Vergleichbarkeit und ggf. Anpassung der DRG-Systeme in Europa identifizieren. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund einer wachsenden Patientenmobilität innerhalb der Europäischen Union von zunehmender Bedeutung. Die Fortschreibung des in Deutschland zu beobachtenden Trends, für elektive Leistungen (d.h. keine Notfallversorgung) einen weiteren Weg als den zum nächstgelegenen Krankenhaus in Kauf zu nehmen, kann insbesondere in den Grenzregionen Europas erwartet werden. Die bisherige europäische



**Abbildung 1: Bestandteile der DRG-Kalkulation**

Rechtsprechung sichert einem Patienten im Notfall die Leistung zu, die in dem Land der Inanspruchnahme zum Zeitpunkt seines Aufenthaltes Bestandteil des Leistungskataloges ist. Bei elektiven Leistungen, wie z.B. einer geplanten Hüftoperation, kann ein Patient, der in seinem Heimatland unangemessen lange Wartezeit in Kauf nehmen müsste, eine stationäre Behandlung im EU-Ausland antreten. Bei ambulanten Leistungen steht ihm sogar immer der Weg ins EU-Ausland offen. Die Kosten hätte der Kostenträger im Heimatland zu tragen. Daher ist in Zukunft ein Wettbewerb innerhalb der EU um elektive Leistungen nicht auszuschließen. Länder mit vergleichsweise geringen Kosten pro Fall und Kapazitätsreserven (nahezu keine Wartelisten, mäßige Bettenauslastung) wie Deutschland könnten davon profitieren und aus diesem Wettbewerb als Gewinner hervorgehen. In einem Europa der mobilen Patienten ist es selbstverständlich, dass Vergütungs- und Abrechnungssysteme keine Hürde darstellen dürfen. Daher liegt es auf der Hand, Potenziale für eine Harmonisierung der DRG-Systeme zu erschließen.

Ein weiteres Ziel des EuroDRG-Projektes ist die Etablierung eines Krankenhaus Benchmarking Clubs. Denn die Sichtweise der Krankenhäuser innerhalb der EU ist oftmals auf das eigene Gesundheitssystem beschränkt. Entwicklungen und Trends aus Nachbarländern werden daher nur spät oder gar nicht wahrgenommen. So sollen die Kommunikation und ein „Best-Practice“ Austausch zwischen den verschiedenen europäischen Krankenhauslandschaften angeregt werden. Daran teilnehmende Häuser profitieren von den Erfahrungen anderer und können so Entwicklungspotenziale erschließen.

### Ablauf und Methoden

In einem ersten Schritt werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der zehn Länder bezüglich ihrer DRG-Systeme erfasst. Anhand eines Fragebogens sind die Projektpartner aufgefordert, Länderreporte zu verfassen, anhand derer ein systematischer DRG-System-

vergleich möglich ist – bezüglich ausgewählter Themen wie Einsatzzweck, Entwicklung und Weiterentwicklung, Grundzüge des Systems (z.B. Anzahl der DRGs, Umgang mit Schweregrad, Prozeduren) und Nutzung zu Vergütungszwecken. Diese Reporte werden zusammen mit länderübergreifenden Artikeln (zu aktuellen Themen wie Qualität, Kostenrechnung oder Kodiertechnik) in einem Buch Mitte 2010 veröffentlicht. Somit wird erstmals ein systematischer Vergleich der DRG-Systeme innerhalb Europas möglich.

Neben der allgemeinen DRG-Systembeschreibung steht jedoch im Jahr 2010 der Umgang der einzelnen DRG-Systeme mit Patienten, die wegen ausgewählter Erkrankungen stationär behandelt werden, im Vordergrund des Projektes. Dazu wurden zunächst 17 „episodes of care“ (Krankheitsbilder) von den Projektpartnern identifiziert, mit Hilfe derer Kosten, Leistungs- und Qualitätsvergleiche ermöglicht werden sollen. Zu den ausgewählten „episodes“ zählen Krankheitsbilder mit überdurchschnittlich hohen Kosten (z.B. Schlaganfall), aber auch Krankheitsbilder von großer epidemiologischer Bedeutung (z.B. Brust- und Darmkrebs). Neben den Feinheiten der Klassifizierung und Kodierung der einzelnen DRG-Systeme in Bezug auf die verschiedenen „episodes“ soll auch ersichtlich werden, wie unterschiedlich diese innerhalb Europas versorgt bzw. behandelt werden. So zeigen erste Erfahrungsaustausche, dass eine in einem Land als rein stationär angenommene Behandlung in einem anderen Land fast ausschließlich ambulant erbracht wird oder auch, dass unterschiedlich innovative Technologien zum Einsatz kommen. Dieser Teil der Analyse gewährt daher tiefe Einblicke in den Umgang der Gesundheitssysteme mit konkreten Krankheitsbildern und geht damit weit über eine formale Analyse der Vergütungsmechanismen von DRG-Systemen hinaus.

### Kosten und Qualität

An Hand der definierten „episodes“ werden auch Kostendaten gesammelt, verglichen und analy-

siert. Somit wird es möglich sein, Kostentreiber und Ursachen für nationale und internationale Kostendifferenzen und Ineffizienzen aufzudecken. Dabei wird mit Hilfe von ökonomischen Modellen überprüft, welche Faktoren maßgeblich Krankenhauskosten beeinflussen, um Empfehlungen zur Berücksichtigung oder Vernachlässigung dieser bei der DRG-Kalkulation abzugeben. Die für diese Analysen notwendigen Kostendaten auf Patientenebene sollen erstmals länderübergreifend zusammengebracht und ausgewertet werden. Es wird zu prüfen sein, ob die Systeme zur Ressourcen-, Leistungs- und Kostenerfassung, die mit der europaweiten Einführung von DRG-Systemen ihren Weg in die Krankenhäuser fanden, für solche Zwecke vergleichbar genug sind.

Die „episodes“ helfen bei der Analyse, die Patientendaten entsprechend des Krankheitsbildes zu gruppieren und vergleichbar zu machen. Neben den Kosten spielt die Qualität einer Behandlung eine entscheidende Rolle bei internationalen Vergleichen. Aus diesem Grund werden neben den Kostendaten auch Qualitätsindikatoren, wie Wiedereinweisungsraten und Mortalitätsraten, in den Analysen berücksichtigt.

### Ausblick

Mit den Ergebnissen aus der System- und Kostenanalyse wird es anschließend möglich sein, 2011 Empfehlungen für ein europäisches DRG-System abzuleiten, welches etwaige Besonderheiten einzelner Länder beachtet und einbezieht. Der europäische Krankenhaus-Benchmarking-Club wird 2010/2011 ausgewählte Häuser näher aneinander führen und zu einem lebendigen Erfahrungsaustausch beitragen. ■

Dipl.-Ing. Alexander Geissler  
Research Fellow  
Department of Health Care Management  
WHO Collaborating Centre for Health  
Systems Research and Management  
Technical University Berlin  
Straße des 17. Juni 135, H80  
10623 Berlin  
<http://www.mig.tu-berlin.de>

*Literatur bei den Verfassern*