Wie werden die DRG berechnet und welchen Einfluss haben sie auf die strategische Ausrichtung der SHG-Kliniken Völklingen

Bei der sogenannten DRG handelt es sich um die durchschnittlichen Kosten einer definierten Krankheitsbehandlung bzw. einer Gruppe von definierten Krankheitsbehandlungen kurz gesagt handelt es sich um eine „Fallpauschale". Es ist ein Abrechnungssystem für stationäre Behandlungen. Für jeden Patienten wird eine bestimmte Pauschale bezahlt, egal wie lange er im Krankenhaus ist.

Zunächst wird jeder Patient einer sogenannten Fallgruppe zugeordnet: je nachdem, welche Haupt- und Nebendiagnosen, dokumentierte Operationen und festgelegte Behandlungsprozeduren der Patient im Krankenhaus erhalten hat. Diese Daten werden mittels einer Software geschüttelt und gerührt und heraus kommt eine DRG.

Dann wird auf dieser Basis die Pauschale, also der Betrag der der Krankenkasse in Rechnung gestellt wird , ermittelt. Hierzu werden zwei Zahlen benötigt: **der Basisfallwert und die Bewertungsrelation**.

Der **Basisfallwert** ist ein Betrag in Euro, der für jedes Bundesland zwischen den Krankenkassen und den jeweiligen Krankenhausgesellschaften jedes Jahr neu verhandelt wird; Grundlage bilden alle bewerteten DRG's aller Krankenhäuser eines Bundeslandes. Die Basisfallwerte der einzelnen Länder unterscheiden sich in der Höhe: so hat Rheinland-Pfalz den höchsten Basisfallwert aller Länder mit 3.383,00 Euro, gefolgt vom Saarland mit 3.283,00 Euro für 2015.

Die **Bewertungsrelation** ist ein Faktor, der sich aus der DRG ergibt. Je höher die Kosten, desto höher die Bewertungsrelation und umso mehr bekommt die Klinik für die Behandlung bezahlt.

Es gilt:

Bewertungsrelation x Basisfallwert = Rechnungsbetrag für die Behandlung

Beispiele:

Wenn einem Patienten, der älter ist als neun Jahre, der Blinddarm entfernt werden muss, dann beträgt die Bewertungsrelation 1,444; der Basisfallwert im Saarland beträgt 2015 3.283,00 Euro. Die Klinik, die diese Operation durchführt, bekommt somit 1,444 x 3.283,00 Euro = 4.740,65 Euro – egal, wie lange der Patient in der Klinik bleibt oder wie viele Tupfer bei der OP verbraucht wurden oder wie viele Medikamente verabreicht werden.

Für einen Patienten, der eine koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen Prozeduren, mit komplizierender Konstellation (DRG- Definition im Katalog 2015) erhalten hat, gilt eine Bewertungsrelation von 10,706. Multipliziert mit dem Basisfallwert bekommt ein Krankenhaus im Saarland rd. 35.147 Euro, ein Krankenhaus in Rheinland-Pfalz 36.218 Euro.

Was ist der Casemix-Index?

Wenn man die Bewertungsrelationen aller Fälle eines Krankenhauses aufaddiert, erhält man den Casemix. Teilt man diesen Wert durch die Anzahl der Fälle, hat man die durchschnittliche Bewertungsrelation des Krankenhauses: den Casemix-Index. Dieser Wert gibt- vereinfacht gesagt- an, wie aufwendig im Sinne von ökonomischem Aufwand (Kosten für Personal, Material, Arzneimittel,

Labor- und Röntgenuntersuchungen etc.) die Behandlung der Patienten dieses Krankenhauses durchschnittlich ist.

Die SHG-Kliniken Völklingen haben aktuell einen Casemix-Index von 1,52, die SHG-Kliniken Merzig von 0,88 und die SHG-Kliniken Idar-Oberstein von 1,0. Auch hier zeigt sich dass vor Jahren, der Weg zur Spezialisierung der SHG-Kliniken Völklingen mit Ihrem HerzZentrum eine richtige Entscheidung war. Und damit kommen wir zu dem Einfluss der DRG's auf **die strategischen Entscheidungen** eines Krankenhauses.

Zunächst gilt je höher der Casemix-Index eines Hauses ist, desto höher sind die durchschnittlichen Erlöse pro Fall eines Krankenhauses. Ist der Casemix-Index nicht so hoch, müssen die Erlöse über eine hohe Fallzahl generiert werden können. Man sollte wissen, dass nicht alle Kosten über die Fallerlöse abgedeckt werden wie z. B. Investitionen, nur ein Teil der Tarifsteigerungen, Steigerungen im Versicherungsbereich, Steigerungen der Energiekosten etc. Deshalb ist es sehr wichtig im Krankenhaus sowohl die Erlöse als auch die Kosten im Blick zu haben.

Wie sind nun hohe Fallzahlen und genügend hohe Erlöse zu erreichen? Ganz einfach: indem das Krankenhaus sich **spezialisiert**, d.h. sich auf die Fachabteilungen spezialisiert die inhaltlich zusammen passen und an deren Spitze Spezialisten qualitativ hochwertige Leistungen erbringen.

Dies bedeutet eine Abkehr vom Angebot aller Leistungsbereiche in einem Krankenhaus und damit hin zu einer Förderung der **medizinischen Qualität** von Leistungen.

Es gibt im Saarland eigentlich nur ein Krankenhaus, das diesen Weg beschritten hat: die SHG-Kliniken Völklingen.

Natürlich mussten dann in der Konsequenz auch Abteilungen geschlossen werden. Und genau das haben die SHG-Kliniken Völklingen getan: die chirurgische Hauptfachabteilung, die Gynäkologie und Geburtshilfe und die HNO-Abteilung wurden geschlossen. Die Klinik wurde umstrukturiert in wenige hochleistungsfähige Spezialabteilungen.

Grundvoraussetzung für die Erbringung von qualitativ excellenten Leistungen ist die Ausstattung mit modernster Medizintechnik, die Einstellung von hoch engagiertem und qualifiziertem Personal und nicht zuletzt die Führung durch ein kluges weitsichtiges Krankenhausmanagement.

Dadurch war es dem Klinikum Völklingen möglich, gleichzeitig medizinische Qualität zu erbringen, hohe finanzielle Investitionen zu tätigen und trotzdem Gewinne zu erwirtschaften.