

führen und wirtschaften im Krankenhaus
f&w

2|18

Februar 2018 | 35. Jahrgang

H 5162 | ISSN 0175-4548
Offizielles Organ des BDPK,
des BVBG und des DVKC sowie
Medienpartner der Entscheiderfabrik

Sonderdruck

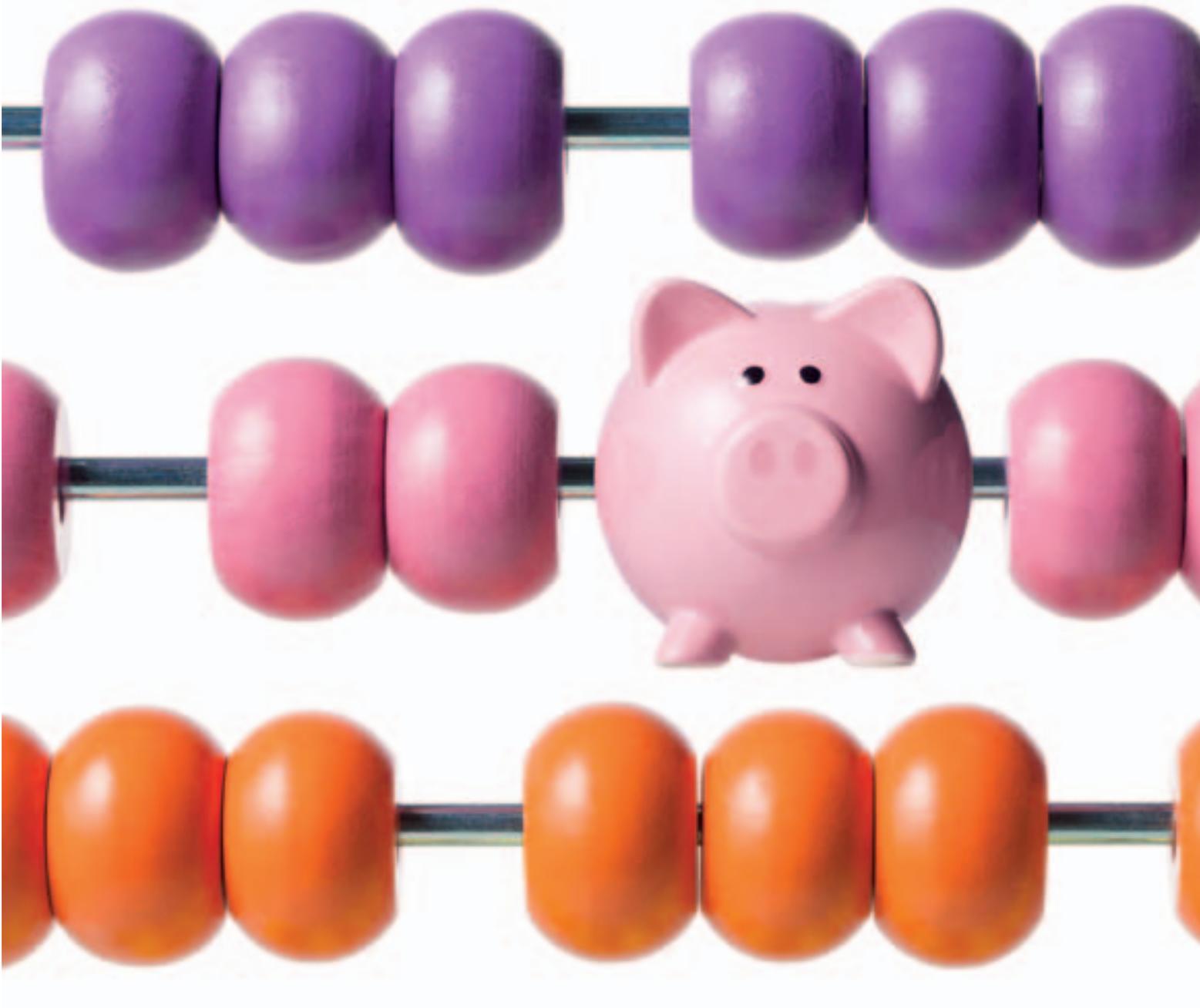
IMC clinicon

Besuchen Sie uns
DRG-Forum Berlin | DVKC Tag Potsdam

→ Ihr Partner für eine starke Position

Kalkulierte Willkür

Analyse des InEK-Sachkostenkonzepts



Analyse des InEK-Sachkostenkonzepts

Kalkulierte Willkür

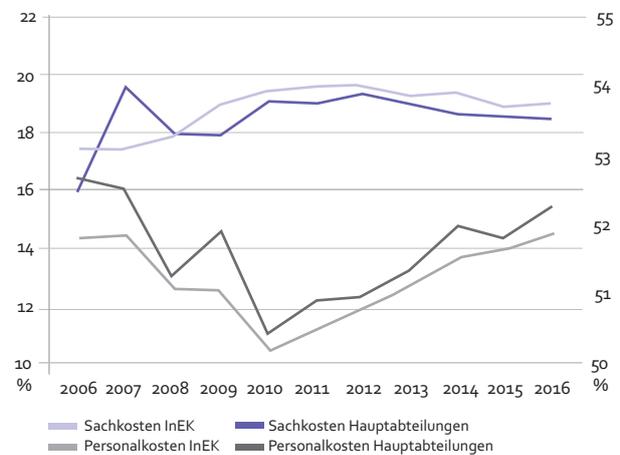
Seit Anfang 2017 ist ein neues Kostenregime in Kraft. Unsere Autoren haben Zahlen analysiert, dabei allerdings keine Sachkostenübervergütung in der Vergangenheit ausmachen können. Schlimmer noch: Die zuvor sachgerechte und hochwertige Kalkulation wird durch den willkürlichen Gestaltungseingriff erheblich gemindert.

Von Anja Hoffmann, Tamir Al-Abadi, Sebastian Irps, Prof. Dr. Thomas Kersting



Foto: Getty Images/malerapaso

Entwicklung der Personal- und Sachkostenanteile 2006 bis 2016 in Prozent



Quelle: IMC clinicon (eigene Berechnung), Infrastrukturkosten nicht berücksichtigt

Abb. 1

In der DRG-Kalkulation erfolgt die Berücksichtigung der Sachkosten in den Kostenartengruppen (KA) grundsätzlich differenziert nach Arzneimitteln (KA 4a, 4b), Implantaten/Transplantaten (KA 5) und medizinischem Sachbedarf (KA 6a, 6b). Die Sachkosten werden – wie alle Kostenarten – nach den (jeweils zwei Jahre zurückliegenden) Ist-Kosten der Kalkulationskrankenhäuser bemessen. Bei der späteren rechnerischen Zuordnung des Sachkostenanteils innerhalb eines DRG-basierten Preises erfolgt die Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem abzurechnenden Landesbasisfallwert. Dies stellt gewissermaßen einen „Hebel“ auf die Ist-Kosten des zwei Jahre zurückliegenden Kalkulationszeitraums dar. Der Gesetzge-

ber vermutete daher, dass DRG, bei denen besonders hohe Kosten durch den Einsatz von Medizinprodukten oder Arzneimitteln entstehen, bedingt durch einen unterstellten Preisverfall im Zeitverlauf aktuell zu hoch vergütet würden. Dies insbesondere unter dem Aspekt, dass Zusatzentgelte und Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) wesentlich zeitnäher mit ihren realen Kosten in die Kalkulation und damit in die Vergütung eingehen. Dass die Beschaffungskosten im Zeitverlauf tendenziell sinken und somit die Kostenentwicklung zwischen dem Kalkulations- und dem Gültigkeitsjahr der DRG keine Berücksichtigung findet, führte zur Forderung nach einer Berichtigung der Sachkosten.

Sachkosten-Übervergütung nicht nachvollziehbar

Werden gesundheitspolitische Annahmen in der Regel auf Basis von wissenschaftlichen Daten und Studien getroffen, finden sich weder in der Gesetzesbegründung noch in der weiteren Diskussion des Referentenentwurfs des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) detaillierte Hinweise (oder gar „Evidenz“) auf eine Begründung der Vermutung der „systematischen Übervergütung“. Vom Gesetzgeber vorgesehen war die jährliche Analyse der Sachkostenanteile aller voll- und teilstationären Leistungen durch das InEK, um zu prüfen, ob bei angenommenen sinkenden Sachkosten und steigenden Landesba-

sisfallwerten tatsächlich unsachgerechte Kostenvorteile entstehen (und auf welche DRG sich dies beziehen würde). Auf Basis dessen sollte es zu korrigierenden Eingriffen in die Bewertungsrelationen kommen und das dadurch insgesamt reduzierende Case-Mix-Volumen aufkommensneutral im Gesamtsystem umverteilt werden, um damit personalintensive Leistungen höher zu bewerten.

Die „Analyse“ des InEK stellte diesbezüglich lediglich fest, dass der unmittelbare Sachkostenanteil in der Kalkulationsstichprobe der Kostenarten 4a, 4b, 5, 6a und 6b der InEK-Matrix (Datenjahr 2015) im Durchschnitt bei 20,7 Prozent lag und bezog in der Folge lediglich diesen Anteil in seine weiteren Überlegungen ein. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts betrug demgegenüber der gesamte Sachkostenanteil 38,0 Prozent (Datenjahr 2015). Gleichwohl entschloss sich das InEK (ebenfalls ohne weitere Begründung), die Sachkostenvergütung ausschließlich über die direkt identifizierbaren Kostenarten 4 bis 6 zu korrigieren und die in den Infrastrukturkosten enthaltenen Sachkosten (immerhin nochmals 17,1 Prozent der Gesamtkosten) bei den Abwertungen außen vor zu lassen.

Das InEK ging bei seinen Überlegungen zudem davon aus, dass wegen mangelnder Repräsentativität der Stichprobe für die Kostenkalkulation der Effekt der Überversorgung befördert werde, da nur 76 Prozent der Fallpauschalen repräsentativ kalkuliert werden konnten.

Die Autoren haben die Entwicklung der Sach- und Personalkosten anhand der Kostenkalkulation des InEK der Datenjahre 2004 bis 2015 (G-DRG-Report-Browser des InEK der Jahre 2006 bis 2017) detailliert analysiert. Anschließend haben sie die miteinander korrespondierenden Relativgewichtsanteile in den einzelnen Feldern der DRG-Kostenmatrix auf die tatsächlichen Mengengerüste der Leistungen der jeweiligen G-DRG-Browser 2004/2005 bis 2015/2016 hochgerechnet (in der Hauptabteilung behandelte „Inlier“). Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Entwicklung der Kostenarten für Personal- und Sachmittel stark unterscheidet. Sind die

Personalkostenanteile seit 2010 kontinuierlich angestiegen und lagen sie im Jahr 2016 bei etwa 52,0 Prozent, so nivellierten sich die Sachkostenanteile seit Jahren bei rund 19,0 Prozent (Abbildung 1). Diese Entwicklung gilt sowohl für die Kalkulationsstichprobe als auch für die Gesamtheit der deutschen „Inlier“.

Aus der Analyse leiteten die Autoren außerdem ab, dass die Kalkulationsstichproben nur eingeschränkt repräsentativ waren, da die Verteilung der Fälle über die einzelnen DRG zwischen der Kalkulationsstichprobe und der Gesamtmenge der bundesweiten Inlier voneinander in allen Jahren abwich. Auch ermittelten die Autoren, dass der Sachkostenanteil, anders als vom InEK vermutet, in der Kalkulationsstichprobe im Durchschnitt um 0,54 Prozentpunkte höher ist als in der Gesamtmenge der bundesweiten Inlier.

Eine Bestätigung für die Annahme einer systematischen Überversorgung von Sachkosten im G-DRG-System über die Jahre ließ sich jedenfalls nicht ermitteln beziehungsweise war nicht nachvollziehbar.

Korrigiertes Sachkostenkonzept des InEK

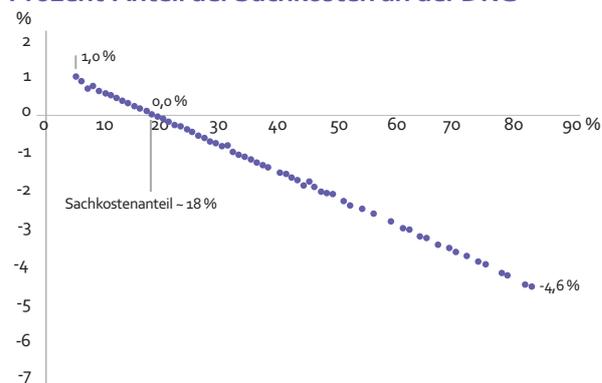
Den Erstvorschlag für die Neuberechnung der Sachkosten stellte das InEK im Rahmen des Nationalen DRG-Forums im März 2016 vor. Dieser wurde

zwischen den Vertragsparteien – Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Verband der privaten Krankenversicherung – strittig diskutiert und führte zur Anrufung der Schiedsstelle. Noch vor einer Entscheidung der Schiedsstelle über diesen Vorschlag fanden die Vertragsparteien eine einvernehmliche Lösung, die am 24. August 2016 mit der Sachkostenvereinbarung gemäß § 17b Abs. 1 S. 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Kraft trat.

Den Korrekturen unterfallen nur die Kalkulationsergebnisse für die KA 4a, 4b, 5, 6a und 6b. Um das Ziel einer Gleichbehandlung der Vergütung der Sachkosten der in Euro bewerteten Zusatzentgelte und der Sachkosten innerhalb der DRG-Fallpauschalen zu erreichen, erfolgt eine Anpassung der Bewertungsrelationen mittels anteiliger Berechnung mithilfe unterschiedlicher Divisoren.

Die bisherige Methodik der Kalkulation wird ergänzt durch die Berechnung der anteiligen Bewertungsrelationen für die Sachkostenarten durch Division der Kostenwerte durch das für das Gültigkeitsjahr des G-DRG-Katalogs ermittelte Berechnungsergebnis gemäß § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (einzelne Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleich werden mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen gewichtet). Um das jährlich gleichbleibende Case-Mix-

Isolierter Effekt der Sachkostenkorrektur nach Prozent-Anteil der Sachkosten an der DRG



Quelle: IMC clinicon (eigene Berechnung auf Basis der G-DRG-Report-Browser-Daten des InEK von 2015). Zur besseren Visualisierung wurden DRG-Cluster ohne Nachkommastellen gebildet (Anteil 17,6 Prozent bis 18,5 Prozent wird als 18 Prozent dargestellt).

Abb. 2

Effekte innerhalb der zehn fallzahlstärksten Basis-DRG

TOP	DRG	DRG-Bezeichnung	Fallzahl	Gesamteffekt	Katalogeffekt	Sachkosteneffekt
1	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis, Erkrankungen Verdauungsorgane, gastrointestinale Blutung	830.167	1,32%	0,66%	0,47%
2	O60	Vaginale Entbindung, Thromboembolie während Gestationsperiode ohne OR-Prozedur	443.005	3,54%	2,65%	0,72%
3	F49	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt	310.583	3,20%	3,03%	0,00%
4	F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	285.846	-1,52%	-2,30%	0,59%
5	B70	Apoplexie	241.607	0,59%	-0,05%	0,46%
6	F67	Hypertonie	238.926	1,33%	0,33%	0,80%
7	B80	Andere Kopfverletzungen	223.541	4,99%	3,88%	0,83%
8	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	221.958	-1,03%	-2,08%	0,85%
9	E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung, Bronchitis und Asthma bronchiale	216.302	-0,73%	-1,53%	0,63%
10	O01	Sectio caesarea, Thromboembolie während Gestationsperiode mit OR-Prozedur	211.558	0,19%	-0,67%	0,69%

Quelle: IMC clinicon (eigene Berechnungen)

Tab. 1

Effekte innerhalb der zehn erlösstärksten Basis-DRG

TOP	DRG	DRG-Bezeichnung	Erlös (Mio. €)	Gesamteffekt	Katalogeffekt	Sachkosteneffekt
1	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis, verschiedene Erkrankungen Verdauungsorgane, gastrointestinale Blutung	1.502	1,32%	0,66%	0,47%
2	A09	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung	1.486	0,53%	0,37%	-0,02%
3	A13	Beatmung > 95 Stunden ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung	1.165	3,92%	3,81%	-0,06%
4	B70	Apoplexie	1.111	0,59%	-0,05%	0,46%
5	A11	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung	1.073	-0,95%	-1,10%	-0,02%
6	I44	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk, Korrektur Brustkorbdeformität, komplizierende Diagnosen der unteren Extremitäten und best. Endoprotheseneingriffe	1.041	-4,22%	-3,58%	-0,82%
7	I09	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	963	-2,93%	-2,06%	-1,04%
8	O60	Vaginale Entbindung, Thromboembolie während Gestationsperiode ohne OR-Prozedur	896	3,54%	2,65%	0,72%
9	F49	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt	875	3,20%	3,03%	0,00%
10	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, Ersatz Hüftgelenk mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule	859	1,55%	1,53%	-0,15%

Quelle: IMC clinicon (eigene Berechnungen)

Tab. 2

Volumen zu erreichen, muss zur Berechnung der anteiligen Bewertungsrelationen der übrigen KA ein entsprechender Divisor (Korrekturwert) gegebenenfalls mit einer unvermeidbaren Rundungsdifferenz ermittelt werden (Kostenwerte der Kostenarten 1, 2, 3, 7, 8, dividiert durch Korrekturwert). Danach erfolgt die Berechnung der Gesamt-Bewertungsrelation durch Addition der Bewertungsrelationen der einzelnen KA.

Bei der Betrachtung des Sachkostenkonzepts muss auch die jährliche Neukalkulation innerhalb des G-DRG-Systems mit ihren klassifikatorischen und kalkulatorischen Änderungen berücksichtigt werden (sogenannter Katalogeffekt). Waren diese zu Beginn der Einführung des G-DRG-Systems sehr weitreichend, sind die Veränderungen in den vergangenen Jahren weniger einflussreich und insbesondere auf Feinstjustierungen – wie die Differenzierung einzelner DRG, die Aufnahme neuer Prozedurencodes und die Abbildung

neuer und kostenintensiver Leistungen – zurückzuführen.

Geschätzte und „reale“ Auswirkungen

Im Wesentlichen sind für das G-DRG-System 2017 (Datenjahr 2015) drei Effekte zu berücksichtigen:

- Der (bekannte) Katalogeffekt durch jährlich erfolgenden, klassifikatorischen Umbau.

- Die Sachkostenkorrektur, die einen ergänzenden Subkatalogeffekt durch die Abwertung der Sachkosten und die Aufwertung der Personalkosten herbeiführt.

- Eine normative Absenkung beziehungsweise Abstufung für acht ausgewählte DRG, die seit 2017 zusätzlich nach den Vorgaben des KHSG erfolgt, die einen geringen und isolierten Subkatalogeffekt (Aufwertung um den Faktor 1,001703 bei den nicht abgestuften oder abgewerteten 1.247 DRG) zur Folge hat.

Analysen zur Betrachtung der Auswirkungen des Sachkostenkonzepts müssen demnach sowohl die systemischen als auch die willkürlichen Eingriffe in das G-DRG-System berücksichtigen. Die folgenden Analysen beruhen auf mathematischen Berechnungen der Effekte und wurden anhand der zu unterschiedlichen Zeitpunkten veröffentlichten Versionen des Fallpauschalenkatalogs 2017 überprüft. Diesen hatte das InEK zuerst ohne Korrektur der Sachkosten, dann mit Sachkostenkorrektur und schlussendlich inklusive der selektiv abgestuften und abgesenkten DRG veröffentlicht.

Die ausschließliche Betrachtung der Sachkostenkorrektur zeigt: Durch die Neubewertung ergibt sich eine maximale Aufwertung von rund 1,2 Prozent (Sachkostenanteil < fünf Prozent) und eine maximale Absenkung um rund 4,7 Prozent. DRG mit einem Sachkostenanteil von bis zu 17 Prozent werden aufgewertet (755 DRG), ab einem Sach-

kostenanteil von circa 19 Prozent erfolgt eine Abwertung (371 DRG). 55 Fallpauschalen mit einem Sachkostenanteil von rund 18 Prozent werden durch die Korrektur nicht wesentlich beeinflusst (Abbildung 2). Einzelne DRG unterfallen nicht diesem Muster. Dabei handelt es sich zum einen um die abgewerteten und abgestuften DRG und zum anderen um Fallpauschalen mit sehr geringen Sachkostenanteilen (zum Beispiel Y36Z: Verbrennungen, ein Belegungstag, Sachkostenanteil rund sieben Prozent). Hierbei treten durch die Limitierung in der Berechnung auf zwei Nachkommastellen (E-Beträge) und drei Nachkommastellen (Bewertungsrelationen) hohe Rundungseffekte auf.

Korrekturen bedingen unsachgemäße Vergütung

Der Katalogeffekt und seine Subeffekte lassen sich auf verschiedenen Ebenen betrachten, etwa die Leistungsanalyse (Mix) einzelner Krankenhäuser, Landesbasisfallwertbetrachtungen oder generelle Effekte des G-DRG-Systems im Jahreswechsel. Die geeignetste Darstellungsform ist die Nutzung der dreistelligen DRG-Gruppen (Basis-DRG/ADRG), da diese nur geringen Artefakten unterliegen. Von den 370 Basis-DRG des Jahres 2017 bildeten die 30 am häufigsten kodierten DRG über 40 Prozent der bundesweit erbrachten DRG ab. In den Tabellen 1 und 2 werden die Auswirkungen in den fallzahl- und erlösstärksten Basis-DRG aufgezeigt.

Die angegebenen Fallzahlen wurden aus dem Überleitgrouping 2015/2016 mithilfe von Modellgroupings und der Analyse der Wanderungsbewegungen des Fallpauschalenkatalogs 2017 heuristisch ermittelt. Anhand der geringen Prozent-Abwertung über die Sachkostenkorrektur ist ersichtlich, dass der Sachkostenanteil bei diesen Basis-DRG eher gering ist. Größere Effekte im Bereich der fallzahlstarken Basis-DRG resultieren aus dem ursprünglichen Katalogeffekt, also aus der veränderten Kalkulationsgrundlage und den klassifikatorischen Änderungen.

Wie die Analysen zeigen, steht das Ergebnis der Sachkostenkorrektur un-

mittelbar mit dem Sachkostenanteil der einzelnen DRG in Zusammenhang. Ein hoher Sachkostenanteil reduziert den kompensatorischen Effekt der Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten. Weiterhin zeigt sich, dass der jährliche klassifikatorische Umbau (Katalogeffekt) die stärksten Auswirkungen auf das G-DRG-System hat. Der Katalog- sowie der Sachkosteneffekt verstärken oder kompensieren sich in Abhängigkeit der jeweiligen DRG. Jedoch handelt es sich bei der Sachkostenkorrektur sowie der Absenkung oder Abwertung um willkürliche Eingriffe, die im Gegensatz zu den bislang praktizierten daten- und wissensbasierten jährlichen Anpassungen stehen. In Summe werden somit sachgerechte und begründete Korrekturen in Teilen ausgehebelt und führen zu einer unsachgerechten Über- oder Untervergütung (zum Beispiel DRG F01: Implantation Kardioverter/Defibrillator). Die bislang sachgerechte und hochwertige DRG-Kalkulation wird durch diesen willkürlichen Gestaltungseingriff erheblich gemindert.

Auswirkungen auf einzelne Krankenhäuser sind direkt von deren DRG-Portfolio abhängig, sodass generelle Aussagen über die Wirkung des Konzepts auf einzelne Versorgungsstufen oder Fachkliniken nicht möglich sind.

Monierte Übervergütung ist nicht nachgewiesen

Mit der Sachkostenkorrektur kam es erstmals seit der Einführung des G-DRG-Systems zu einem willkürlichen Eingriff des Gesetzgebers in die jährliche bis dato auf Ist-Daten basierende DRG-Kalkulation. Die dem Eingriff zugrunde liegende Annahme einer „systematischen Übervergütung“ der Sachkosten hat das InEK trotz gesetzlichen Auftrags anscheinend nie systematisch belegt. In der Kalkulation einer DRG sind Sachkosten in verschiedensten KA, wie Arzneimitteln, Implantaten/Transplantaten sowie Infrastrukturkosten, inkludiert. Das InEK hat in seine Berechnungen jedoch lediglich die Arzneimittelkosten, Sachkosten und Implantate/Transplantate einbezogen, was einen Anteil von 20,7 Prozent gegen-

über dem tatsächlichen Sachkostenanteil von 38 Prozent im Bundesdurchschnitt darstellt.

Das vom InEK etablierte Sachkostenkonzept sieht auch keine Begrenzung auf DRG mit einem „hohen Sachkostenanteil“ vor und adressiert nicht ausschließlich die „deutlichen Vergütungsfehlreize“. Stattdessen erfolgt nun eine sichtbare, normativ abgeleitete Umverteilung, die bei vollständiger Umsetzung eine reale Sachkostenvergütung im Jahr 2017 auf dem Kostenniveau von 2015 zur Folge gehabt hätte.

Ein von vielen Seiten kritizierter Aspekt des Konzepts zur Sachkostenkorrektur ist der Einbezug des Bundesbasisfallwerts in die Relativgewichtskorrektur. So stellte auch der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) in seiner Stellungnahme zum Entwurf des InEK 2016 fest, dass die Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Bundes- beziehungsweise Landesbasisfallwert nicht in Zusammenhang mit der postulierten Übervergütung der Sachkosten steht.

Analysen zu den Auswirkungen der Sachkostenkorrektur müssen grundlegend alle etablierten und neuen Eingriffe in das System berücksichtigen. Dazu zählen seit 2017 neben dem jährlichen klassifikatorischen Umbau die Sachkostenkorrektur und die Abstufung und Abwertung einzelner DRG. Auf Ebene der Basis-DRG sind die Veränderungen zwar darstellbar, für einzelne DRG jedoch kaum überschaubar. In Summe zeigt sich, dass die Sachkostenkorrektur zunächst lediglich einen geringen Effekt hat. Gleichwohl hat die Umgestaltung aber einen erheblichen Kostendruck auf die Medizinprodukte-Hersteller erzeugt, da Krankenhäuser mit dem Hinweis auf die „4,7-prozentige Sachkosten-Abwertung“ nahezu überall Preisnachlässe eingefordert (und wohl auch erzielt) haben. Die Auswirkungen derartiger Preisnachlässe unter den Bedingungen des geltenden Sachkostenkonzepts (jetzt und 2019 mit 60-Prozent-Anrechnung) werden erst ab 2019 oder 2020 zutage treten, wenn Sachkostendaten aus 2017 (beziehungsweise 2018) in die InEK-Kostenkalkulation real eingeflossen sind. Eine Abwärtsspirale im „lernenden System“ ist zumindest möglich.

Für Krankenhäuser und Hersteller, die strategische Einkaufs- und Verkaufentscheidungen treffen müssen, erfordern die umfangreichen neuen Eingriffe detaillierte Portfolio-Betrachtungen und Analysen. Eine Unterfinanzierung von bestimmten sachkostenintensiven Leistungen kann bislang nicht sicher ausgeschlossen werden.

Eine tatsächliche „Übervergütung“ wurde zwar immer wieder postuliert, aber nicht systematisch belegt. Die Differenz von Bezugsgröße (rein mathematische Rechengröße mit keinerlei Bezug zu den Kosten des Kalkulationsjahrs aus dem Bestand von vor zwei Jahren) und aktuellem Bundesbasisfallwert als Multiplikator für Relativgewichte wird zu Unrecht als Argument genutzt; jedenfalls ist nicht ersichtlich, warum die für den Sachkostenbereich vorgetragene Logik denn dann nicht grundsätzlich auch für die Personalkosten gelten sollte. Die Kalkulationsstichprobe ist auch weiterhin wohl nicht

für die Sachkostenkalkulation repräsentativ. Die Sachkostenkorrektur wird von Katalogeffekten und Abwertung/Abstufung überlagert und ist auf der Ebene der einzelnen DRG kaum nachzuhalten.

Es ist absehbar, dass im G-DRG-System 2018 ähnliche Effekte auftreten werden wie im analysierten G-DRG-System 2017. Der Effekt aus der Sachkostenkorrektur wird vermutlich stärker ausfallen. Jedoch ist wieder zu erwarten, dass die klassifikatorischen Änderungen die wesentlichen Effekte ausmachen und die Sachkostenkorrektur begleitend kompensatorisch oder verstärkend wirkt.

Erschwert wird die Analyse des G-DRG-Systems 2018 dadurch, dass mit Einführung der Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 für einen erhöhten Pflegeaufwand ein weiterer Subeffekt wirksam wird. Die dabei umverteilten 130 Millionen Euro wurden in der Schlussphase der Systementwicklung in dem

G-DRG-System 2018 berücksichtigt. Der Leiter des InEK, Dr. Frank Heimg, äußerte sich im Rahmen der Vorstellung des G-DRG-Systems 2018 zu den Systemeingriffen („Wir haben es nicht dirty, aber quick gemacht.“) und rät von einer eigenständigen Analyse des Systems ab.

Literaturhinweise bei den Verfassern

Anja Hoffmann

Wirtschaftsingenieurin, Schwerpunkt Medizintechnik
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
IMC clinicon GmbH

Tamir Al-Abadi

Kaufmännischer Direktor
Schlosspark-Klinik und Park-Klinik
Heubnerweg 2
14059 Berlin

Sebastian Irps

Geschäftsführer
IMC clinicon GmbH

Prof. Dr. Thomas Kersting

Geschäftsführer
IMC clinicon GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
E-Mail: thomas.kersting@imc-clinicon.de

Für eine starke Position

Datenbasierte Beratung
seit über 15 Jahren

- Portfolioanalyse
- Kostenbenchmarking
- Strategische Positionierung
- Zielplanung
- Betriebsorganisation
- IT-Sicherheit Quick-Check