

PD Dr. Norbert Roeder/Dr. Bernhard Rochell/Dr. Stefan Glocker

Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung? (I)

Oder stimmt das: Gleiches Geld für gleiche Leistung?

Der Gesetzgeber und die Krankenkassen, aber auch viele Krankenhäuser erwarten von der Einführung des DRG-Systems eine erhebliche Transparenz bezüglich der Leistungen eines Krankenhauses. Erstmals sind die „Produkte“, also die im Krankenhaus „produzierten“ Gesundheitsleistungen, direkt beschreibbar und bilden damit die Planungsgrundlage für die Leistungsallokation, die Leistungszielvereinbarung und darauf basierende Budgetvereinbarungen. Erklärtes Ziel der deutschen Gesetzgebung ist es, das Prinzip „gleicher Preis für gleiche (DRG-)Leistung“ umzusetzen. Dabei soll für die gleiche DRG-Fallgruppe unabhängig vom individuellen Leistungsrahmen und unabhängig von der Versorgungsstufe des jeweils leistungserbringenden Krankenhauses in der Endausbaustufe des DRG-Systems landesweit die gleiche Vergütung gezahlt werden. Nachfolgend werden einige Probleme der Leistungsdarstellung über DRGs aufgezeigt und Lösungsvorschläge für sie unterbreitet.

Aus der Sicht der Autoren lassen sich Krankenhausleistungen über DRG-Systeme durchaus transparent darstellen und als Grundlage für Vergleiche nutzen. Allerdings müssen beim Vergleich von Krankenhausleistungen über DRGs auch die Grenzen der Leistungsdarstellungsmöglichkeiten beachtet werden. Bei Missachtung dieser Grenzen entsteht eine Pseudotransparenz, die zur Folge hat, dass Leistungen gleichgemacht werden, die eben nicht gleich sind.

Grundlage einer qualifizierten Diskussion über **nicht** im DRG-System abgebildete Leistungen ist zunächst einmal die genaue Benennung bzw. Definition dieser Leistungen. Es ist zu prüfen, ob diese Leistungen sachgerecht in den DRGs und den für Deutschland festgelegten Relativgewichten abgebildet sind. Zur Aufklärung des Zusammenhangs dieser Leistungen mit den Kosten einer Klinik und mit der Höhe der durch die DRG-Erlöse nicht abgedeckten Aufwendungen müssen weitere Detailuntersuchungen durchgeführt werden.¹⁾³⁾

In einigen Fachgebieten führt die DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster, unterstützt durch die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, in Zusammenarbeit mit betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbänden solche Untersuchungen bundesweit durch. In diesen DRG-Evaluationsprojekten werden im Rahmen von dreimonatigen prospektiven Datenerhebungen neben der Routinedokumentation die

wesentlichen Aufwandsparameter zu jedem einzelnen Behandlungsfall dokumentiert und bewertet. In der anschließenden Analyse wird dann überprüft, ob die Aufwandshomogenität innerhalb der Fallgruppen, denen diese Patienten auf Grund des australischen Gruppierungsalgorithmus zugeordnet wurden, nach zuvor festgelegten statistischen Kriterien auch besteht. Über diese Kriterien wird nach Festlegung eines Standardbereiches und der Ausreißerbereiche (Low-Outlier, High-Outlier) unter Berücksichtigung australischer Regelungen überprüft, wieviel Prozent der Behandlungsfälle im Standardbereich abgedeckt sind und wieviel Prozent der Behandlungsfälle in den Ausreißerbereich fallen. Werden Inhomogenitäten festgestellt, sind diese zu analysieren und Vorschläge zur Verbesserung der Homogenität zu entwickeln.

Schon jetzt kann festgehalten werden, dass große Variationen innerhalb derjenigen Fallgruppen bestehen, in denen Patienten zusammengefasst sind, welche durch einen stark abweichenden diagnostischen oder/und therapeutischen Aufwand bei demselben zu Grunde liegenden Krankheitsbild gekennzeichnet sind. Dies trifft auch bei unterschiedlich komplexer Differentialdiagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen zu.

Leistungsdefinition unter DRG-Bedingungen

„Geld folgt der Leistung“, lautet eine der die DRG-Einführung begründenden Kernaussagen der Gesetzgebung. Dieses Ziel kann uneingeschränkt unterstützt werden, wenn geklärt ist, was unter Leistung zu verstehen ist. Von vielen Diskutanten wird das DRG-System als ein erweitertes DRG-Fallpauschalensystem auf der Basis von Fallpauschalen und Sonderentgelten (FP/SE) bekannter Art gesehen. Das heutige Fallpauschalen- und Sonderentgeltsystem ist aber in keiner Weise mit dem primär diagnoseorientierten DRG-System vergleichbar. Fallpauschalen und Sonderentgelte orientieren sich direkt am Verfahren einer erbrachten operativen oder interventionellen Leistung. Bei der Definition der FP/SE wurde zunächst ein klar umschriebenes Therapieverfahren (zum Beispiel eine Koronarbypassoperation unter ausschließlicher Verwendung von venösen Bypässen) beschrieben und für diese eng definierte Leistungsgruppe anhand einer Stichprobe eine Kostenkalkulation durchgeführt. Basierend auf dem Kalkulationsergebnis wurden die Bewertungsrelationen (Punkte) bundesweit festgesetzt und landesweit über DM/Euro-Punktwerte bewertet. Als Resultate aus dieser Arithmetik existieren heute zum Beispiel 4 verschiedene Fallpauschalen für die Koronarchirurgie oder 6 verschiedene Fallpauschalen für die Hüftgelenks-Endoprothetik.

Das DRG-System geht von einem grundsätzlich anderen Ansatz aus. Hier steht zunächst einmal die Erkrankung

des Patienten im Vordergrund der Betrachtung, ausgedrückt durch eine Hauptdiagnose. Ausgehend von der Erkrankung wird geprüft, ob diese medizinisch konservativ, interventionell oder chirurgisch behandelt wurde. Abhängig vom therapeutischen Vorgehen ist bei gleicher Hauptdiagnose die Eingruppierung in 3 alternative DRGs (Patientenklassen) in Anhängigkeit vom individuell angewandten Behandlungsverfahren möglich. Das anzuwendende Therapieverfahren ist in der Regel durch die DRG nicht festgelegt.

So hat zum Beispiel die chirurgische Behandlung der koronaren Herzkrankheit verschiedenste Facetten: Das Bypassmaterial kann aus Venen, Arterien oder einer Kombination von beiden Gefäßarten bestehen. Der Eingriff kann offen chirurgisch, minimal invasiv oder beispielsweise mit Roboterunterstützung durchgeführt werden. Die verschiedenen Operationsverfahren sind mit einem unterschiedlich hohen Aufwand bezogen auf die Durchführung der Operation (OP-Dauer und Sachkostenbedarf), aber auch bezogen auf den postoperativen Verlauf (Verweildauer, Verbrauch von Blutprodukten etc.), verbunden. Diese verschiedenen Aufwände werden in der Differenzierung im DRG-System häufig nicht berücksichtigt. Die 4 bisherigen deutschen koronarchirurgischen Fallpauschalen werden im australischen DRG-System auf nur eine koronarchirurgische DRG verdichtet.

Eine ähnliche Situation finden wir bei den Eingriffen an der Herzklappe. Die Korrektur einer einzelnen Klappe führt ebenso in dieselbe DRG-Fallgruppe wie der Ersatz von 3 Herzklappen. Während die Korrektur einer einzelnen Herzklappe einen Eingriff mit relativ kurzer OP-Dauer und relativ „glattem“ postoperativen Verlauf ist, ist der Ersatz von 3 Herzklappen ein Eingriff mit sehr langer Verweildauer und einem wesentlich höheren Verlaufs- und Letalitätsrisiko. Allein die Sachkostenunterschiede zwischen den beiden verglichenen Operationen betragen rund 8 000 €.

Die beispielhaft aufgeführten unterschiedlichen Eingriffe sind in einer DRG-Fallgruppe zusammengefasst, weil davon ausgegangen wird, dass die Verteilung zwischen der einfachen Klappenkorrektur und dem Ersatz von 3 Herzklappen innerhalb der gesamten Fallgruppe interklinisch wenig variiert und damit die Fälle innerhalb der Fallgruppe im Mittel für jede Klinik richtig vergütet werden.

Ökonomische Bewertung

Wenn für die Behandlungsfallgruppen des Patientenklassifikationssystems ein Preissystem entwickelt wird, kann auf deren Basis eine Vergütung von Krankenhausleistungen erfolgen. Die ökonomische Bewertung (DRG-Relativgewicht) ist aber nicht Bestandteil der DRGs bzw. des DRG-Systems selbst. Das Relativgewichtssystem ist eine gesonderte „Preisliste“, in der die aktuellen Preise für die DRG-Fallgruppen, also die „Produkte“, hinterlegt sind.

Für ein und dasselbe DRG-System können – abhängig von den Rahmenbedingungen der mit der DRG durchzuführenden Krankenhausfinanzierung – verschiedene Preislisten bestehen. Das ist zum Beispiel in Australien der

Optimal kodieren und gruppieren

jetzt mit:

SEM  **FINDER**
der Kodierlösung
der nächsten
Generation!

Analysieren
Kodieren
Abrechnen

fit für die
G-DRGs mit
KODIP[®]
und dem
DRG-Scout



Software und Beratung
im Gesundheitswesen
Dr. Kolodzig und Kirste GbR

www.sbg-berlin.de
info@sbg-berlin.de

Sophie-Charlotten-Str. 15
14059 Berlin
Tel 0 30 / 32 67 76-0
Fax 0 30 / 32 67 76-77

Fall, wo es differenzierte Relativgewichte für öffentliche Häuser, für private Häuser, für Teaching Hospitals und für Regelversorger sowie für andere Gruppen gibt. Jeder Staat in Australien hat eigene DRG-Relativgewichtssysteme,⁴⁾ also eigene „Preislisten“, wobei alle Staaten annähernd das gleiche DRG-Patientenklassifikationssystem verwenden. Dies kann man etwa mit länderspezifischen Relativgewichten in der Bundesrepublik vergleichen, wenn man zu dem Schluss kommt, dass die Unterschiede zwischen den Bundesländern – zum Beispiel durch unterschiedliche Versorgungsstrukturen – zu groß sind, um über bundesweite Relativgewichte oder einen einheitlichen Basisfallpreis abgebildet zu werden.

Es kann festgehalten werden:

DRG-Fallgruppen fassen ähnlich aufwändige, medizinisch ähnliche Fälle zusammen. Was als ähnlich aufwändig angesehen wird, hängt von den Rahmenbedingungen der Finanzierung, also vom Vergütungsansatz, und nicht unmittelbar vom DRG-Patientenklassifikationssystem selbst ab.

- Soll ein möglichst hoher Anteil der Fallkosten über Pauschalierung aufsetzend auf Patientenklassen (DRGs) finanziert werden, müssen die DRG-Fallgruppen so gestaltet sein, dass – bezogen auf den Aufwand – nur sehr ähnlich kostenintensive Fälle in einer DRG zusammengefasst werden.
- Differieren die Fälle bezüglich des Aufwands stark innerhalb einer Fallgruppe, ist ein sachgerechter Finanzierungsansatz nur möglich, wenn die prozentuale Verteilung der verschiedenen aufwändigen Fälle innerhalb der Fallgruppe zwischen den Krankenhäusern kaum variiert. Auch dann ist die Fallgruppe als homogen aus Sicht der durchschnittlichen ökonomischen Bewertung zu betrachten und kann die Grundlage einer pauschalierten Finanzierung aller Erbringer dieser Behandlungsleistung sein.
- Wird nur ein Teil der Gesamtleistungen innerhalb einer DRG-Fallgruppe über eine pauschalierte Vergütung finanziert, kombiniert mit der additiven Finanzierung von variablen Elementen der Gesamtbehandlung (zum Beispiel teure Medikamente, Implantate etc.) über Zuzahlungen, brauchen die DRG-Fallgruppen nicht so detailliert ausgestaltet zu sein wie bei einem Ansatz, der auf einer Finanzierung von 100 Prozent der Kosten einer Fallgruppe abstellt.

Die Gesetzgebung zur DRG-Einführung in Deutschland hat das Ziel, möglichst 100 Prozent aller Kosten eines Falles über eine DRG-basierte Pauschalierung zu finanzieren („100-Prozent-Ansatz“). Es wird aber auch vom Gesetzgeber und den Krankenkassen eingeräumt, dass vorübergehend keine 100-prozentige Abbildung möglich ist, weshalb im Rahmen des Fallpauschalengesetzes auch Öffnungsklauseln für Ausnahmeregelungen geschaffen wurden. Weiterhin sollen beispielsweise nur Kliniken in das DRG-System optional in 2003 einsteigen dürfen, die voraussichtlich mindestens 90 Prozent des potenziellen DRG-Budgets nach dem KHEntgG (exklusive Psychiatrie

und psychosomatische Medizin) über Fallpauschalen abdecken können. Diese Forderung beinhaltet ebenfalls die Anerkennung der Tatsache, dass ein Teil der Fälle vorübergehend nicht sachgerecht über DRGs abgebildet werden kann.

Jeder Fall wird einer DRG zugeordnet

Im DRG-System werden die Behandlungsfälle entsprechend den kodierten Diagnosen und Prozeduren einer DRG zugeordnet. Die Zuordnung ist immer eindeutig, das heißt es kann keine Überschneidung zwischen verschiedenen DRGs geben. Jeder Behandlungsfall wird einer DRG zugeordnet, im Zweifelsfall einer so genannten Fehler-DRG, die falsch kodierte Fälle oder auf Grund besonderer Konstellationen nicht anderen DRGs zuordnungsbarer Fälle „auffängt“. Innerhalb jeder Hauptdiagnosekategorie, die in der Regel die DRGs eines Organgebiets oder einer Erkrankungsgruppe zusammenfasst, existieren „Restklassen“, die als Sammeltöpfe für die einer spezifischen Fallgruppe nicht zuzuordnenden Fälle gelten können und sehr heterogen sind (zum Beispiel J11, Andere Operationen an Haut, Unterhautgewebe oder Brust).

Gruppierungstechnisch lässt sich jeder Krankenhausfall im australischen DRG-System, aber auch in anderen DRG-Systemen, einer DRG zuordnen. Aus methodischer Sicht kann daher immer von einer 100-prozentigen Abdeckung, bezogen auf die Fallgruppen, gesprochen werden. Die spannende Frage ist aber, ob die den jeweiligen DRGs zugeordneten Fälle auch unter der Prämisse der Kosten- bzw. Aufwandshomogenität sachgerecht abgebildet sind. Hieran dürfen für einen Teil der Subfallgruppen erhebliche Zweifel geäußert werden. In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Qualität eines DRG-Systems nicht an einzelnen Fällen gemessen werden kann. Der individuelle Fall wird im DRG-System kaum richtig und sachgerecht vergütet. Innerhalb einer DRG-Fallgruppe sind sowohl Fälle zusammengefasst, die mit geringem, als auch Fälle, die mit hohem Aufwand behandelt werden müssen. Es ergibt sich eine Verteilung zwischen aufwandsarmen Fällen, Fällen mit mittlerem Aufwand und aufwandsintensiven Fällen. Wenn die Verteilung im Mittel jeder Klinik gleich ist und die auf der DRG-Gruppierung aufsetzende Vergütung den Mittelwert über die Gesamtverteilung vergütet, werden im Mittel auch alle Fälle richtig vergütet.

Die erfolgreiche Zuordnung von Fällen zu einer DRG bedeutet also nicht automatisch, dass die jeweiligen Behandlungsfälle damit auch sachgerecht zugeordnet sind und in diese Gruppe passen. Viele Leistungen, insbesondere innovative Leistungen, die teurer sind als die der Definition und Kalkulation einer Fallgruppe zugrunde liegenden Fälle, sind im DRG-System nicht adäquat berücksichtigt. DRGs decken in der Regel den Standardfall ab, nicht den außergewöhnlichen Fall, der eine außergewöhnliche Diagnostik und/oder Therapie erhalten hat.

Insbesondere unter den geforderten Rahmenbedingungen (Finanzierung von 100 Prozent der Fallkosten über

DRGs) muss überprüft werden, ob auch neuere und kostenintensive diagnostische oder therapeutische Optionen sachgerecht im DRG-System berücksichtigt sind, oder ob sie wegen Nichtberücksichtigung keinen Einfluss auf die Fallzuordnung zu einer DRG haben. Wenn sich bestimmte Kliniken auf diese Behandlungsfälle spezialisieren, stimmt die Gesamtverteilung innerhalb der DRG-Fallgruppe nicht mehr und es kann zu einer systematischen Über- oder Unterfinanzierung innerhalb der DRG-Fallgruppe, bezogen auf eine einzelne Klinik, kommen.

So wird zum Beispiel ein Patient, der eine „Kunstherz-implantation“ (left ventricular assist device) erhält, der Sammel-DRG (Restegruppe) F07Z (Andere OPs an Herz, Thorax, Gefäßen; mit HLM) zugeordnet, die in Australien mit durchschnittlich 15 000 € vergütet wird. Die tatsächlichen Kosten für diesen in einer hochspezialisierten Einrichtung behandelten Patienten betragen aber im Mittel rund 125 000 €. Diese komplexen und besonderen Fälle, die nur in geringer Fallzahl auftreten, aber extrem teuer sind, werden im DRG-System nicht sachgerecht abgebildet und verfälschen damit die Aussage hinsichtlich der mittleren Fallkosten. Die Klinik erscheint teuer und ineffektiv, obwohl sie nur ein besonderes Fallspektrum hat. Hieraus resultieren einerseits Überfinanzierungen der vermeintlich effektiveren Häusern, welche diese Leistung nicht erbringen, andererseits aber auch eine Unterfinanzierung für diejenigen Häuser mit den besonders komplexen Fällen. Überfinanzierungen werden keinen negativen Einfluss auf das Leistungsgeschehen und das Leistungsangebot für die Patienten haben, machen das System aber unwirtschaftlich. Unterfinanzierungen schonen dagegen zwar die Budgets der Kostenträger, werden aber letztlich dazu führen, dass notwendige hochspezialisierte Leistungen mangels adäquater Vergütung nicht mehr im gleichen Maße angeboten werden können.

Es bleibt festzuhalten:

- Jeder Behandlungsfall im Krankenhaus wird auf Grund seiner Diagnosen und maßgeblichen Leistungen einer DRG-Fallgruppe zugeordnet.
- Alle DRG-Fallgruppen werden mit Kostengewichten bewertet, deren Leistungsgerechtigkeit stark von der Qualität und Repräsentativität der Kalkulations-Stichprobe abhängt.
- An Einzelfällen lässt sich die Qualität der Aufwandsabbildung durch das DRG-System nicht messen.
- Die spannende Frage ist und bleibt, ob die einer DRG zugeordneten Behandlungsfälle auch im Mittel sachgerecht über die DRG abgebildet sind und sachgerecht basierend auf dieser DRG-Eingruppierung adäquat finanziert werden können.

Mittlerweile existieren differenzierte Beschreibungen von Fallkonstellationen, die sich mit großer Wahrscheinlichkeit nicht sachgerecht über DRGs abbilden lassen. Die DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster führt derzeit mit 9 verschiedenen medizinischen Fachgesell-



Die Versorgung sichern ist Ihr Geschäft und unseres. Sie konzentrieren sich auf Ihr Kerngeschäft, wir kümmern uns um Ihre Energieversorgung. citiworks bietet Service und Beratung in allen Energiefragen: intelligente Contracting-Modelle, kostengünstig für Ihren individuellen Bedarf. Wir greifen auf die Erfahrung unserer Gesellschafter, der Stadtwerke München und der entega zurück. Wir planen, finanzieren, errichten und betreiben Ihre Energieanlagen. Zu Ihrem Vorteil: ein Ansprechpartner für alle Fragen, Senkung Ihrer Energiekosten, gesicherte Verfügbarkeit der Anlagen. Fragen Sie uns: citiworks

schaften Untersuchungen durch, um die Abbildbarkeit oder Nichtabbildbarkeit von Leistungen durch repräsentative Daten zu belegen. Der Prozentsatz der nicht sachgerecht abbildbaren Fälle variiert von Krankenhaus zu Krankenhaus. Wie hoch er tatsächlich ist, wird sich erst nach differenzierten Untersuchungen an deutschen Daten und der Analyse der DRG-Kalkulationsdaten feststellen lassen.

Die Probleme der Abbildung lassen sich in folgende, nicht überschneidungsfrei abgrenzbare Grundkonstrukte untergliedern:

1. Große Variation im Personal- und Sachmittelaufwand bei derselben DRG zugeordneten Fällen bzw. in Abhängigkeit von der Spezialisierung auf besondere Leistungsangebote;
2. Abhängigkeit der Leistungsinhalte von Therapiekonzepten
 - mehrzeitige, in sehr kostenheterogene Abschnitte fraktionierte Behandlung derselben Erkrankung,
 - einseitige Behandlung komplexer Erkrankungen (zum Beispiel multimodale Therapiekonzepte bei bösartigen Tumoren),
 - selektiertes Fallspektrum, Beispiel Organtransplantation;
3. Einfluss der in Kliniken vorgehaltenen Versorgungsstrukturen auf den Aufwand innerhalb einer DRG-Fallgruppe;
4. regionale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen, zum Beispiel durch unterschiedliche Schnittstellen/Weiterbehandlungskonzepte mit postoperativer Nachbehandlung, zum Beispiel AHB, Rehabilitationsverfahren;
5. „Fehler“ im DRG-System.

Nachfolgend werden diese Grundkonstrukte an Beispielen dargestellt.

Große Unterschiede im Personal- und Sachmittelaufwand bei derselben DRG zugeordneten Fällen

Der sehr variable Einsatz von Sachkosten (zum Beispiel für Medikamente, Implantate) findet sich bei einigen Fallgruppen in jedem Fachgebiet. Insbesondere chronische Erkrankungen (Diabetes, Rheumatologie, Geriatrie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Onkologie, Palliativmedizin etc.) gehören zu diesen Problemgruppen, aber auch Fachgebiete mit einem hohen diagnostischen Anteil wie die Neurologie, die Dermatologie, die Pädiatrie, die Gastroenterologie oder die Endokrinologie.

Eine weitere Gruppe von Fällen, bei denen die gleiche DRG-Leistung nicht die gleiche Real-Leistung bedeutet, sind die Patienten, bei denen unterschiedliche therapeutische Inhalte auf Grund unterschiedlicher Fallkonstellationen notwendig werden. Diese Problematik lässt sich sehr gut am Beispiel der chemotherapeutischen Behandlung des Mammatumors darstellen. Bei der Behandlung des

Brustkrebses werden verschiedene Gruppen von Tumorarten unterschieden, die einer unterschiedlichen Chemotherapie bedürfen. Die damit verbundenen Behandlungsschemata differieren bezüglich der Kosten zwischen 130 und 700 € pro Behandlungszyklus. Bei einem Teil der Patientinnen mit einem Mammatumor greifen die Standardkombinationen von Chemotherapeutika nicht. Bei diesen Patientinnen kommen zum Beispiel so genannte Taxane zum Einsatz, die pro Zyklus Kosten von circa 1400 € verursachen.

Die Indikation für das eine oder andere Schema ist nicht aus den Diagnosen allein, sondern nur unter Kenntnis von Zusatzdaten (zum Beispiel die bisherige Therapie, der Pathologiebefund) ersichtlich. Bevorzugt wird diese Therapie mit teuren Medikamenten an Zentren der Maximalversorgung durchgeführt. Dort hat sich diese Praxis eingebürgert, weil die Maximalversorgungszentren in der Vergangenheit den Krankenkassen die Notwendigkeit einer solchen Behandlung erfolgreicher vermitteln konnten als die Regelversorger und damit auch ein entsprechendes Budget zugesprochen bekamen. Werden die Fälle aus gruppierungstechnisch gleichen Fallgruppen jedoch mit unterschiedlichen Therapieansätzen behandelt und damit im Umkehrschluss auch mit unterschiedlich kostenaufwändigen Inhalten plötzlich über dieselbe DRG-Gruppe vergütungstechnisch „gleich gemacht“, wird die derzeitige Praxis komplett ignoriert.

Der Leistungsanbieter mit der teureren Therapie wird in der DRG-Einführungsphase automatisch einen höheren Basisfallwert haben und damit als teuer und „ineffizient“ dastehen. Die einzige Möglichkeit zur Steigerung der „Effizienz“ wird er darin sehen, die Sachkosten (denn dies ist der wesentliche Unterschied) zu senken und den Umfang der teureren, aber wirksameren Therapie erheblich einzuschränken. Deutliche Qualitätseinbußen in der Brustkrebstherapie können die Folge sein.

Diese Qualitätseinbußen lassen sich auch mit externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht monitoren bzw. beschreiben, da der Maximalversorger im Endeffekt ja keine andere und damit auch keine schlechtere Therapie als der Regelversorger erbringen wird. Er erbringt aber bestimmte Therapien nicht mehr in dem Maße wie vor der Umstellung auf die geringere Vergütung. Es kann nicht von ihm verlangt werden, dass er Geld ausgibt, welches ihm gar nicht zur Verfügung steht. Technische Errungenschaften bzw. Entwicklungen der letzten Jahre könnten damit verschwinden bzw. mit zunehmender Ausschließlichkeit zahlungskräftigen Patienten vorbehalten bleiben.

Unterschiedliche Sachkosten wegen unterschiedlicher Leistungsinhalte bei gleicher DRG

Zwei Kliniken implantieren jeweils 110 Herzschrittmacher, die sich aber unterschiedlich auf verschiedene Schrittmachertypen verteilen. Haus A implantiert 30 1-Kammer-Schrittmacher (1-K), 70 2-Kammer-Schrittmacher (2-K) und 10 biventrikuläre 3-Kammer-Schrittmacher (3-K).

Abbildung 1: Fiktiver Vergleich von 2 Häusern mit unterschiedlicher Leistungsstruktur in der DRG F12Z (Herzschrittmacher-implantation)



Haus B implantiert 80 1-Kammer- und 30 2-K-Schrittmacher und keine 3-Kammer-Schrittmacher.

Alle Fälle werden mit den gleichen Kosten in Abhängigkeit vom Schrittmachertyp bewertet, Effizienzunterschiede existieren bei dieser Rechnung nicht. Die 1-Kammer-Systeme werden mit Kosten von 4 000 €, die 2-Kammer-Systeme mit 5 500 € und die 3-Kammer-Systeme mit 10 000 € bewertet.

Hieraus resultieren Gesamtkosten in Klinik A von 605 000 € und in Klinik B von 485 000 €. Werden diese durch die jeweils behandelten 110 Fälle dividiert, ergeben sich mittlere Implantatkosten über beide Kliniken von 4 955 €. Der Erlös beträgt für beide Kliniken jeweils 545 050 € (110 x 4 955 €). Klinik A verliert damit 59 950 €, während Klinik B 60 050 € (bei gleicher Effizienz!) gewinnt.

Dass die Verteilung der 1-Kammer-, 2-Kammer- und 3-Kammer-Fälle in der Praxis erheblich zwischen den Kliniken differiert, ergab eine repräsentative Umfrage auf der Basis der 2001 implantierten Systeme in der Herzchirurgie. Hierbei differierten die mittleren Kosten in unserem Beispiel (analysiert wurden die Daten von 49 Herzzentren die ≥ 50 Schrittmacher pro Jahr implantierten) ausschließlich abhängig von der prozentualen Verteilung der Systeme zwischen 4 000 € und 7 363 € bei einem mittleren Fallpreis von 5 487 € über alle Kliniken. Hier wird der Eindruck entstehen, dass es Häuser gibt, die Herzschrittmacherpatienten fast 100 Prozent teurer als andere Häuser behandeln. In der Analyse wurden 10 362 (je nach Klinik zwischen 52 und 701) Schrittmacher berücksichtigt.

Das gleiche Problem existiert auch bei den implantierbaren automatischen Defibrillatoren. Auch hier lassen sich die 3 Gerätegenerationen – 1-Kammer, 2-Kammer sowie biventrikulär – unterscheiden und sind mit erheblichen Kostendifferenzen verbunden. Werden diese Leistungen ohne Ausgleichsregelung über eine gemeinsame DRG abgerechnet, so käme es bei unterschiedlicher Indikationsstellung zur systematischen Über- bzw. Unterfinanzierung der jeweiligen Krankenhäuser. ▶

TQM CONSULTING GROUP AG

Düsseldorf • München • Zürich

**Internationale Unternehmensberatung
für Total Quality Management
und Change Management**



Wir sind Ihre kompetenten Partner für Themen wie:

- Ausbildung zum zertifizierten EFQM-Assessor
- Benchmarking
- Coaching von TQM-Koordinatoren
- EFQM-Selbstbewertung
- Einführung eines TQM-Prozesses
- Führungsausbildung
- KTQ-Selbstbewertung
- Konfliktmanagement
- Persönliche Qualitätsverbesserung
- Projektmanagement
- Prozessoptimierung
- Qualitätsverbesserungsmethoden/-techniken
- Teamkompetenz
- Veränderungsmanagement
- Vision-/ Leitbild-/ Strategieentwicklung
- Zielvereinbarungsprozess

....

Verlangen Sie Detailinformationen!

TQMCG ist Mitglied der



und lizenzierter Trainer für die
EFQM-Assessorenausbildung

TQM CONSULTING GROUP AG (TQMCG)

Hambornerstrasse 53, D-40472 Düsseldorf
Telefon: +49-211-9409-8422 • Fax: +49-211-9409-8200
Terminalstrasse Mitte 18, D-85356 München
Telefon: +49-89-9700-7415 • Fax: +49-89-9700-7200
Bäulerstr. 20, CH-8152 Zürich-Glattbrugg
Telefon: +41-1-808-9696 • Fax: +41-1-808-9600
info@tqmcg.com • www.tqmcg.com

Einsatz innovativer therapeutischer Optionen

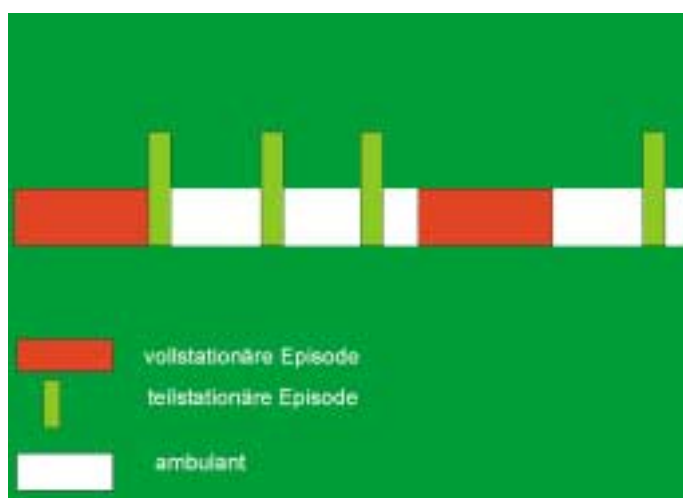
Die kardiologische Versorgung von Patienten mit einer Verengung der Herzkranzgefäße erfolgt heute häufig mit einem Koronarstent, der das mit einem Ballon aufgedehnte Herzkranzgefäß wie eine innere Stütze offen hält. Leider wächst bei einem Teil der Patienten die Gefäßwand durch den Stent hindurch und engt das Gefäß wieder ein. Eine wesentliche Innovation ist der medikamentenbeschichtete Stent, der das Wachstum der Gefäßwand stoppt und so eine neue Verengung wirkungsvoll verhindert. Leider ist der medikamentenbeschichtete Stent circa achtmal so teuer wie der Standardstent. Ist in die DRG der Standardstent einkalkuliert, kann der innovative, aus Patientensicht und aus volkswirtschaftlicher Sicht (Wiederholungseingriffe sind nicht mehr nötig) einzusetzende Stent nicht zur Anwendung kommen, weil ihn das Krankenhaus nicht finanzieren kann.

Abhängigkeit der Leistungsinhalte von Therapiekonzepten

■ Mehrzeitige, in sehr kostenheterogene Abschnitte fraktionierte Behandlung einer Erkrankung

Insbesondere bei bösartigen Erkrankungen findet die Behandlung mehrzeitig über einen längeren Zeitraum statt. Verfügt die Klinik über eine teilstationär behandelnde Einheit, können sich teil- und vollstationäre Episoden abwechseln. Die Hauptdiagnose bleibt in der Regel gleich, kann sich aber auch ändern, wenn es im Rahmen einer onkologischen Therapie zu Infektionen oder anderen behandlungsbedürftigen Ereignissen kommt. Abbildung 2 stellt diese Konstellation grafisch dar.

Abbildung 2: Mögliches Behandlungsmuster einer onkologischen Therapie



Durch Abrechnungsregeln soll verhindert werden, dass Patienten unvollständig behandelt entlassen werden und die Wiederaufnahme wegen Komplikationen zum Erlös einer zweiten Pauschale führt. Wenn derselbe Patient wegen derselben Erkrankung innerhalb einer bestimmten Frist (der oberen Grenzverweildauer) nochmals aufgenommen wird, kann es sich um die Behandlung einer Komplika-

kation durch zu frühe Entlassung handeln. Für diese Weiterbehandlung soll das Krankenhaus dann im Rahmen der ersten DRG-Pauschale aufkommen und keine Extravergütung erhalten. Diese Regelung zur Vermeidung von falschen Leistungsanreizen kann aber bei onkologisch therapierten Patienten zu gegenteiligen Effekten führen. Wenn die Therapie einer Erkrankung regelhaft aus mehreren Behandlungsepisoden besteht und die Mehrzeitigkeit der Therapie nicht durch Komplikationen bedingt ist, kann eine durch Abrechnungsregeln bestimmte Frist mit Grenzverweildauer nicht angewendet werden. So können zum Beispiel Patienten mit einem Rektumkarzinom, abhängig vom Stadium und von der Gesamtsituation, unterschiedlichste Therapien in Kombination mit der Operation erhalten. Nachfolgend werden 3 Alternativen dargestellt:

- Kurzzeitstrahlentherapie vor der Operation, keine Radiochemotherapie nach der Operation,
- mehrwöchige Strahlentherapie in Kombination mit Chemotherapie vor der Operation, unter Umständen zusätzlich mit mehreren Chemotherapiekursen nach der Operation,
- nach der Operation eine mehrwöchige Radiochemotherapie und mehrere Chemotherapiekurse.

Dadurch kommen die Patienten vor oder nach der Operation mehrmals innerhalb kurzer Zeit zur Behandlung, nicht aber notwendigerweise in dasselbe Haus. Die Strahlentherapie kann im Tumorzentrum, die Chemotherapie jedoch beispielsweise im Heimatkrankenhaus bei gleich bleibender Hauptdiagnose erfolgen.

Die einzelnen Behandlungsabschnitte weisen schon für sich unterschiedliche Kosten auf. Fasst eine Abrechnungsregelung Episoden in kurzem Abstand in einem Haus zusammen (alle Behandlungen innerhalb der Grenzverweildauer), wird dadurch die mögliche Weiterbehandlung in einem anderen Haus nicht miterfasst. Je nach Wohnort des Patienten und den lokal angebotenen Versorgungsstrukturen kommt es so zur Subsummierung von unterschiedlichen Komplexen unter eine DRG. Die Folge wäre eine inhomogenere Kostenabbildung und eine darauf basierende nicht sachgerechte Vergütung. Für diese Fallgruppen sind daher Abrechnungsregeln zu schaffen, die von einer anderen Episodendefinition ausgehen als beim akutmedizinisch zu therapierenden Patienten. Diese andere Vorgehensweise ist bei der Kostenkalkulation und der Vergütung anzuwenden.

■ Einzeitige Behandlung komplexer Erkrankungen, zum Beispiel multimodale Therapiekonzepte bei bösartigen Tumoren

Multimodale Behandlungskonzepte haben besonders in der Onkologie zu unbestreitbaren Fortschritten in der Behandlung komplexer Erkrankungen geführt. Komplexe Therapiestrategien können aber mit pauschalisierten Vergütungen kollidieren, wenn sie darin nicht sauber abgebildet sind.

Ein Patient mit Hirntumor kann nach der Operation im selben Haus während des gleichen Aufenthaltes eine Strahlentherapie erhalten. In anderen Fällen schließt sich keine

Strahlentherapie während des Primäraufenthaltes an oder der Patient wird zur Strahlentherapie in ein Haus mit Strahlentherapie verlegt bzw. erst zu einem späteren Zeitpunkt bestrahlt. Als weitere Therapiemodalität kann noch eine Chemotherapie hinzukommen. In den bisher bestehenden DRG-Definitionen werden diese Leistungsunterschiede nicht berücksichtigt. Die Operation wäre in diesem Beispiel der entscheidende Gruppierungsparameter, alle Patienten würden über ein und dieselbe DRG für die Hirnoperationen vergütet.

(wird fortgesetzt)

Literatur

- 1) Roeder, N.; Rochell, B.; Irps, S.; Schlottmann, N.; Henneke, M.; Schmidt, M.: Abbildung ökonomischer Schweregrade im australischen DRG-System – Basis für die deutsche Adaptation, das Krankenhaus 2000, 12: 987–999
- 2) Klinkhammer, G.: Palliativmedizin – unzureichend finanziert, Deutsches Ärzteblatt 2002, 27: 1461
- 3) Roeder, N.; Rochell, B.: Adaptation des AR-DRG-Systems an die deutsche Behandlungswirklichkeit, das Krankenhaus 2001, 12: 1081–1092
- 4) Roeder, N.; Glocker, S.; Marshall, R.; Rochell, B.: Perspektiven und Limitationen bei der Abbildung des Aufwandes von Krankenhausleistungen durch australische DRGs. Krankenhausfinanzierung am Beispiel Victoria, das Krankenhaus 2002, 5: 388–397
- 5) Klaschik, E.: Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland. Z. ärztl. Fortbild. Qual. sich. 2000, 94: 538–40

Anschriften der Verfasser:

PD Dr. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster,
Leiter Stabsstelle Medizincontrolling des
Klinikumsvorstandes,
DRG-Research-Group, Westfälische Wilhelms-Universität,
Domagkstraße 20, 48129 Münster/
Dr. Stefan Glocker,
Klinik für Radioonkologie, Universität Tübingen,
Hoppe-Seyley-Straße 3, 72076 Tübingen/
Dr. Bernhard Rochell, Bundesärztekammer,
Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln ■

**Offizielle Webseite
der Selbstverwaltung für
German Refined-Diagnosis
Related Groups:**

www.g-drg.de

Deutsches Gesundheitsrechtsforum Bremen

Tagung des
Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht
(Universität Bremen) und der AG Medizinrecht
im DeutschenAnwaltVerein
am **15. und 16. November 2002**
im Hotel Hilton Bremen

Krankenhausorganisation, Qualitätssicherung und Haftung

■ Arzt- und Krankenhaushaftung

Krankenhausvertragsmuster der DKG

Neue Entwicklungen der Arzthaftung und der Krankenträgerhaftung
Arbeitsteilung, Teamarbeit und Haftung

■ Krankenhausorganisation: Risk Management und Versicherung

■ Probleme und Neuheiten der Produkthaftung

2. Änderungsgesetz schadensersatzrechtlicher Vorschriften: AMG-Haftung
Medizinproduktehaftung

■ Krankenhaus – Unternehmen – Recht

Strukturwandel der Krankenversorgung durch DRGs

Unternehmerische Risiken der (leistungsbezogenen) Spezialisierung des
Krankenhauses und ihre rechtliche Bewältigung

Rechtliche Verfahren der Kontrolle der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit
der Krankenhausbehandlung

■ Qualitätssicherung: Neue Instrumente

Qualitätssicherung und Vergütungsrecht

Krankenhaus- und Koordinierungsausschuss

Referenten:

Dr. Kathrin Becker-Schwarze, IGMR, Universität Bremen

MinR Dr. Hans-Georg Bollweg, Bundesministerium der Justiz

Prof. Dr. Gert Brüggemeier, Zentrum für Europäische Rechtspolitik, Universität Bremen

Prof. Dr. Robert Francke, IGMR, Universität Bremen

Dipl.-Betriebswirt Ingo Gurcke, Köln

Prof. Dr. Dieter Hart, IGMR, Universität Bremen

RA Dr. Rainer Hess, HGF Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln

PD Dr. Christian Katzenmeier, Universität Heidelberg/Köln

Dr. Klaus Ladage, Vors. Richter am Bundessozialgericht, Kassel

Dr. Manfred Lepa, Richter am Bundesgerichtshof a. D., Bonn

RA Dr. Bernd Luxenburger, AG Medizinrecht im DeutschenAnwaltVerein, Saarbrücken

RA Franz-Michael Petry, Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Detmold

Prof. Dr. Rainer Pitschas, Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften, Speyer

RA Dr. Michael Quaes, Stuttgart

RA Dr. Rudolf Ratzel, München

Andreas Wagener, stellvertr. HGF Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Düsseldorf

Tagungsgebühr: 340,00 €

Anmeldung und Info: SAV-Service GmbH
c/o Saarländischer Anwaltverein e. V.
Franz-Josef-Röder-Straße 15
66119 Saarbrücken
Tel.: 0681-5 12 02 / Fax: 0681-5 12 59
email: info@sav-service.de



Institut für Gesundheits- und Medizinrecht

www.igmr.uni-bremen.de



DeutscherAnwaltVerein
Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht

www.anwaltverein.de