

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

# Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung? (II)

Oder stimmt das: Gleiches Geld für gleiche Leistung?

*Nicht jede DRG ist so leistungs- bzw. aufwandshomogen, dass dort vom Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“ ausgegangen werden kann. Nach der Einführung in die Problematik durch den ersten Teil des Beitrags (siehe „das Krankenhaus“ 9/02, Seite 702 ff.) stellen die Autoren nachfolgend die Vorhaltung spezieller Versorgungsangebote sowie der regionalen Versorgungsstrukturen auf die Kostenhomogenität des DRG-Fallspektrums dar und zeigen Lösungsansätze zur Herstellung der Vergütungsgerechtigkeit auf.*

## Einfluss der stationär vorgehaltenen Versorgungsstrukturen auf den Aufwand innerhalb einer DRG-Fallgruppe

### ■ Nuklearmedizin

Die vorgehaltene Struktur in einem Krankenhaus beeinflusst ebenfalls den Leistungsinhalt in einer DRG-Fallgruppe, was an einem Beispiel dargestellt werden soll.

In die DRG K64 (Endokrine Erkrankungen) werden alle Fälle gruppiert, bei denen eine endokrinologische Hauptdiagnose vorliegt und die nicht operativ und nicht invasiv interventionell therapiert werden. Daraus ergibt sich, dass der Patient, der mit einer Schilddrüsenerkrankung 2 Tage zur Diagnostik in einer Klinik war, ebenso in die Gruppe K64 eingruppiert wird wie der Schilddrüsenpatient, der bei bösartigem Schilddrüsentumor eine hochdosierte Radiojodtherapie in der Nuklearmedizin erhalten hat. So lange keine das Gegenteil beweisenden Daten vorliegen, ist zunächst einmal davon auszugehen, dass die Fälle innerhalb der DRG K64 in allen Krankenhäusern gleich verteilt sind (homogene Gruppe). Da nuklearmedizinische Leistungen wie die Radiojodtherapie aber nur in spezialisierten nuklearmedizinischen stationären Einrichtungen durchgeführt werden können, kann bei dieser Fallgruppe nicht primär von einer Gleichverteilung ausgegangen werden. Nuklearmedizinisch therapierte Schilddrüsenpatienten erhalten eine teure Therapie mit Radionukliden, die Kosten der anderen Therapien sind zunächst einmal unklar. Die Untersuchung des Problems am Universitätsklinikum Münster ergab die in Tabelle 1 vorgestellte Verteilung der Fälle aus der DRG K64.

Je nach Fachabteilung, die diese Patienten hauptsächlich während des gesamten Aufenthaltes behandelte, differieren die Verweildauern. Innerhalb der DRG K64 wurden abhängig vom Schwerpunkt der Fachabteilung unterschiedlichste Leistungen erbracht, die aus der Verweil-

dauerinformation nicht zu entnehmen sind (zum Beispiel die hohen Kosten der Radiojodtherapie).

Wahrscheinlich wird ein Splitt dieser Fallgruppe mit Abtrennung der nuklearmedizinisch behandelten Fälle von der Gesamtgruppe der K64-Fälle nötig sein, um eine sachgerechte Finanzierung der nuklearmedizinischen Leistungen zu gewährleisten.

### ■ Strahlentherapie

Ein weiteres Beispiel für die Selektion besonderer Fallgruppen innerhalb einer DRG auf Grund besonderer Vorhaltungen bietet die Betrachtung strahlentherapeutisch behandelter Fälle. Strahlentherapeutische Einrichtungen sind in Deutschland nur in einem kleinen Teil der Kliniken vorhanden. Nur dort, wo eine Strahlentherapie vorhanden ist, werden auch diese Leistungen erbracht. Somit konzentrieren sich Patienten mit alleiniger Strahlentherapie oder einer kombinierten Behandlung (zum Beispiel Chemotherapie und Strahlentherapie) in diesen Zentren, während sich die anderen auf alle Häuser verteilen.

Onkologische Patienten werden jedoch im australischen DRG-System den Fallgruppen nach dem betroffenen Organ zugeordnet. Auf Grund der Behandlung wird nur nach konservativ oder operativ unterschieden. Somit finden sich in einer onkologischen DRG meistens alle Fälle eines Karzinomtyps, aber mit den unterschiedlichsten Stadien und Indikationen sowie also mit einem sehr inhomogenen Behandlungsspektrum, zum Beispiel alle Patienten, die eine Diagnostik, eine einfache oder intensive Chemotherapie, eine Palliativtherapie, mit/ohne Strahlentherapie oder diese allein erhalten. Im australischen DRG-System hat der strahlentherapeutische Diagnosekode Z51.0 eine schweregradsteigernde Wirkung bei den meisten DRG-Fallgruppen. Dieser Schweregrad allein triggert aber die Gruppierung in der Regel nicht in eine höher bewertete DRG-Fallgruppe. Erst wenn eine Kombination von mehreren schweregradsteigernden Diagnosen

**Tabelle 1: Verteilung der Fälle aus der DRG K64 auf die verschiedenen Fachabteilungen, Universitätsklinikum Münster, Stichprobe aus dem Jahr 2001**

Klinik	Anzahl	mittlere Vwd.	Anteil in Prozent
<b>Nuklearmedizin</b>	<b>911</b>	<b>4,5</b>	<b>80,3</b>
Innere	77	12,2	6,8
Kinder	58	6,3	5,1
Neurochirurgie	43	1,8	3,8
Chirurgie	31	2,6	2,7
Urologie	11	3,3	1,0
Neurologie	4	12,5	0,4

vorliegt, erfolgt bei den meisten DRG-Fallgruppen der Splitt zwischen der höher und niedriger bewerteten Fallgruppe innerhalb der gleichen Basis-DRG.

### ■ Selektiertes Fallspektrum, Beispiel Organtransplantation

Während sich die Transplantationen solider Organe bzw. die Knochenmarktransplantationen wahrscheinlich noch pauschalieren lassen, sind Transplantationszentren insbesondere bei der Vorbereitung der Patienten zur Transplantation, aber auch bei der Weiterbehandlung nach Transplantationen, systematisch benachteiligt.

Die Vorbereitung zur Transplantation erfolgt häufig in getrennten Aufenthalten und ist mit einer sehr teuren Diagnostik verbunden. Diese Diagnostik spiegelt sich nicht in DRG-Fallgruppen wider. Die diagnostischen Aufenthalte führen in DRG-Fallgruppen, die nicht für diese Spezialfälle geschaffen sind und eine entsprechend geringe Vergütung beinhalten.

Wenn nach der Entlassung des Patienten aus dem Transplantationsaufenthalt im weiteren Verlauf Infektionen oder Abstoßungsreaktionen auftreten, wird der Patient in der Regel wieder im transplantierenden Zentrum behandelt, weil dieses die besondere Logistik sowie das nötige Know-how vorhält. Immunsupprimierte Patienten neigen zu Infektionen, die dann häufig auch einen schweren Verlauf zeigen und mit sehr teuren Medikamenten behandelt werden müssen. Ebenso verhält es sich mit Abstoßungsreaktionen, die bei einem Teil der Patienten auftreten. Da die medikamentöse Behandlung im DRG-System bei der Gruppierung der Patienten zu DRG-Fallgruppen keine Rolle spielt, erfolgt die DRG-Zuordnung dieser Fälle allein auf der Basis der Hauptdiagnose. Die angesteuerten DRGs sind aber nicht für die besonders aufwändigen Posttransplantationspatienten geschaffen, sondern für nicht immunsupprimierte Patienten, die an einer Infektion leiden und einen ganz anderen Verlauf zeigen. Dem wesentlich erhöhten Behandlungsaufwand von transplantierten Patienten, verbunden mit einem hohen Sachmittelseinsatz, wird daher nicht Rechnung getragen.

### ■ Palliativmedizin

Die Palliativmedizin behandelt Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit dem Hauptziel, die Lebensqualität zu verbessern.<sup>1)</sup> Dies geschieht auch politisch und von den Kostenträgern gewollt bundesweit in kleinen stationären Einrichtungen. Kennzeichnend für diese Einrichtungen sind ein hoher Personalschlüssel, ein multidisziplinärer Ansatz, ein relativ hoher Anteil an versterbenden Patienten und die Betreuung der Angehörigen auch nach dem Tod des Patienten. Eine Einpassung in das DRG-System im Sinne einer Pauschalierung ist daher in mehrfacher Weise zu hinterfragen. Schon heute ist die Palliativmedizin nicht ausreichend finanziert<sup>2) 5)</sup> und noch unzureichend ausgebaut.

Unter DRG-Bedingungen ist zu erwarten, dass die über dieselbe Hauptdiagnose in dieselbe DRG gruppierten Patienten völlig unterschiedliche Verläufe bezüglich der

## Optimal kodieren und gruppieren

jetzt mit: **SEM**  **FINDER**

der Kodierlösung  
der nächsten  
Generation!



Besuchen Sie uns!  
Halle 16  
Stand 16 H 37

Analysieren

Kodieren

Abrechnen

fit für die  
G-DRGs mit  
**KODIP**<sup>®</sup>  
und dem  
**DRG-Scout**



Software und Beratung  
im Gesundheitswesen  
Dr. Kolodzig und Kirste GbR

[www.sbg-berlin.de](http://www.sbg-berlin.de)  
[info@sbg-berlin.de](mailto:info@sbg-berlin.de)

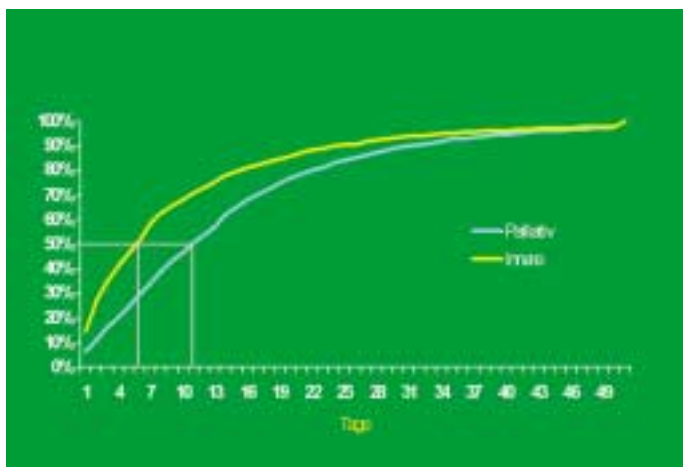
Sophie-Charlotten-Str. 15  
14059 Berlin  
Tel 0 30 / 32 67 76-0  
Fax 0 30 / 32 67 76-77

Verweildauer und des Aufwandes im Vergleich zu auf anderen Stationen versorgten Patienten in der gleichen DRG zeigen. Um diese zunächst hypothetische Erwartung zu verifizieren, wurden Daten aus 57 palliativmedizinischen Zentren aus Deutschland zusammengetragen. Die Daten betreffen die in diesen Zentren behandelten Patienten aus dem Zeitraum vom 1. Mai bis zum 31. August 2001. Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass palliativmedizinisch betreute Patienten eine doppelt so lange mittlere Verweildauer in den für die behandelten Krankheiten typischen DRGs (G60, E71, J62, H61, D60, N60, M60, R61) aufweisen wie die Behandlungsepisoden in kurativ tätigen internistischen Abteilungen. Es ist zu erwarten, dass die über DRGs gezahlten Erlöse nicht ausreichen werden, um diese Spezialabteilung zu finanzieren. Die Erlöse werden deshalb nicht ausreichen, weil die Palliativmedizin in der Kalkulation nicht entsprechend berücksichtigt sein wird und daher in der Mittelwertbildung der beschriebenen DRGs kaum ein Rolle spielt.

Daher werden diese spezialisierten Abteilungen nicht über die aus DRGs gezahlten Erlöse finanzierbar sein. Zudem existieren sie nur als kleine Abteilungen in wenigen Häusern, so dass sie auch in der Kalkulationsstichprobe nicht ins Gewicht fallen. Bei der Mittelwertbildung werden vielmehr die Fälle aus internistischen Abteilungen dominieren, die Patienten mit einem akutmedizinischen kurativen Ansatz diagnostizieren und behandeln.

Abbildung 3 veranschaulicht die kumulative Verweildauerverteilung aller 1303 Fälle der Stichprobe palliativmedizinisch behandelter Patienten im Vergleich zu einer Stichprobe internistisch behandelter Patienten. Diese Verweildauerkurve zeigt eine deutliche Rechtsverschiebung für Palliativpatienten.

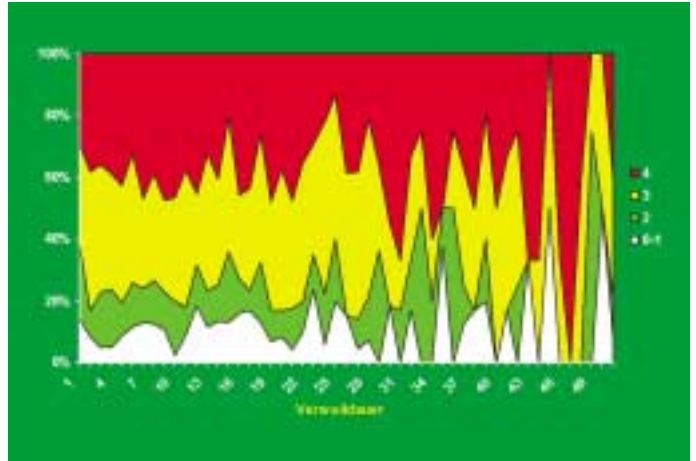
**Abbildung 3: Verweildauerverteilung – kumulativ (gesamtes Patientengut)**



Die Hilfslinie bei 50 Prozent macht klar, nach wieviel Tagen die Hälfte aller Patienten der jeweiligen Gruppe entlassen wurde. 50 Prozent der in internistischen Abteilungen behandelten Patienten waren nach circa 5 Tagen ausbehandelt, während bei 50 Prozent der Patienten auf Palliativstationen die Behandlung erst nach gut 10 Tagen abgeschlossen werden konnte.

Darüber hinaus haben die meisten palliativmedizinisch behandelten Patienten einen extrem hohen Schweregrad (PKKS-Stufe), unabhängig von der Verweildauer. Daraus kann geschlossen werden, dass auch bei kurzer Verweildauer schon ein überdurchschnittlich hoher Behandlungsaufwand verglichen mit internistischen Behandlungsfällen vorliegt.

**Abbildung 4: Korrelation Verweildauer und prozentuale Anteile der Fälle pro PKKS-Stufe, palliativmedizinisch behandelte Fälle**



### ■ Anthroposophische Medizin

Unter speziellen Vorhaltungen ist auch das Leistungsangebot der anthroposophischen Medizin zu subsumieren. Die besonderen anthroposophischen Therapieinhalte bedingen, dass die so behandelten Patienten – verglichen mit Patienten, die in internistischen Abteilungen behandelt werden – eine längere Verweildauer aufweisen. Eine Verkürzung der Verweildauer ist nur dann möglich, wenn auf die anthroposophischen Therapieinhalte weitgehend verzichtet wird. Heute werden diese Kliniken mit einem entsprechenden Budget von der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung ausgestattet. Unter DRG-Bedingungen werden sie auf Grund der höheren Kosten beim Vergleich mit anderen Kliniken auf der Basis der DRGs ineffizient erscheinen. Wird für diese Problematik nicht konstruktiv eine Lösung gesucht, wird das anthroposophische Leistungsangebot im stationären Bereich verschwinden oder nur noch Patienten vorbehalten bleiben, die die nicht durch die Krankenversicherungen gedeckten Beträge aus der eigenen Tasche bezahlen. Dies wäre ein deutlicher Schritt in Richtung Zweiklassenmedizin.

### Beeinflussung des Leistungsinhalts bzw. -umfangs durch die regionale Versorgungsstruktur

Abhängig von der Strukturplanung der Länder hat die Verfügbarkeit von Versorgungseinrichtungen einen nicht unwesentlichen Einfluss auf den Leistungsinhalt innerhalb einer DRG-Leistung. Diese Problematik findet sich insbesondere in der Geriatrie sowie in der neurologischen Frührehabilitation. Geriatrie Kliniken sind je nach Bundesland entweder als Krankenhausgeriatrien nach § 108 (Akutgeriatrie) oder geriatrie Rehakliniken nach § 111 SGB V oder in einigen Regionen sogar als Akutgeriatrie und

geriatrische Reha in einer Einrichtung zugelassen. Die Schnittstelle vom DRG-Bereich zum Nicht-DRG-Bereich ist der Übergang von der Akutgeriatrie zur geriatrischen Reha. Am Beispiel der Schlaganfallbehandlung soll aufgezeigt werden, welche unterschiedlichen Behandlungsmuster und damit unterschiedlichen Leistungsinhalte bei der DRG-Leistungseinrichtung heute in praxi vorkommen können.

Der Patient kann nach initialer Aufnahme beim Regelversorger (RV) sofort weiterverlegt werden in eine neurologische Spezialklinik, eventuell eine Klinik mit Stroke Unit, und dort der Akutbehandlung des Schlaganfalls zugeführt werden. Anschließend könnte eine Verlegung in eine externe neurologische Reha, eine externe geriatrische Akutklinik oder auch in eine externe geriatrische Rehaklinik erfolgen. Auch die Ausbehandlung im akut versorgenden Haus wäre möglich. Es wird deutlich, dass mit dem unterschiedlichen Behandlungsumfang in der Akutbehandlung des Schlaganfalls auch unterschiedliche Aufwände verbunden sind. So ist die Behandlung in einer Stroke Unit wesentlich teurer als die Behandlung in einer Einrichtung, die nicht über eine Stroke Unit verfügt. Die Durchführung der kompletten Behandlung wiederum wird aufwändiger sein als die Durchführung von Teilbehandlungen, also die Beschränkung der Behandlungsleistung in der Akutphase.

Unterschiedliche lokale Versorgungsstrukturen sowie unterschiedliche Vorhaltungen in den versorgenden Einrichtungen haben erheblichen Einfluss auf die Leistungserbringung innerhalb der Apoplex-DRG. Diese derzeit vorgehaltenen Strukturen werden auch wie vorgehalten und genutzt in die DRG-Kostenkalkulation einfließen. Da sich die Kostenkalkulation streng an den Episoden in den einzelnen Krankenhäusern orientiert, können auch nur die episodenzugehörigen Kosten in die Kalkulation der jeweiligen Fälle eingehen. Im Ergebnis wird die Kostenkalkulation nur für einen Teil der Fälle die komplette Behandlung widerspiegeln. Für einen größeren Teil der Fälle in der Apoplexbehandlung wird es sich immer nur um die Darstellung der Kosten von Teilabschnitten der Gesamtbehandlung handeln.

Basierend auf der Kostenkalkulation werden die Kostengewichte festgesetzt, aber auch die Basisinformationen

**Abbildung 5: Beispiele für mögliche Behandlungsketten beim Apoplex**



für die Anpassung und Pflege des DRG-Systems gewonnen. Die Autoren vertreten die Ansicht, dass mit den derzeit gewonnenen Kostendaten unter Berücksichtigung der genannten Ausführungen eine Anpassung der Apoplex-DRG an die deutschen Verhältnisse überhaupt nicht möglich ist. Hierzu sind gesonderte Untersuchungen durchzuführen, welche die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen adäquat berücksichtigen.

Bleiben die lokalen Versorgungsstrukturen bei der Kalkulation sowie der Festsetzung der Kostengewichte unberücksichtigt, wird bei einer pauschalierten Vergütung eine Anpassung der Strukturen der Krankenhäuser an die Vergütung erfolgen müssen. Dies hätte erheblichen Einfluss auf die derzeitigen, von den Ländern gewollten Strukturen in der Geriatrie. Die Autoren möchten in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf verweisen, dass sie nicht für eine Zementierung ineffizienter Strukturen plädieren. Sie meinen jedoch, dass effiziente Strukturen, die sich in den verschiedenen Regionen unseres Landes entwickelt haben, vergütungstechnisch so behandelt werden müssen, dass sie auch in Zukunft weiter erfolgreich im Sinne der Patienten arbeiten können. Sollte diese Problematik in der DRG-Klassifikation oder der darauf basierenden Finanzierung nicht berücksichtigt werden, werden die Länder vielleicht von ihrer Möglichkeit, Strukturzuschläge festzulegen, Gebrauch machen. Die teilweise zwischen den Bundesländern erheblich differierenden mittleren Verweildauern in Akutgeriatrien resultieren eindeutig aus dem unterschiedlichen Leistungsinhalt. Akutgeriatrien, die früh in eine geriatrische Reha verlegen können, haben kürzere mittlere Verweildauern als Akutgeriatrien, für die im Umfeld kein weiterversorgender Bereich existiert.

## „Fehler“ im DRG-System

Exemplarisch soll an der DRG A06Z die nicht sachgerechte DRG-Zuordnung auf Grund von „Fehlern“ im DRG-System vorgestellt werden. In die DRG für Langzeitbeatmete (A06Z) werden alle Fälle gruppiert, die entweder eine Beatmungszeit > 96 Stunden aufweisen oder bei denen eine Tracheostomie kodiert wurde. Tracheostomien (Luftröhrenschnitte) werden aber in der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und in der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie nach Operationen im Mund-Rachen-Bereich durchgeführt, um bei den Patienten die Atemwege offen zu halten, ohne jedoch die Patienten zu beatmen. Diese Fälle sind keine langzeitbeatmeten Fälle und werden ein ganz anderes Kostenprofil zeigen als tatsächlich über 96 Stunden beatmete Intensivfälle.

Wenn diese wesentlich kostengünstigeren Fälle gruppierungstechnisch mit den Langzeitbeatmeten in der DRG A06Z zusammengefasst werden, wird das Kostenprofil und das daraus resultierende Relativgewicht zu niedrig bezogen auf die wirklich langzeitbeatmeten Fälle sein. Im Universitätsklinikum Münster sind über 20 Prozent aller in die A06Z gruppierten Fälle aus den ersten 3 Monaten des Jahres 2002 keine wirklich beatmeten Fälle. Hier werden ökonomisch sehr heterogene Fälle zusammengefasst. In die DRG A06Z sollten nur Fälle gruppiert wer-

den, die auch Beatmungszeiten (Stunden und/oder entsprechende OPS-Kodes) aufweisen. Wie bei der Auswertung der Kostendaten der A06Z-Fälle im InEK bzw. bei 3M verfahren wird, ist derzeit unklar. Wichtig ist jedoch, dass die spätere Abrechnung auch der Kalkulation folgen muss. Werden die „unechten“ A06Z-Fälle in der Kalkulation belassen, später aber von den Krankenkassen nicht vergütet, ist die Vergütung für die „echten“ A06Z-Fälle nicht sachgerecht.

## Vorschläge zur Lösung der exemplarisch aufgezeigten Probleme

Die aufgezeigten Beispiele machen deutlich, dass vor einer abrechnungswirksamen „Freigabe“ des DRG-Systems noch entscheidende Fragen offen sind. Solange keine sachgerechten systemkonformen Lösungen für Problembereiche bereitstehen, wird dort die Anwendung der FPG-Öffnungsklauseln (§ 6.1 Fallpauschalengesetz) unumgänglich sein, deren Art, Umfang und Befristung – entsprechend der zur Zeit noch ausstehenden Ergebnisse der DRG-Evaluationsprojekte sowie der DRG-Kostenkalkulation – ggf. noch angepasst werden müssen. Dass das DRG-Optionsmodell 2003 noch unvollkommen ist, sieht auch der Gesetzgeber.

„Im Optionsmodell müssen erste Anpassungen an die Verhältnisse in Deutschland vorgenommen werden. Dabei haben wir nicht die Erwartung und auch gar nicht die Möglichkeit, im Optionsmodell die deutsche Medizin in der erforderlichen Ausdifferenziertheit zu erfassen und zu bewerten. Soweit einfache Lösungen nicht möglich sind, müssen die medizinisch problematischen Bereiche zunächst ausgeklammert werden. Dafür haben wir die notwendigen Öffnungsregelungen im Gesetz vorgesehen.“\*)

Nur über für DRG-Problembereiche adäquate Übergangs- und Ausnahmeregelungen kann erreicht werden, dass sich das in Deutschland einzuführende DRG-System der Leistungswirklichkeit anpasst und der gegenteilige Effekt einer Anpassung der Leistungserbringung an die Gegebenheiten eines – unter teilweise gänzlich anderen Zielvorgaben entwickelten – australischen AR-DRG-Systems vermieden werden.

Folgende Lösungsvorschläge kommen in Betracht:

1. die Bildung neuer DRGs (Palliativmedizin, Geriatrie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Herzschrittmacher etc.);
2. die Vergütung eines Teils der variablen Kostenanteile innerhalb einer DRG über Zusatzentgelte (Medikamente, Sachkosten);
3. temporäre Zusatzentgelte für den Einsatz innovativer Verfahren mit nachgewiesener positiver Wirkung aus der medizinischen oder volkswirtschaftlichen Perspektive (zum Beispiel der medikamentenbeschichtete Koronarstent);

\*) Rede der Parlamentarischen Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch anlässlich des Bundeskongresses Deutscher Privatkrankeanstalten am 28. Juni 2002 in Berlin

4. die Zentrenbildung und gezielte Zusatzfinanzierung von Zentren/Zusatzfinanzierung spezieller Leistungsinhalte über Sicherstellungszuschläge;
5. besondere Abrechnungsregeln.

## ■ Bildung neuer DRGs

Ein Teil der Probleme kann durch die Bildung neuer Fallgruppen gelöst werden. Diese Strukturänderung im DRG-Katalog ist auf der Basis von Daten vorzunehmen, nicht durch „holzschnittartige“ Systemanpassungen am „grünen Tisch“. Die hierbei anzuwendende Methodik wurde unter<sup>4)</sup> beschrieben.

Dabei kann es sinnvoll sein, sich bei der Palliativmedizin und bei der Strahlentherapie von der hauptdiagnoseorientierten Zuordnung zu einer DRG zu entfernen und die bei den Pre-MDC-DRGs, den neonatologischen DRGs oder den HIV-DRGs genutzte Zuordnung über andere Kriterien zu wählen. Sinnvoll wäre eine DRG-Bildung unter Berücksichtigung der Leistungserbringung (Umfang der Bestrahlung ohne Berücksichtigung der Tumorentität, Umfang der palliativmedizinischen Behandlung ohne Berücksichtigung der Erkrankung).

Abbildung 6: Vorschlag für einen Splitt der DRG F12Z



Das geschilderte Problem der Schrittmacher-DRG kann zum Beispiel sehr elegant durch einen Splitt der australischen DRG F12Z in 3 schweregraddifferenzierte DRGs erfolgen. Als Splittkriterium sollte der OPS-Code gewählt werden, der sehr genau die unterschiedlichen Schrittmachergenerationen kennzeichnet. Abbildung 6 zeigt den visualisierten Vorschlag.

## ■ Zusatzentgelte

Insbesondere die Anwendung sehr teurer Medikamente oder anderer sehr teurer Sachmittel ohne regelhaften Bezug zu einer DRG-Fallgruppe lässt sich nicht im DRG-Katalog berücksichtigen. Es ist zu differenzieren zwischen teuren Medikamenten, die nur einmalig innerhalb der Krankenhausbehandlung zur Anwendung kommen und Medikamenten, die dauerhaft beim Patienten, unabhängig vom Krankenhausaufenthalt, eingesetzt werden. Hierzu gehören die schon mit einer gesetzlichen Zuschlagsregelung versehenen Blutgerinnungsfaktoren. Analog zu

den Blutgerinnungsfaktoren können andere Medikamente wie die TNF-Alpha-Blocker oder Immunsuppressiva (nach Organtransplantationen) betrachtet werden.

Eine weitere Problemgruppe sind teure Medikamente, die während des stationären Aufenthalts, aber in der Regel nicht darüber hinaus, eingesetzt werden. Hierzu gehören teure onkologische Therapeutika ebenso wie immun-systemmodulierende Substanzen. Für die in Frage kommenden Substanzklassen sollte eine Liste gebildet werden. Die auf dieser Liste aufgeführten Medikamente sollten zusätzlich neben der DRG vergütet werden. Dies setzt natürlich voraus, dass sie auch bei der DRG-Kostenkalkulation unberücksichtigt bleiben und aus den Budgets der Krankenhäuser extrahiert werden, um eine Doppelzahlung zu vermeiden. Diese Medikamente könnten entweder über Zuschläge neben der DRG abgerechnet oder ebenfalls gesondert rezeptiert und von den Apotheken direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Ebenfalls über Zuschläge vergütet werden sollten spezielle Therapieformen, die nicht in direktem Zusammenhang mit der den Aufenthalt begründenden Therapie stehen, aber im Rahmen des Aufenthaltes durchgeführt werden. Als Beispiel lässt sich die intraoperative Kardioablation anführen. Bei Patienten, die sich zu einem herzchirurgischen Eingriff in die Herzchirurgie begeben, gleichzeitig aber an einem medikamentös lebenslang zu therapeutierenden Vorhofflimmern leiden, kann im Rahmen der Herzoperation ein zusätzlicher Eingriff durchgeführt werden, der mit großer Wahrscheinlichkeit das Vorhofflimmern kurativ beseitigt. Die dafür notwendigen Mehrausgaben im stationären Bereich werden durch den lebenslangen Verzicht auf die antiarrhythmischen Medikamente mehr als kompensiert. Diese zusätzliche Therapie ist eine Option, die im Rahmen eines anderen Eingriffs durchgeführt werden kann, weil hierbei der Thorax des Patienten schon eröffnet ist. Die damit verbundenen Zusatzkosten wird kein Krankenhaus tragen, wenn es diese nicht erstattet bekommt. Bei dem erwähnten Beispiel geht es explizit nicht um die Variation eines Operationsverfahrens bei der Therapie der den Aufenthalt verursachenden Erkrankung, sondern um die Erbringung einer zusätzlichen Leistung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung. Diese zusätzliche Leistung ist nicht Bestandteil der Behandlungsleistung innerhalb der DRG-Fallgruppe.

### ■ Zusatzfinanzierung spezieller Leistungsinhalte über Sicherstellungszuschläge

Der zunehmenden multimodalen Therapie von Krebspatienten wurde in verschiedenen Ländern durch die Gründung von Tumorzentren Rechnung getragen. Solche Einrichtungen sichern die optimale interdisziplinäre Behandlung innerhalb eines Schwerpunktkrankenhauses, stellen aber auch Referenzzentren für die regionalen ambulanten und stationären Versorger dar. Die Kosten hierfür, einerseits erhöhte Personalkosten, andererseits aber auch die hohen Sachkosten für Medikamente, lassen sich nur schwer pauschalieren; eine adäquate Finanzierung durch DRG-Pauschalen ist daher kaum möglich. Pau-

**gemeinsam Erfolge erzielen:** für eine patientenorientierte Dokumentation, die den gesamten Behandlungs- und Pflegeprozess unterstützt. Das richtige Team bringt Sie nach vorne im täglichen Wettbewerb. Die integrierte Softwarelösung **fdklinika** ist Ihr starker Partner für Medizin, Pflege und Verwaltung.

Die neue Generation der **fdklinika Module** macht Sie fit für:

- IT-Security
- DRG-Kalkulation
- Workflowoptimierung

Auf zum nächsten Etappensieg auf der **Medica vom 20.-23.11.2002 in Düsseldorf Halle 16 • Stand 21 A • Wir beraten Sie gerne!**



fliegel data GmbH  
Zur Lüre 44 • 37671 Höxter  
Fon 05271 / 6808-0 • Fax 05271 / 6808-44  
www.fliegel-data.de • fd-klinika@fliegel-data.de

schale Budgetzuschläge für Zentren unter Berücksichtigung der vorgehaltenen Struktur und der nicht über DRGs pauschalierbaren Leistungsinhalte könnten hier eine adäquate Lösung sein. Sofern sich für solche Zentren wie auch für andere nicht an bestimmte Zentren gebundene aufwandsintensive Spezialbehandlungen keine bundeseinheitlichen Regelungsgrundsätze finden lassen, könnten auch die auf der Landesebene festzulegenden Sicherstellungszuschläge nach § 17 b Absatz 1 Satz 6 ff. genutzt werden.

### ■ Besondere Abrechnungsregeln

Für Fallgruppen, bei denen die fraktionierte Therapie den Behandlungsstandard darstellt, müssen besondere Abrechnungsregeln erstellt werden. Die „Garantieleistung“ bei gleicher Hauptdiagnose bis zur Grenzverweildauer im Rahmen der ersten abgerechneten DRG kann bei diesen Fallgruppen keine Anwendung finden. Der Episodenbezug muss auch in der Abrechnungsregel deutlich gemacht werden.

### Fazit

Der vom Gesetzgeber favorisierte „100-Prozent-Ansatz“ (Finanzierung der Kosten eines Falles bis zur Grenzverweildauer zu möglichst 100 Prozent über eine DRG) wird nicht funktionieren. Sicherlich lässt sich ein Großteil der Akutbehandlungen pauschalieren. Es werden aber Erkrankungsgruppen übrig bleiben, bei denen die Vollpauschalierung nicht möglich ist. Solche Gruppen wurden in diesem Beitrag exemplarisch aufgezeigt. Letzten Endes kann es nicht Ziel der Politik und der Kostenträger sein, negative Anreize zu setzen und Leistungseinschränkungen sowie negative Veränderungen in bisher gewünschten und geförderten Versorgungsbereichen zu unterstützen.

Ziel der vorgeschlagenen Lösungen ist es nicht, das Grundprinzip einer pauschalierenden Vergütung aufzuweichen. Pauschalierende Vergütung darf aber nicht dazu führen, dass bestimmte Therapieoptionen, die nachweislich einen erheblichen Nutzen für die Patienten und das Gesundheitssystem bringen, künftig in Deutschland aus ökonomischen Erwägungen nicht mehr angeboten werden können. Krankenhäuser werden zunehmend gezwungen, betriebswirtschaftlich zu agieren. Probleme wie der Einsatz von mit Zusatzkosten belasteten innovativen Verfahren können jedoch kaum von den Krankenhäusern gelöst werden, sondern sind auf der Ebene der Selbstverwaltung anzugehen.

Die gewachsenen Strukturen in Deutschland (siehe Geriatrie, Palliativmedizin etc.) lassen sich nicht kurzfristig einem pauschalierenden Vergütungssystem anpassen, welches keine Rücksicht auf diese ursprünglich gewünschten und geförderten Strukturen nimmt. Das in der Medizin angestrebte Einheitspreisprinzip darf nicht so weit gehen, dass volkswirtschaftlich gewünschte Versorgungszweige und Formen der arbeitsteiligen Leistungserbringung kurzfristig zerstört werden. Um zum Beispiel die dafür geeigneten Teile der vollstationären Palliativmedizin in den ambulanten Bereich zu verlagern, müssen

auch entsprechende Angebote geschaffen werden. Hospize zur Begleitung sterbender Menschen sind ebenso wenig bundesweit flächendeckend vorhanden wie Heimplätze und qualifizierte Nachsorgeeinrichtungen, die eine frühere Entlassung chronisch kranker Patienten aus der akutmedizinischen Versorgung ermöglichen.

Weil sich die Verläufe bei chronisch kranken Patienten nicht gut standardisieren lassen, werden in anderen DRG-Einsatzländern die Behandlungen auch nicht über eine DRG-basierte Pauschalierung finanziert. Häufig existieren besondere Finanzierungsformen, die auf einer tagesbasierten Finanzierung unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Schweregrade basieren. In Australien wird ganz deutlich zwischen Akut- und Subakut-Medizin differenziert. Akutmedizinische Behandlungen werden über DRGs finanziert. Subakutmedizinische Behandlungen werden alternativ finanziert. Dabei kann die Finanzierung eines Krankenhausaufenthalts desselben Patienten gleichzeitig durch beide Finanzierungsformen erfolgen. In Australien existiert der Begriff der statistischen Entlassung, womit die Entlassung aus der akutmedizinischen Behandlungsphase gemeint ist. Teilweise bleiben die Patienten in denselben Betten liegen und gehen von der akutmedizinischen in die subakute Behandlungsphase (und damit in eine andere Finanzierungsform) über.

### Literatur

- 1) Roeder, N.; Rochell, B.; Irps, S.; Schlottmann, N.; Hennke, 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-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen/  
Dr. Bernhard Rochell, Bundesärztekammer,  
Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln ■