

PD Dr. Norbert Roeder/Prof. Dr. Eberhard Klaschik/Dr. Michael Cremer/  
Dr. Gabriele Lindena/Christian Juhra

# DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Begleitung Schwerstkranker pauschalierbar?

**Nachfolgend stellen die Autoren die Ergebnisse einer 1290 Fälle umfassenden Studie vor, für die in 57 palliativmedizinischen Zentren Diagnosen, Prozeduren und Daten erhoben wurden. Dabei zeigte sich, dass die palliativmedizinischen Spezialabteilungen nicht über die vorhandenen DRGs finanzierbar sind, sondern Sonderregelungen benötigen. Für diese werden Lösungsansätze vorgeschlagen, die einzeln oder in Kombination zur Anwendung kommen sollen.**

Die Palliativmedizin stellt sicher, dass unheilbar kranken Patienten mit nur noch begrenzter Lebenserwartung die finale Krankheitsphase erleichtert wird. Sie trägt durch eine wirksame und konsequente medizinische und psychologische Behandlung quälender Symptome zur Verringerung der Beschwerden und einer verbesserten Bewältigung dieser für viele Patienten schwierigen Phase bei und verbessert damit die Qualität des letzten Lebensabschnitts. Die stationäre Akutversorgung geschieht – auch politisch und von den Kostenträgern gewollt – bundesweit in kleinen Palliativstationen. 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 Versterben des Patienten. Diese Behandlung ist hinsichtlich des Aufwands bzw. der Behandlungsdauer nicht wie kurative Behandlungen in Akutkliniken planbar. Da sie unter anderen Zielsetzungen arbeitet und auch anders definiert ist als die Therapie von Akuterkrankungen, ist eine Pauschalierung der Palliativbehandlungen über DRGs kritisch zu hinterfragen. Schon heute ist die Palliativmedizin nicht ausreichend finanziert<sup>1)2)</sup> und noch unzureichend ausgebaut.

Weltweit eine Besonderheit ist die gesetzliche Forderung in Deutschland, möglichst 100 Prozent der Kosten einer Behandlungsepisode über einen DRG Einheitspreis (Preissystem) abzubilden („100-Prozent-Ansatz“).

## Finanzierungsformen palliativmedizinischer Behandlung

Weil sich die Verläufe palliativmedizinisch zu behandelnder Patienten nicht gut standardisieren lassen, werden in anderen Ländern, in denen DRGs zum Einsatz kommen, die Behandlungen nicht über eine DRG-basierte Pauschalierung finanziert. Häufig existieren besondere Finanzierungsfor-

men, die auf einer tagesbasierten Finanzierung unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Schweregrade basieren. So wird beispielsweise in Australien ganz deutlich zwischen Akut- und Subakutmedizin differenziert. Akutmedizinische Behandlungen werden über DRGs finanziert, subakutmedizinische Behandlungen werden alternativ finanziert.<sup>3)</sup> Dabei kann die Finanzierung eines Krankenhausaufenthalts desselben Patienten gleichzeitig durch beide Finanzierungsformen erfolgen, der Patient wird statistisch von einer Finanzierungsform in die andere entlassen. Nur eine leistungsgerechte Vergütung stellt sicher, dass auch zukünftig alle Leistungen noch angeboten werden.

Der Wegfall defizitärer Leistungskomplexe verschlechtert das Angebot von spezifischen Behandlungsmöglichkeiten. Zuzahlungen haben abhängig von der Fall- und Krankenhausstruktur in Australien einen Gesamtanteil von 30 bis 60 Prozent am Gesamtbudget des Krankenhauses. Zuzahlungen bzw. Zusatzentgelte sind in Deutschland bis auf die Zuzahlung bei chronischen Dialysepatienten und angeborenen Blutgerinnungsstörungen bisher nicht geplant bzw. nur für sehr wenige Ausnahmefälle angedacht. Unter diesen Rahmenbedingungen muss das deutsche G-DRG-System daher wesentlich detaillierter ausgestaltet werden als alle anderen DRG-Varianten, um aufwandshomogene Fallgruppen zu bilden. Deutschland will ein Preissystem einführen, andere Länder verwenden die DRG-Pauschalierung zur Budgetfindung. Die aufwandsähnlichen Fallgruppen müssen die gesamte Variationsbreite des kompletten Personal- und Sachkostenaufwandes korrekt und in sachgerechter Differenzierung abbilden.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass insbesondere Fallgruppen, in denen die Verweildauer patientenindividuell bei gleicher Diagnosen- und Prozedurenkonstellation (also Zuordnung zur gleichen Fallgruppe!) erheblich variiert oder bei denen der Personal- oder Sachkostenanteil abhängig vom Fallspektrum und den Indikationsstellungen stark variieren kann, problematisch mit DRGs abzubilden sind. Hierzu gehört zweifellos die palliativmedizinische Behandlung.

Es ist zu erwarten, dass die über dieselbe Hauptdiagnose in dieselbe DRG gruppierten Patienten sehr heterogene Verweildauerprofile zeigen und damit nicht aufwandshomogen sind. Normalerweise korreliert der vom DRG-System gemessene Schweregrad gut mit der Verweildauer. Da es sich bei den palliativmedizinisch betreuten Patienten ausschließlich um schwer kranke Fälle handelt,

ist der Schweregrad bei diesen Patienten keine verweildauerbestimmende Größe. Um diese zunächst hypothetische Erwartung zu verifizieren und Aussagen auf der Basis von Daten treffen zu können, wurden fast 1300 Krankheitsverläufe aus deutschen palliativmedizinischen Zentren dokumentiert und analysiert.

## Aktuelle Untersuchung

In der Zeit vom 1. Mai bis zum 31. August 2001 wurden im Rahmen der „Kerndokumentation für Palliativeinheiten“ (einem gemeinsamen Projekt der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutschen Krebsgesellschaft<sup>4)</sup>) Diagnosen und Prozeduren sowie die administrativen Daten (Verweildauer, Geschlecht, Alter etc.) in 57 palliativmedizinischen Zentren erhoben und aufgearbeitet. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erfolgte in der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster nach einer Datenqualitätskontrolle die DRG-Gruppierung mit einem lizenzierten australischen Gruppierungsprogramm (DRGroup®, Visasys) nach vorherigem Mapping der Prozeduren unter Nutzung der Münsteraner Mappingtabelle. Beim Mapping werden die nach deutschen OPS-Kodes kodierten operativen und nichtoperativen Leistungen auf australische Leistungskodes umgesetzt, damit sie mit einem australischen DRG-Gruppierungsprogramm verarbeitet werden können. Im Anschluss erfolgte eine Darstellung und Analyse der Verweildauerprofile für die am häufigsten belegten DRGs.

## Ergebnisse

Die Stichprobe enthielt 1 290 auswertbare Fälle, welche sich auf 102 DRGs verteilten. Tabelle 1 zeigt die TOP-20-DRGs aus der Stichprobe, mit denen schon über 80 Prozent der Krankheitsverläufe beschrieben sind.

Am häufigsten belegt waren die DRGs G60 (Malignome des Verdauungstraktes, 18,4 Prozent) und E71 (Neubildungen der Atmungsorgane, 13,8 Prozent). Exemplarisch für alle belegten DRGs werden die Unterschiede zwischen der Palliativmedizin und der Akutmedizin an der am häufigsten belegten Basis-DRG G60 (n=233) mit den Ausprägungen G60A und G60B aufgezeigt (Abbildung 1). Die Ergebnisse bezüglich der Verweildauer sind repräsentativ für alle anderen häufig belegten DRGs in Palliativstationen.

Führend sind in der G60 als Hauptdiagnosen die bösartigen Neubildungen des Rektums (25,9 Prozent der G60-Fälle) und bösartige Neubildungen des Magens (19,7 Prozent der Fälle). Die mittlere Verweildauer beträgt in dieser DRG in der Palliativmedizin 13,6 Tage bei einer Standardabweichung von 13,4, in internistischen Abteilungen 8,2 Tage bei einer Standardabweichung von 8,7. Die kalkulierte mittlere Verweildauer in den G-DRGs<sup>5)</sup> G60A und B beträgt 4 bzw. 3 Tage und gilt zunächst natürlich auch für die Palliativstationen.

Aus der kumulativen Verweildauerdarstellung (siehe Abbildung 1 auf Seite 984) wird deutlich, dass die Patienten eine erheblich längere Verweildauer in palliativmedizinischen Einrichtungen im Vergleich zu internistischen Ein-

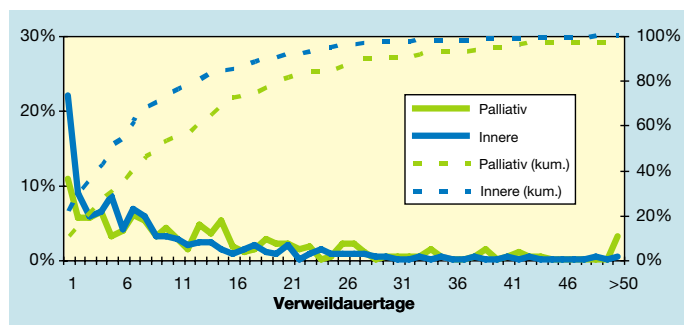


## Sicherheit für Ihre Versorgung: citiworks.

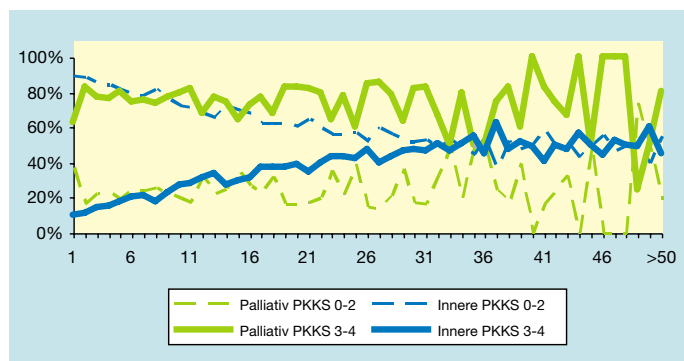
Die Versorgung sichern ist Ihr Geschäft und unseres. Sie konzentrieren sich auf Ihr Kerngeschäft, wir kümmern uns um Ihre Energieversorgung. citiworks bietet Service und Beratung in allen Energiefragen: intelligente Contracting-Modelle, kostengünstig für Ihren individuellen Bedarf. Wir greifen auf die 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

Energie für Ihr Business. **citiworks**  
DEUTSCHE STADTWERKE ALLIANZ

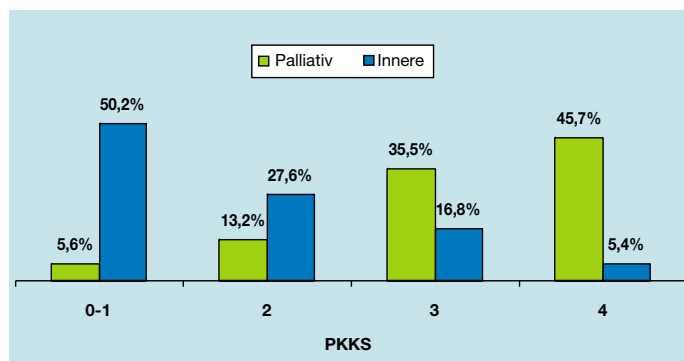
**Abbildung 1: Verweildauerprofile G60A/G60B Palliativabteilungen versus internistische Abteilungen, absolut und kumulativ**



**Abbildung 2: Verteilung der DRG-Schweregrade (PKKS) über die Verweildauer, Palliativabteilungen versus internistische Abteilungen**



**Abbildung 3: Verteilung der Fälle auf DRG-Schweregrade (PKKS), DRG G60, Palliativabteilungen versus internistische Abteilungen**



richtungen aufweisen. Die Profile zeigen die Verteilung der Fälle in Abhängigkeit von der Verweildauer. Der Anteil der Tagesfälle in der Palliativmedizin ist wesentlich geringer als in den internistischen Kliniken (6 Prozent versus 15 Prozent); der Gipfel der Verteilung liegt bei 15 Tagen versus 7 Tagen. 50 Prozent der Patienten aus internistischen Abteilungen werden spätestens nach 5 Tagen entlassen, während die Hälfte der Patienten in palliativen Einrichtungen mindestens 10 Tage stationär behandelt wird.

### Verteilung der DRG-Schweregrade in Verweildauergruppen

Das DRG-System weist auf Grund der Nebendiagnosen einen DRG-Schweregrad für jeden Patienten aus. In der kurativen Medizin korreliert der DRG-Schweregrad mit der Verweildauer (Abbildung 2). In der Palliativmedizin dagegen ist der Schweregrad unabhängig von der Länge der

**Tabelle 1: TOP 20-DRGs auf Palliativstationen**

DRG	Text	Anteil
G60A	Malignom des Verdauungstraktes; +schwer(st)en KK	14,7%
E71A	Respiratorische Neoplasmen; mit KK	14,5%
J62B	Maligne BrustErkr. (Alter < 70; mit KK ) oder (Alter > 69; ohne KK)	7,1%
J62A	Maligne BrustErkr.; Alter > 69; mit KK	4,6%
L62A	Nieren- und Harnwegsneoplasma; +schwer(st)en KK	4,4%
N60A	Malignom; weibliche Geschlechtsorgane; +schwer(st)en KK	4,4%
H61B	Malignom von Leber/Gallen-trakt/Pankreas; (Alter < 70; +schwer(st)en KK) oder	4,3%
D60A	Ohr-, Nasen-, Mund- und Hals-Malignom; +schwer(st)en KK	3,4%
G60B	Malignom des Verdauungstraktes; ohne schwer(st)en KK	3,4%
M60A	Malignom der männlichen Geschlechtsorgane; +schwer(st)en KK	3,4%
R61B	Lymphom und nichtakute Leukämie; ohne schwerste KK	2,8%
901Z	Extensive OP ohne Bez. zur HauptDgn	2,5%
H61A	Malignom von Leber/Gallen-trakt/Pankreas; Alter > 69; +schwer(st)en KK	2,3%
D60B	Ohr-, Nasen-, Mund- und Hals-Malignom; ohne schwer(st)en KK	2,1%
B66B	Neoplasma des Nervensystems; Alter < 65	1,6%
L62B	Nieren- und Harnwegsneoplasma; ohne schwer(st)en KK	1,6%
I65B	Malignom des Bindegewebes; inkl. pathologische Fraktur; Alter < 65	1,4%
B60B	Nichtakute Paraplegie/Tetraplegie; +/- OPs ohne schwerste KK	1,4%
G02A	Große OPs an Dünndarm und Dickdarm; mit schwersten KK	1,2%
R61A	Lymphom und nichtakute Leukämie; mit schwersten KK	1,2%
J66A	Moderate HautErkr.; +schwer(st)en KK	1,2%
N60B	Malignom, weibliche Geschlechtsorgane; ohne schwer(st)en KK	1,0%
R62A	Sonstige neoplastische Erkr.	1,0%
H61C	Malignom von Leber/Gallen-trakt/Pankreas; Alter < 70; ohne schwer(st)en KK	0,9%
I65A	Malignom des Bindegewebes; inkl. pathologische Fraktur; Alter > 64	0,9%

Verweildauer. Auch Patienten, die nur eine kurze Zeit in einer palliativmedizinischen Einrichtung verbringen, wiesen einen hohen DRG-Schweregrad auf; der Verweildauerbezug fehlt. Somit ist die Verweildauer als Kriterium für die Ressourcennutzung auch nicht über den Schweregrad vorhersagbar. Abbildung 3 verdeutlicht die Unterschiede bei der prozentualen Verteilung der Fälle auf die verschiedenen DRG-Schweregrade im Vergleich zu internistischen Abteilungen. Während der Anteil an Patienten mit dem Schweregrad in der akutinternistischen Versorgung abnimmt, wiesen die palliativmedizinischen Einrichtungen einen hohen Anteil an schwereren Fällen auf.

### Diskussion

Die vorliegende Stichprobe wurde aus Abteilungen gezogen, die sich auf die Behandlung von Palliativpatienten spezialisiert haben. Beim Vergleich der Fälle mit Fällen aus

einer Stichprobe internistisch tätiger Abteilungen auf der Basis derselben DRG-Eingruppierung (G60) werden Unterschiede bezüglich der Verweildauer deutlich, welche schon ohne Berücksichtigung der Ergebnisse der deutschen DRG-Relativgewichte die Aussage erlauben, dass die palliativmedizinischen Spezialabteilungen nicht adäquat über die vorhandenen DRGs finanzierbar sind. In der DRG-Kalkulationsstichprobe werden die Fälle aus internistischen Abteilungen, die mit einem akutmedizinischen kurativen Ansatz Patienten diagnostizieren und behandeln, erheblich dominieren und damit auch das Kostengewicht bestimmen. Die Palliativmedizin stellt nur einen kleinen Teil des Patientengutes in der Kalkulationsstichprobe, weshalb die Kosten der palliativmedizinischen Behandlung keinen wesentlichen Einfluss auf die mittleren Kosten der Fallgruppen haben könnte.

Die in der vorliegenden Studie durchgeführten Analysen konnten sich nur auf die Betrachtung der Verweildauer beziehen, da Daten zu Therapiekosten (Personalbindungszeiten, Sachkosten, teure Medikamente) in der Stichprobe nicht vorlagen. Auch weil die tatsächlich erfolgenden Prozeduren nur unzureichend zu verschlüsseln sind, konnte der Einfluss der individuellen Leistungsinhalte innerhalb der palliativmedizinischen Behandlung auf die Gesamtkosten des Falls über die Verweildauerkomponente hinaus nicht geklärt werden. Folgende Fakten sind zu diskutieren:

1. Die mittlere Verweildauer der palliativmedizinisch betreuten Patienten ist etwa doppelt so hoch wie die Verweildauer von internistisch-kurativ betreuten Patienten in denselben DRG-Fallgruppen.
2. Der DRG-Gruppierungsalgorithmus berücksichtigt derzeit nicht die Unterschiede zwischen palliativer und kurativer Medizin, sondern pauschaliert beide Fachrichtungen in Ermangelung einer spezifischen DRG für die Palliativmedizin in dieselben DRG-Fallgruppen.
3. Der mittlere Behandlungsaufwand (in Personal und Verweildauer) kann in der Palliativmedizin nicht auf Grund der Haupt- und Nebendiagnosen abgeschätzt werden. Er wird von anderen Parametern beeinflusst, zum Beispiel von der Prognose, die bisher nicht über Diagnosen beschreibbar sind.

Die Analyseergebnisse machen deutlich, dass sich die Selbstverwaltungsorgane dem Problem der Finanzierung der Palliativmedizin widmen müssen. Zunächst einmal sollten die Fälle aus der Kalkulationsstichprobe in den betroffenen DRGs getrennt werden, um eine differenzierte Kostendarstellung zu ermöglichen. Dies wird in Ermangelung klarer Kriterien kaum möglich sein, da die besondere Kennzeichnung der Fälle im DRG-Kalkulationsdatensatz über den Fachabteilungsschlüssel (3752) nach § 301 nicht konsequent erfolgt.

Darüber hinaus sollte das DRG-Institut der Selbstverwaltung (InEK) Analysen auf der Basis der nach § 21 Fallpauschalengesetz von allen Krankenhäusern zu liefernden DRG-Daten durchführen, um die in der vorliegenden Untersuchung dargestellten Verweildauerunterschiede an den bundesweiten Daten nachzuweisen.

Kein Krankenhaus kann Geld ausgeben, das es nicht hat. Die Nichtberücksichtigung der aufgezeigten Probleme gefährdet das mit viel Mühe in den letzten Jahren aufgebaute palliativmedizinische Versorgungsangebot, was bei einer immer älter werdenden Bevölkerung und der steigenden Nachfrage nach diesen Leistungen kein gesundheitspolitisches Ziel sein kann.

## Lösungsvorschläge

Es besteht also die Notwendigkeit für Sonderregelungen für die Palliativmedizin. Wie können diese aussehen?

**A:** Die Mehrkosten der palliativmedizinischen Behandlung in den „typischen“ DRGs sind zu ermitteln. Sofern diese Behandlungen bezüglich des Aufwands pauschalierbar sind, können spezielle Kostengewichte für die palliativmedizinischen Behandlungen entwickelt werden, die bei den bestehenden DRGs mit eigenen Grenzverweildauern ausschließlich bei palliativmedizinischen Behandlungen in dafür zugelassenen Fachabteilungen mit ihrem vergleichsweise hohen Personalschlüssel zum Ansatz kommen.

**B:** Unter Berücksichtigung der Leistungsmenge einer palliativmedizinischen Abteilung können über Kompensationszahlungen die nicht durch die Festpreise adäquat finanzierten Leistungsbestandteile vergütet werden.

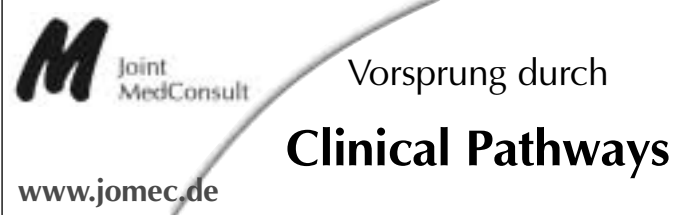


Erst denken, dann handeln.  
Parkhaus als Geschäftsidee.

[www.vollack.de/parkhaus](http://www.vollack.de/parkhaus)

vollack®   
Erfolg bauen

Parkhaus AG



**M** Joint MedConsult

Vorsprung durch  
**Clinical Pathways**

[www.jomec.de](http://www.jomec.de)



• Markenqualität zu günstigen Preisen vom Fachmann  
• Montage innerhalb weniger Tage  
• Wartung und Reinigung

**Jalousien**

Wir kommen mit Mustern zur kostenlosen Beratung. Anruf genügt!

02 11-  
77 12 07

A+A GmbH • 40599 D'dorf • Kolberger Str. 15

**C:** Es werden besondere DRGs für die Palliativmedizin entwickelt, welche weitgehend unabhängig von der Hauptdiagnose eine aufwandsgerechte Fallgruppenbildung garantieren.

Welche der aufgezeigten Lösungen einzeln oder in Kombination zur Anwendung kommen soll, muss auf der Grundlage von genaueren Analysen entschieden werden. Ohne eine Sonderlösung wird es allerdings nicht gehen.

Um den Missbrauch von Sonderregelungen zu vermeiden, muss eine klare Abgrenzung der palliativmedizinischen Abteilungen und Fälle von der Akutmedizin erfolgen (palliativmedizinische Falldokumentation, wie zum Beispiel in der Kerndokumentation<sup>4)</sup>).

Die pauschalierende Vergütung darf nicht dazu führen, dass die palliativmedizinische Therapieoption, die nachweislich einen erheblichen Nutzen für die Patienten bringt, künftig in Deutschland aus ökonomischen Gesichtspunkten nicht mehr angeboten werden kann. Das angestrebte deutsche Einheitspreisprinzip würde damit einen medizinisch und international gewünschten Versorgungszweig kurzfristig zerstören.

## Literatur

1) Klinkhammer, G. (2002): Palliativmedizin – unzureichend finanziert. Deutsches Ärzteblatt 27: 1461

- 2) Klaschik, E. (2000): Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland. Z. ärztl. Fortbild. Qual. sich. 94: 538–40
- 3) Roeder, N.; Glocker, S.; Marshall, R.; Rochell, B. (2002): Perspektiven und Limitationen bei der Abbildung des Aufwands von Krankenhausleistungen durch australische DRGs. Krankenhausfinanzierung am Beispiel Victoria, das Krankenhaus 5: 388–397
- 4) Nauck, F.; Radbruch, L.; Ostgathe, C.; Fuchs, M.; Neuwöhner, K.; Schulenberg, D.; Lindena, G. (2002): Kerndokumentation für Palliativstationen. Strukturqualität und Ergebnisqualität. Zeitschrift Palliativmedizin 3: 41–9
- 5) Ersatzvornahme zum Optionsmodell 2003

Anschriften der Verfasser:

PD Dr. Norbert Roeder/Christian Juhra,  
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster,  
Stabsstelle Medizincontrolling des Klinikumsvorstandes,  
Westfälische Wilhelms-Universität,  
Domagkstraße 20, 48129 Münster/  
Dr. Gabriele Lindena,  
CLARA Clinical Analysis, Research and Application,  
Klinische Analyse, Forschung und Anwendung,  
Clara-Zetkin-Straße 34, 14532 Kleinmachnow/  
Dr. Michael Cremer,  
Elisabeth-Anna-Straße 18, 26486 Wangerooze/  
Prof. Dr. Eberhard Klaschik,  
Präsident der Deutschen Gesellschaft  
für Palliativmedizin e.V.,  
Malteser Krankenhaus,  
Von-Hompesch-Straße 1, 53123 Bonn ■

# Alles im Griff ?

## Die Einbanddecke 2002 schafft Ordnung

Erst der gebundene Jahrgang der Zeitschrift bietet

- die sichere Aufbewahrung, denn kein Einzelheft geht verloren
- durch das Jahresinhaltsverzeichnis die gezielte Nutzung einzelner Hefte und Beiträge

### Achtung:

Bestellungen der Einbanddecke 2002 mit eingprägter Jahreszahl müssen bis zum **15. Januar 2003 dem Verlag vorliegen.**

Später eingehende Bestellungen können leider nicht berücksichtigt werden.

Als Abonnent der Einbanddecke erhalten Sie diese automatisch mit eingprägter Jahreszahl.

Sie erhalten die Einbanddecke 2002 dieser Zeitschrift für € 17,80  
sFr 30,40 (zuzügl. Portokosten)

**Eine Postkarte mit dem Titel der Zeitschrift und Absenderangabe genügt.**

**Bestell-Telefon: 07 11 / 78 63-72 90**

**Bestell-Fax: 07 11 / 78 63-84 30**