

PD Dr. Norbert Roeder/Holger Bunzemeier/Dr. Stefan Glocker

G-DRGs 2004: Erreichtes und nicht Erreichtes

Nachdem zunächst das australische DRG-System für 2003 fast unverändert auf die erste deutsche G-DRG-Systemversion 1.0 im Rahmen einer Rechtsverordnung übertragen wurde, erfolgte mit der Erstellung der G-DRG-Version 2004 erstmalig eine umfassende Anpassung zur besseren Abbildung des deutschen Leistungsgeschehens. Die Anforderungen an ein DRG-System sind in Deutschland völlig anders zu stellen als in anderen DRG-Einsatzländern. Während das DRG-System in den meisten DRG-Einsatzländern als Budgetbemessungsinstrument zur Anwendung kommt und die Krankenhäuser häufig auch nur mit einem einzigen Kostenträger, nämlich ihrer lokalen Gesundheitsbehörde über ihre Finanzierung verhandeln müssen, soll das DRG-System in Deutschland die Basis für ein Preissystem sein, in dem die DRG das „Produkt“ darstellt. Diese „Produkte“ werden hierzulande nicht gegenüber einem, sondern gegenüber einer großen Zahl von Kostenträgern (bis zu 350 verschiedenen) abgerechnet. Der vorliegende Artikel zeigt im Sinne einer Bestandsaufnahme die bisher erreichten Anpassungen des DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen auf, aber auch noch bestehende Defizite im Klassifikationssystem und in den Abrechnungsregeln.

Dank der konstruktiven Arbeit des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) wird die deutsche Behandlungswirklichkeit in der Definition der Fallgruppen im Jahr 2004 wesentlich besser abgedeckt als im G-DRG-System 1.0 (2003). Eine Umstellung der Kalkulationsmethodik sowie eine tiefgreifende Verbesserung der Kalkulationsqualität (Datenprüfung, Plausibilisierungen etc.) haben außerdem zu einer Veränderung der kalkulierten Bewertungsrelationen geführt. Dieser Anpassung des Fallgruppensystems sind allerdings Grenzen gesetzt. Die Krankenhausfinanzierung über DRGs wird immer ein Balanceakt zwischen der Ausgestaltung des Fallgruppensystems und den begleitenden Finanzierungsregeln sein. Ein sehr differenziert ausgestattetes Fallgruppensystem kann die Basis für die Finanzierung vieler Leistungen über Vollpreise sein. Ist ein Fallgruppensystem wie die G-DRGs nur mäßig ausdifferenziert, müssen begleitende Finanzierungs-komponenten zur Herstellung einer leistungsgerechten Finanzierung eingesetzt werden. Mit über 800 Fallgruppen kann zwar ein großer Teil der Standardleistungen zufrieden stellend abgebildet werden, insbesondere die Leistungen von spezialisierten Fachabteilungen oder Krankenhäusern und unterschiedlichen Versorgungsstufen werden jedoch nicht leistungsgerecht darzustellen sein. Sollen Zuzahlungen und differenzierte Abrechnungsregeln eine eher untergeordnete Rolle spielen, muss die Aufwandsinhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Varianzreduktion im Sinne einer Verfeinerung des Fallgruppensystems reduziert wer-

den. Sind allerdings, wie im deutschen Ansatz zunächst vorgesehen, Limitationen bezüglich der Anzahl der Fallgruppen zu berücksichtigen, kann dieses Ziel kurzfristig nicht über das Fallgruppensystem allein erreicht werden.

Rahmenbedingungen 2004

Die Vielzahl der an der Einführung der DRGs Beteiligten interpretiert aufgrund der teilweise unscharfen Vorgaben (Kodierregeln, Abrechnungsregeln, KHEntg etc.) und der unterschiedlichen Partikularinteressen die Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich, was den administrativen Zusatzaufwand auf ein kaum mehr erträgliches Maß gesteigert hat. Wird diese Entwicklung fortgesetzt, kann die Krankenhausfinanzierung in Deutschland im Jahr 2004 administrativ zum Stillstand kommen. Rechnungsprüfprogramme selektieren auffällige Rechnungen, die Auffälligkeiten können von Sachbearbeitern bei den Krankenkassen nicht geklärt werden, weil es sich in der Regel um medizinische Beurteilungen handelt. Mit den „unklaren“ Rechnungen wird der MDK überschwemmt, der seinerseits personell wohl kaum in der Lage ist, diese große Anzahl von Behandlungsfällen zu begutachten. Je nach Kassenart erwachsen hieraus mehr oder weniger hohe Zahlungs-

The international business world in focus

Three of Europe's leading business schools have joined forces and created a truly international MBA program for future executives.

ESSEC

UNIVERSITY OF
MANNHEIMWARWICK
BUSINESS SCHOOL

- Experience high-level teaching in 3 European countries
- Benefit from a one-year full-time program with practical orientation
- Rely on high quality standards ensured by AACSB International accreditation
- Participate in a European team project

For further information please contact:

Program Director MBA
University of Mannheim
MBA Office
68131 Mannheim

THE EUROPEAN

MBA

Tel.: +49 (0)621 181- 1480
Fax: +49 (0)621 181- 1278
info@mba.uni-mannheim.de



Visit our website at www.europeanmba.de

verzögerungen, wodurch die Außenstände der Krankenhäuser steigen, so dass der laufende Betrieb aufgrund von Liquiditätseingüssen gefährdet wird. Das ursprünglich zur Vereinfachung der Abrechnung und zur Sicherstellung einer leistungsgerechten Krankenhausfinanzierung konzipierte System entwickelt sich zu einem sehr komplexen, nur noch schwer durchschaubaren Konglomerat von Regelungen. Zu nennen sind in diesem Kontext die Probleme der Ausgleichsregelungen bei Minder- und Mehrerlösen, die Probleme der Abrechnung (Wiederaufnahmeregelungen, Rückverlegungsregelungen) sowie die sehr unklare Situation bei den Kodierregeln.

Zwischenbilanz

Auf dem Weg zu einem sachgerechten deutschen Fallpauschalensystem ist es hilfreich, im Sinne einer Bilanz zu überprüfen, was bisher erreicht wurde und welche Probleme noch gelöst werden müssen, bevor im Rahmen der Konvergenzphase in eine ökonomisch wirksame fallpauschalierte Finanzierung eingestiegen werden kann.

Erreicht wurde eine verbesserte Anpassung des DRG-Klassifikationssystems an die deutsche Behandlungswirklichkeit. Hierbei kamen die Morbiditäts- und Kostenkalkulationsdaten aus 137 Krankenhäusern zur Anwendung, die das im Jahr 2002 praktizierte Behandlungsmuster abbilden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in 2002 noch das alte verweildauerorientierte Anreizsystem bestand und sich damit auch die Verweildauerorientierung in der Ausgestaltung des Fallgruppensystems für 2004 und den ökonomischen Bewertungen (Bewertungsrelationen) widerspiegelt. Die flächendeckende Etablierung des fallorientierten Anreizprinzips im Jahr 2004 wird dazu führen, dass bei weniger komplexen Fällen die Verweildauer erheblich reduziert wird, während die komplexen Fälle im Vergleich eine

deutlich längere Verweildauer zeigen. Im Ergebnis wird nun die Verweildauer zwischen komplexen und weniger komplexen Fällen wesentlich höhere Differenzen aufzeigen als im alten Anreizsystem. Damit kommt es zu einer Verzerrung zwischen der Finanzierungsgrundlage und der tatsächlichen Behandlungswirklichkeit.

Neue Konstruktionsprinzipien

Ein Teil der noch 2003 bestehenden Probleme wurde im G-DRG-System 2004 durch die Etablierung neuer Fallgruppen für die geriatrische Komplexbehandlung und die Frührehabilitation konstruktiv einer Lösung zugeführt. Analog lassen sich ähnliche Problembereiche (Rheumatologie, Diabetologie, Palliativmedizin etc.) angehen.

Eine wesentliche und begrüßenswerte Neuerung ist die Einführung von Tagesfall-DRGs bei der Behandlung von malignen Tumoren. In der Version 1.0 war die Tagesbehandlung von malignen Tumoren in der G-DRG R63Z (Chemotherapie, ein Belegungstag) unabhängig von der jeweiligen Art der Krebserkrankung zusammengefasst. Damit war die G-DRG R63Z sehr heterogen, weil in ihr unterschiedlichste Therapieschemata „zusammengewürfelt“ waren. Durch die Einführung von Tagesfall-DRGs in die tumorbezogenen DRGs ist die Tagesbehandlung wesentlich sachgerechter abgebildet als im vorhergehenden System, was auch an den differenten Bewertungsrelationen abgelesen werden kann (Tabelle 1).

Hieraus kann aber nicht automatisch geschlossen werden, dass innerhalb der neuen Fallgruppen auch immer sachgerecht vergütet wird. Auch innerhalb derselben Tumorentität können unterschiedliche Therapieschemata zur Anwendung kommen, die sich bezüglich der Kosten erheblich unterscheiden. Dies kann am Beispiel der Chemotherapie des Brustkrebses (Mammatumor) dargestellt werden. Die Spannbreite reicht vom so genannten CMF-Schema (ca. 40 €) bis zu modernen Taxol-Herceptin-Protokollen (ca. 1 200 €). Grundsätzlich ist die Neudefinition der DRGs bei der Behandlung maligner Tumore ein Schritt in die richtige Richtung und explizit zu begrüßen. Ob im Rahmen der weiteren Ausgestaltung dieser Fallgruppen noch Zusatzentgelte zur Reduktion variabler Aufwandskomponenten innerhalb der DRG-Fallgruppen eingeführt werden müssen, wird bei der Weiterentwicklung des Systems zu beobachten sein.

Neu definiert wurden auch die als kritisch erachteten Gruppen der langzeitbeatmeten Fälle. Im ursprünglichen australischen System war hierfür nur eine einzige Gruppe vorgesehen. Diese wurde in der Version 1.0 der G-DRGs schon weiter differenziert (2 Fallgruppen). In der nun vorliegenden Version 2004 erfolgte eine umfangreiche Differenzierung dieser Fallgruppen. Auch hier muss die Anwendung im Jahr 2004 zeigen, ob die Definition schon detailliert genug ist, um die innerhalb dieser Fallgruppen erbrachten intensivmedizinischen Leistungen sachgerecht zu bewerten.

Zur besonderen Berücksichtigung der Behandlungsleistungen bei Kindern und Jugendlichen wurde die Anzahl der nach Alter differenzierten DRGs erheblich erhöht. Wo allerdings die Kosten der Behandlung von Kindern nicht höher

Tabelle 1: Onkologische DRGs, ein Belegungstag (G-DRG 2004)

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag	0,290
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag	0,247
G60E	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,205
H61D	Bösartige Neubildung an hepato-biliärem System und Pankreas, ein Belegungstag	0,242
I65D	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,302
J62D	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag	0,226
L62C	NB der Harnorgane ohne Strahlentherapie, ein Belegungstag	0,212
M60D	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,223
N60D	Bösartige Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	0,260
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag	0,350

waren als die Kosten der Behandlungen von Erwachsenen, wurde die Konstruktion der DRGs belassen. Nur Kostenunterschiede rechtfertigen die Differenzierung von DRG-Fallgruppen im Rahmen der Systempflege.

Zusatzentgelte als additive Vergütungskomponente

Die Festlegung von Zusatzentgelten (ZEs) erfolgte in der Anlage 3 der KFPV 2004 nur in eng umschriebenen Ausnahmen und ist für 2004 abschließend. Mit den festgelegten Zusatzentgelten und der Festlegung der nicht bundesweit bewerteten G-DRGs wurde gemäß § 6.1 KHEntG durch das BMGS definiert, welche Leistungen noch nicht sachgerecht abgebildet sind. Damit sind aber sicherlich nicht alle relevanten bisher nicht richtig im DRG-System abgebildeten Leistungen sachgerecht dargestellt.

Dass die ZEs nur in eng begrenztem Rahmen festgelegt wurden, ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sich Zusatzentgelte bisher kaum aus den Kalkulationsdaten identifizieren und berechnen lassen; die Methodik der Kalkulation und die Qualität der Kalkulationsdaten sind hierfür noch nicht ausreichend. Die Ableitung von Zusatzentgelten setzt voraus, dass die Kosten für bestimmte Sonderleistungen (zum Beispiel besondere Implantate, besondere Medikamente und ähnliche Sonderleistungen) auch fallbezogen exakt verrechnet werden. Hier bestehen noch Defizite. Ein weiteres wesentliches Problem liegt auch

darin, dass noch einige der Kosten begründenden Leistungen nicht exakt genug nach OPS kodiert werden können. Hierzu gehört zum Beispiel die Applikation teurer Medikamente. Lediglich die intravenöse Applikation der Chemotherapie konnte bisher verschlüsselt werden, die Art der Chemotherapie ließ sich nicht kodieren, so dass Unterschiede in der Therapie zumindest aus den OPS-Schlüsseln nicht ersichtlich sind. Sie lassen sich lediglich aus den unterschiedlichen Kosten im Fallvergleich herleiten, unter der Voraussetzung, dass die Medikamentenkosten fallbezogen exakt verrechnet wurden. Ab 2004 sind neue OPS-Kodes für verschiedene medikamentöse Therapien vorhanden, so dass der Behandlungsaufwand genauer dokumentiert werden kann, aber auch muss! Die in der Rechtsverordnung ausgewiesenen ZE-Leistungen lassen sich grob in 2 Gruppen unterteilen:

Die erste Gruppe beschreibt therapeutische Leistungskomplexe, die analog zur Dialyse zu sehen sind. Hierbei handelt es sich um „Blutwäscheverfahren“ bzw. Verfahren, bei denen Blutkomponenten extrakorporal behandelt werden (zum Beispiel Leberersatztherapie, Immunadsorption). Diese Verfahren sind bezüglich ihrer Sachkosten und ihrer Personalkosten gut beschreibbar, da sie hoch standardisiert sind. Wahrscheinlich aus den schon genannten Gründen konnten allerdings die Vergütungen für diese Leistungen im Rahmen der Ersatzvornahme nicht festgelegt werden, weil keine exakte Kalkulation möglich war. Die Vergütungen müssen daher vor Ort vereinbart werden.¹⁾ ▶



www.bkk.de



Eine gute Krankenversicherung hilft auch dann schnell und zuverlässig, wenn es sich um medizinisch aufwändige Eingriffe handelt. So hilft die BKK jährlich in 1,9 Millionen Fällen ganz einfach und unbürokratisch. Bei lebenswichtigen Operationen genauso wie bei jeder anderen Krankenhausbehandlung. Damit Sie immer gut versorgt sind. Mehr dazu unter www.bkk.de

Wir sind hier.

Die zweite Gruppe betrifft teure Implantate. Hier sind auch so genannte Tumorendoprothesen aufgeführt, die als Ersatz für tumorbefallene oder durch andere Ursachen zerstörte Knochen zum Einsatz kommen. Häufig müssen diese Endoprothesen patientenindividuell angefertigt werden. Auch andere Prothesen wie der Teilersatz von Schädelknochen, die wegen Tumorbefalls entfernt werden mussten, sind als zusätzlich zu finanzierende Implantate aufgeführt. Überwiegend handelt es sich um Implantate, die als Knochenersatz bei Tumorbefall des Skelettsystems an verschiedenen Lokalisationen des Körpers zum Einsatz kommen. Künstliche Harnblasenschließmuskel und „Nervenschrittmacher“ werden ab 2004 ebenfalls über Zusatzentgelte finanziert. Diese „Nervenschrittmacher“, welche man als mikroelektronische Neuroimplantate bezeichnet, werden zur Tiefenhirnstimulation, zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation von Hirnnerven und peripheren Nerven eingesetzt. Weitere in der Anlage aufgeführte Implantate sind so genannte implantierbare Medikamentenpumpen, die zur Behandlung von ausgewählten Krankheiten zum Einsatz kommen. Ebenso sind Herzunterstützungssysteme und Medikamente freisetzende Koronarstents sowie ausgewählte Gefäßprothesen berücksichtigt.

Veränderte Abrechnungsregeln

Wesentliche Änderungen betreffen auch die Abrechnungsregeln. Als sehr konfliktträchtig stellte sich die aus dem alten Fallpauschalensystem in das erste G-DRG-System weitgehend unverändert übernommene Abrechnungsregel bezüglich der Wiederaufnahme von Patienten in dasselbe Krankenhaus bei Komplikation innerhalb der Grenzverweildauer einer zuvor abgerechneten Fallpauschale heraus. Diese Regel wurde inhaltlich häufig von Krankenkassen dahingehend interpretiert, dass jede Aufnahme innerhalb der Grenzverweildauer eine Wiederaufnahme wegen Komplikationen darstellt, was zu unnötigen Auseinandersetzungen im Abrechnungsverkehr führte. Mit der Neuformulierung dieser Regel konnte das Konfliktpotenzial reduziert werden.²⁾

Nach der seit 2004 geltenden rein administrativen Regel werden fast alle Fälle, die innerhalb der Grenzverweildauer der zuerst abgerechneten G-DRG wieder aufgenommen werden und bei den zu prüfenden Aufenthalten in dieselbe Basis-DRG fallen, grundsätzlich zu einem Fall zusammengelegt.

Um einem strategischen Fallsplitting vorzubeugen, wurde eine weitere Regel eingeführt, die die Zusammenführung aller Wiederaufnahmen mit gleicher Hauptdiagnosekategorie innerhalb von 30 Tagen ab Aufnahmedatum des ersten Aufenthalts vorschreibt, wenn der erste Aufenthalt einer DRG aus der medizinischen oder der sonstigen (Interventionen etc.) Partition und der zweite Aufenthalt einer DRG aus der operativen Partition zugeordnet wurde.

Bei beiden Regeln sind von dieser Zusammenlegung G-DRGs ausgenommen, die besonders im Fallpauschalenkatalog in einer neu eingerichteten Spalte (Spalte 13 für Hauptabteilungen und Spalte 15 für Belegabteilungen)

markiert sind, wobei diese G-DRGs häufig die Behandlung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen kennzeichnen. Die Behandlungsfälle, die wegen einer Komplikation innerhalb der Grenzverweildauer einer zuvor abgerechneten DRG wieder aufgenommen werden, werden weiterhin zu einem Fall zusammengefasst, hier gelten die Ausnahmeregelungen nicht. Neu ist auch, dass in allen 3 Konstellationen der Fall unter Berücksichtigung der Diagnosen und Prozeduren aus allen zusammenzuführenden Aufenthalten neu gruppiert und damit eventuell einer neuen G-DRG zugeordnet wird.

Mit diesen neuen Abrechnungsregeln, die sicherlich in dem einen oder anderen Individualfall auch Ungerechtigkeiten durch die Zusammenziehung von Aufenthalten produzieren, wurde mehr Abrechnungssicherheit und Klarheit bezüglich der Fallzusammenlegung geschaffen. Unklar ist weiterhin die Definition der Komplikation, womit Konflikte im Abrechnungsgeschehen vorprogrammiert sind.

Grundsätzlich wurde mit der erweiterten Fallzusammenlegung ein neues Prinzip der aufenthaltsübergreifenden Falldefinition für einige Patientenspektren etabliert, welches sich im Rahmen der G-DRG-Systempflege noch kalkulatorisch abbilden muss. Bisher liegen der aktuellen DRG-Kalkulation noch Fälle zugrunde, die nicht zusammengeführt wurden! Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die kalkulatorische Abbildung dieser Fallzusammenlegungen erst mit mindestens 2 Jahren Verzögerung stattfinden kann, da basierend auf den Daten des Jahres 2004 im Jahr 2005 die Relativgewichte für das Jahr 2006 kalkuliert werden. Ob die neuen Regeln ausreichend sind und insbesondere auch das von den Krankenkassen befürchtete Fallsplitting verhindern, kann erst die flächendeckende Anwendung des G-DRG-Systems ab 2004 zeigen.

Kalkulation

Die Kalkulation der Relativgewichte ist im G-DRG-System 2004 weiterhin stark verweildauerassoziiert. Streng genommen drücken die Unterschiede der Relativgewichte zwischen aufwändigen und weniger aufwändigen Fällen lediglich die Verweildauerunterschiede aus. Dies kann an vielen DRGs nachgewiesen werden. Hierzu ist lediglich das im Katalog ausgewiesene Relativgewicht durch die im Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer zu dividieren. Es resultiert ein Relativgewichtsanteil pro Tag, der zur besseren Veranschaulichung mit einem fiktiven Basisfallwert von zum Beispiel 3 000 Euro zur Errechnung eines Erlösbetrags pro Tag multipliziert werden kann. Bei vielen DRGs innerhalb einer Basis-DRG weichen die resultierenden „Tagessätze“ nicht oder kaum voneinander ab, was die Hypothese belegt, dass vorwiegend Belegungstage die Kosten und damit auch die Vergütungen im derzeitigen DRG-System bestimmen.

Die verweildauerorientierte Kalkulation für das DRG-System 2004 beruht auf Daten aus dem Jahr 2002, wo aufgrund der Bundespflegesatzverordnung andere Anreize bestanden als unter einer vollständigen fallpauschalierten Finanzierung. Das alte Anreizsystem führte wegen der Finanzierung von Pflgetagen zu einer stärker ausgeprägten

verweildauerorientierten Organisation der Gesamtbehandlung in deutschen Krankenhäusern. Diese Verhältnisse werden sich unter der Fallpauschalierung ab 2004 sukzessive verändern. In den Häusern, die optional nach DRGs schon im Jahr 2003 abgerechnet haben, wurden die Veränderungen durch Krankenkassenanalysen bereits nachgewiesen. Somit eignen sich die auf der Basis von historischen Daten kalkulierten Relativgewichte nur bedingt für die Umstellung der Finanzierung und stimmen nicht mit dem neuen Anreizsystem überein. Gerade bei einigen häufig erbrachten Elektivleistungen könnten kurzfristig erhebliche Veränderungen eintreten. So sind die Verweildauern in der Hüftendoprothetik und anderen orthopädischen, aber teilweise auch herzchirurgischen Eingriffen durch das seit 1995 angewendete Fallpauschalensystem zumindest für weniger komplexe Fälle nicht immer zeitgemäß. Von den Krankenkassen wurden Mindestverweildauern zum Erreichen der Abrechenbarkeit der vollen Fallpauschalen vorausgesetzt. Inwieweit diese Forderungen der Krankenkassen zu nicht unbedingt medizinisch notwendigen Verweildauererweiterungen in diesen Bereichen geführt haben, ist heute schwer abschätzbar. Auffällig ist allerdings, dass sich die Verweildauern der verschiedenen Schweregradausprägungen der entsprechenden G-DRGs zumindest im orthopädischen Bereich nur unwesentlich unterscheiden. Es ist zu erwarten, dass als Folge der geänderten Anreize eine kurzfristige Unterscheidung der aufwändigen von den weniger aufwändigen Fällen erfolgt und dies einen erheblichen Einfluss auf die Verweildauer der „einfachen Fälle“ haben wird.

Die Fallspektren in den verschiedenen DRG-Fallgruppen werden unterschiedlich stark von der Verweildauerreduktion tangiert werden. Sehr aufwändige Fallgruppen wie langzeitbeatmete neonatologische Fälle oder Fälle, die aufgrund der Komorbidität bzw. der Komplexität ihrer Erkrankung weiterhin eine lange Krankenhausbehandlung benötigen und die auch nicht bei optimierten ambulanten Weiterbehandlungsstrukturen wesentlich früher als bisher aus der stationären Behandlung entlassen werden können, stehen Fallspektren gegenüber, die bei strafferer Organisation des gesamten diagnostischen und therapeutischen Prozesses stärker von der Verweildauerreduktion profitieren. Dadurch ergeben sich Verschiebungen, die selbstverständlich auch großen Einfluss auf die ökonomischen Bewertungen der einzelnen DRGs untereinander haben. Im Rahmen des von der Selbstverwaltung propagierten datengetriebenen Modells wird diese Veränderung aber erst mit einem erheblichen Verzug von mindestens 2 Jahren in den Relativgewichten nachvollzogen. Es muss deshalb diskutiert werden, ob das Kalkulationsverfahren nicht dahingehend angepasst werden sollte, dass aktuelle Verweildauern zur Adjustierung der auf historischen Daten basierend kalkulierten Kostengewichte herangezogen werden müssen. Dies setzt allerdings voraus, dass die Kernleistungen und alle nicht verweildauerassoziierten Leistungen in einer DRG auch exakt fallbezogen in den kalkulierenden Krankenhäusern verrechnet werden. Der dafür notwendige Detaillierungsgrad der Kostenträgerrechnung ist bisher wahrscheinlich nur in einem kleinen Teil der kalkulierenden Krankenhäuser erreicht. ▶

▶ DICTATION ▷ CONFERENCE ▷ TRANSCRIPTION

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

DIAGNOSE? DIGITAL GEHT'S LEICHTER.

DIGITALER VOICE RECORDER OLYMPUS DS-3000

- 22 Stunden Aufzeichnungsdauer •
- Diktatversand per E-Mail •
- Einfache Handhabung •

www.olympus.de/voice



Ein systematisches Problem scheint bei den Vergütungen besonders lang verweilender Fälle zu bestehen (Überschreitung der oberen Grenzverweildauer). Diese Fälle sind systematisch unterfinanziert³⁾; die Ursache scheint in der Kalkulationsmethodik und in der Kalkulation der Zuschläge zu liegen. Der Vergleich der Basisfallkosten (Kosten pro Fall dividiert durch das effektive DRG-Relativgewicht) von Standardfällen (Inliern) und Verweildauerausreißern (Outliern) zeigt erhebliche Unterschiede, die den Faktor 2 erreichen können. Diese Unterschiede lassen sich über alle Fälle eines Krankenhauses gleichermaßen darstellen, was für methodische Probleme im Kalkulationsverfahren spricht.

Voraussetzungen für die Leistungsabbildung

Primäres Ziel bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2005 ist die Beseitigung der Inhomogenitäten durch eine verbesserte Abbildung im Klassifikationssystem selbst. Nur wenn dies nachweislich nicht gelingen kann oder für das Gesamtsystem nicht sinnvoll ist, müssen komplementäre Vergütungsformen additiv (Zusatzentgelte) oder alternativ in Erwägung gezogen werden. Es ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass eine G-DRG die diagnostische und therapeutische Leistung als „Produkt“ möglichst exakt beschreiben muss, damit die Kalkulation des Aufwands und die Ermittlung der Bewertung für eine klar definierte Fallgruppe sachgerecht erfolgen kann. Voraussetzung hierfür ist zunächst, dass die Haupterkrankung und die Komorbidität der betroffenen Fallgruppe über ICD-10-Diagnosen ausreichend dargestellt werden können. Eine weitere wesentliche Voraussetzung ist die Möglichkeit der trennscharfen Darstellung der erbrachten Leistungen über die jeweils gültige OPS-Klassifikation. Nur wenn diese beiden Voraussetzungen erfüllt sind, stehen genügend Variablen zur Definition einer DRG-Fallgruppe zur Verfügung.

Der Einsatz von DRG-Fallgruppen im Sinne eines Preissystems zur Abrechnung einzelner Behandlungsfälle setzt voraus, dass die Behandlungsleistungen hinreichend über DRGs definiert sind, was im G-DRG-System in der Version 2004 leider noch nicht der Fall ist. In vielen Fallgruppen ist die Definition, insbesondere bezogen auf die erbrachten Leistungen, noch so unscharf, dass die Zusammenführung der Fälle aus verschiedenen Krankenhäusern unterschiedlichster Versorgungs- und Spezialisierungsstufen (Einhausmodell der DRG-Kalkulation) auf der Basis dieser Definition eine Vermischung unterschiedlich aufwändiger und damit auch unterschiedlich kostenintensiver Fälle darstellt, auch wenn die Gesamtgruppe relativ homogen erscheint (Homogenitätskoeffizient). Interessant ist deshalb die Antwort auf die Frage, wo die unterschiedlichen Versorgungsstufen und Spezialisierungen innerhalb der Verteilung der Gesamtstichprobe in einer DRG stehen. Die Behandlungsleistung und die individuelle Struktur, die zur Erbringung dieser Leistung vorgehalten werden muss, wird nur in Ausnahmefällen innerhalb der DRG-Definition berücksichtigt und nicht immer ist die Besonderheit einer Leistung über einen OPS-Code auch richtig darstellbar. Teilweise existieren auch gar keine OPS-Schlüssel, die eine spezifische Darstellung der Behandlungsleistung ermöglichen.

Eine Tatsache ist, dass deutlich unterschiedliche Leistungen in diesen unterschiedlichen Versorgungsstufen er-

bracht werden. Wird diese Tatsache ignoriert, wird das gesamte, in der Vergangenheit in Deutschland aufgebaute Versorgungsstufen- und Qualitätskonzept ignoriert. Es kann dann nur folgerichtig sein, dass Patienten nicht mehr von der Intensivstation eines Regelversorgers auf die Intensivstation eines Maximalversorgers zur Durchführung einer „anderen“ Intensivtherapie verlegt werden. Wird bei der Finanzierung mit Hinweis auf die fehlenden Unterschiede nicht differenziert, kann definitionsgemäß auch keine Notwendigkeit für eine solche Verlegung bestehen. In der Tat ist die Leistungswirklichkeit eben doch differenzierter als bisher über die G-DRGs dargestellt, wobei die Unterschiede eben leider häufig nicht auf der Basis von Diagnosen und Prozeduren hinreichend beschreibbar sind. Andere DRG-Einsatzländer tragen dieser Problematik durch versorgungsstufenadaptierte Basisfallwerte oder pauschale Budgetzuschläge unter Berücksichtigung von Versorgungsstufen/Spezialisierungen Rechnung. Wenn in Deutschland ein anderer Weg beschritten werden soll, müssen die Leistungen besser als bisher und teilweise unter Einbeziehung von Strukturkomponenten in die Leistungsbeschreibung definiert werden. Das aus der InEK-Kalkulation resultierende DRG-Kostenkalkulationsergebnis wird sehr stark von der Zusammensetzung der Stichprobe aus freiwillig an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern dominiert. Wegen der Freiwilligkeit kann und wird sich diese Stichprobe jährlich ändern. Erst ein Abrücken vom so genannten Einhausmodell und die Durchführung interklinischer Vergleiche bietet die Möglichkeit, interklinische Differenzen im Fallspektrum und in der Behandlungsleistung darzustellen und sachgerecht zu bewerten. Um die unterschiedlichen Behandlungsleistungen bei dokumentatorisch gleichem Diagnosespektrum beschreiben zu können, werden teilweise noch speziellere ICD-10-Diagnoseschlüssel und OPS-Leistungsschlüssel benötigt.

Hohe Spezialisierung als Hindernis

Insbesondere die Behandlung in hoch spezialisierten Einrichtungen muss im Rahmen der Anpassung des DRG-Systems intensiv beleuchtet werden.⁴⁾ In verschiedenen durch die DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster durchgeführten DRG-Evaluationsprojekten (http://drg.uni-muenster.de/de/projekte/projekt_info.html) hat sich deutlich gezeigt, dass die hohe Spezialisierung innerhalb von medizinischen Fachgebieten (Fachkliniken), die unterschiedlichen Versorgungsstufen sowie die aufgrund der Länderplanung differierenden Versorgungsstrukturen (zum Beispiel geriatrische Akutkrankenhäuser/geriatrische Rehakliniken, Stroke Units etc.) nicht kurzfristig über ein bundeseinheitlich pauschalierendes Finanzierungssystem vereinheitlicht werden können. Vor allem spezialisierte Fachabteilungen (zum Beispiel Geriatrie, Rheumatologie etc.) versorgen häufig Subgruppen innerhalb einer DRG und weichen damit deutlich vom mittleren Fallspektrum und somit auch von der mittleren Kostenstruktur bei grundsätzlich gleicher DRG-Gruppierung von der Gesamtgruppe ab.

In der derzeitigen Kalkulationsmethodik werden Fälle aus unterschiedlich organisierten Behandlungsstrukturen in denselben DRGs miteinander vermischt. Die über die Diagnose bzw. ergänzend über den OPS-Schlüssel darstell-

bare und die DRG-Zuordnung triggernde Leistung variiert erheblich, wobei die Variationen über die Leistungsdokumentation nicht adäquat darstellbar sind. Für einige hoch spezialisierte Leistungsbereiche besteht überhaupt keine Möglichkeit, leistungsgerecht zu dokumentieren. Hierzu gehören zum Beispiel die Schlaganfallbehandlung auf der Stroke Unit, aber auch differenzierte Therapiekomplexe in der Rheumatologie, der Endokrinologie oder der Intensivtherapie, um nur einige Beispiele zu nennen. Es darf bei der Bewertung von Leistungen nicht ignoriert werden, dass die Erbringung einiger Leistungen bzw. Leistungskomplexe an das Vorhandensein bestimmter organisatorischer und personeller Strukturen gebunden ist. Für die Majorität der OPS-Kodes (> 99 Prozent) existieren keine Einschränkungen hinsichtlich der Kodierbarkeit.

Mit der Einführung neuer Komplexkodes wie der OPS-Kodes 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) und 8-551 (Frührehabilitation) wurde eine neue Klasse von Leistungskodes geschaffen, die mit Strukturkomponenten verknüpft ist. Hierbei wird davon ausgegangen, dass diese Leistung nur erbracht und kodiert werden kann, wenn bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllt sind. Damit wurden neue Möglichkeiten eröffnet, Leistungen trennschärfer zu beschreiben und sie insbesondere extern überprüfbar zu gestalten. Das Revolutionäre an diesem Konzept ist, dass letztendlich auch eine Strukturqualitätskomponente in die Leistungsdokumentation und damit in das DRG-System integriert wurde.

Es ist sehr zu empfehlen, diesen Weg weiter zu beschreiten und für andere Komplextherapien eine vergleichbare Leistungsdokumentation zu etablieren, um die Nachvollziehbarkeit des mit der Leistungserbringung im Zusammenhang stehenden Aufwands zu erhöhen. Es kann nicht als sinnvoll erachtet werden, eine Vielzahl von Einzelleistungen differenziert zu dokumentieren, wenn mit einem Komplexcode das Gleiche mit weniger Aufwand und besserer Qualität dargestellt werden kann. Solange das deutsche DRG-System nicht in der Lage ist, die erbrachten Leistungskomplexe möglichst exakt zu beschreiben, besteht auch keine ausreichende Grundlage für eine sachgerechte Kostenermittlung und Preisfestlegung der Leistungskomplexe („Produkte“). Unschärfe Definitionen der Leistungskomplexe sind die Ursache von Fehlfinanzierungen und unterstützen Fehlanreize. Eine chronische Unterfinanzierung von komplexen Leistungen als Folge einer ungenügenden Berücksichtigung dieser Leistungen in der DRG-Definition führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer kontinuierlichen Reduktion des Leistungsangebots und damit zur Unterversorgung in bestimmten Bereichen. Dies kann und muss bei der Ausgestaltung des Klassifikationssystems in den Finanzierungsrahmenbedingungen (Abrechnungsregeln, Zu- und Abschlagsregeln, Berücksichtigung von Versorgungsstufen und Spezialisierungen in der Finanzierung) beachtet werden.

Abbildungsprobleme und ihre Ursachen

Bei kritischer Prüfung des G-DRG-Systems 2004 ist leider noch eine Vielzahl von Abbildungsproblemen festzustellen.

Software der neuen Generation

www.dataswiss.com

**Swiss[®]
Care**

Healthcare Information System

Kostenloser Anschluss beliebig vieler Arbeitsplatz-Rechner

Installiert und betriebsbereit innerhalb eines Tages

Unbeschränkt ASP-fähig, unbeschränkt vernetzbar, läuft in allen Sprachen

für
**Akutkrankenhäuser
Fachkliniken
Rehabilitationskliniken**

dataSWISS
SOLUTIONS DEUTSCHLAND GMBH

Viktoriastraße 26 - D-44135 Dortmund

Tel.: +49 (231) 56 60 630 - Fax: +49 (231) 56 60 658 - info@dataswiss.de

Diese sind teilweise auf eine nicht ausreichende Definition der DRG-Fallgruppen zurückzuführen. Ein Teil der Fallgruppen enthält noch einen hohen Anteil an Patienten mit extrem kurzer Verweildauer, die aus diesen Gruppen abgetrennt und in eigenen Gruppen abgebildet werden sollten, um die Homogenität der Gesamtgruppe zu verbessern. Insbesondere die kurz verweilenden Inlier-Fälle „verwässern“ das Relativgewicht und die mittlere Verweildauer der gesamten Fallgruppe, was dazu führt, dass einerseits die Zuschläge für die Langlieger auf einer falschen Basis ermittelt werden, andererseits aber auch die Gesamtfallgruppe hinsichtlich ihrer Anwendung problematisch erscheint. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die extrem kurz verweilenden Patienten zunehmend in den ambulanten Sektor verschoben und im Rahmen der Rechnungsprüfung durch die Krankenkassen in Frage gestellt werden. Wenn aus einer Fallgruppe ein hoher Anteil an Kurzliegerfällen „herausgeprüft“ wird, steigt die Fallkomplexität der Restgruppe erheblich. Da jedoch bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen teilweise die Kurzlieger berücksichtigt wurden, erfolgt für die restliche Fallgruppe keine sachgerechte Vergütung mehr. Es fehlen dann die Fälle, die zum Ausgleich der Vergütung innerhalb der Fallgruppe notwendig sind.

Zusammenfassend können folgende noch bestehenden Problembereiche aufgezeigt werden, welche sich immer auf eine noch nicht genügende Ausdifferenzierung des Klassifikationssystems und der begleitenden Finanzierungs-komponenten (zum Beispiel Zusatzentgelte) zurückführen lassen:

- Ungenügende Berücksichtigung der Behandlungsleistung in spezialisierten Bereichen und unterschiedlichen Versorgungsstufen aufgrund zu geringer Differenzierung der Fallgruppen (zum Beispiel Palliativmedizin, Intensivtherapie, Schlaganfallbehandlung auf der Stroke Unit, Rheumatologie, Diabetologie, operative und medikamentöse Tumorthherapie);
- teilweise erhebliche Kostenvariabilität innerhalb derselben Fallgruppen (teure Medikamente, teure Implantate, teure diagnostische und therapeutische Leistungen);
- Durchmischung von Kurzverweilern mit anderen Fällen in einem Teil der Fallgruppen;
- unscharfe Abgrenzung der DRG-Leistung von anderen Leistungsbereichen (teilstationär, ambulant etc.);
- Durchmischung von gutartigen und bösartigen Erkrankungen in einem Teil der Fallgruppen;
- Mehrfachbehandlungen während des gleichen Aufenthalts und sehr komplexe Fälle;
- Abbildung der Langlieger (Finanzierung oberhalb der Grenzverweildauer).

Zeitraumen der deutschen DRG-Einführung

Häufig wird die knappe Zeitschiene bei der Einführung der DRG-Finanzierung in Deutschland thematisiert. Die hierüber geführte Diskussion spaltet das Gesundheitswesen in 2 Gruppen: Eine Gruppe hält den vorgesehenen Zeitrah-

men durchaus für ausreichend, während eine zweite Gruppe die Umsetzung im vorgegebenen Zeitrahmen für nicht möglich hält. Auch die Verfasser glauben, dass der Zeitrahmen zur Etablierung eines fairen leistungsgerechten Vergütungssystems nicht ausreicht. Nachdem die Krankenhäuser jahrzehntelang nach dem Kostendeckungsprinzip finanziert wurden und fast ausschließlich die Patientenversorgung im Vordergrund stand, die Kostenkontrolle spielte nur eine sehr untergeordnete Rolle, wurde mit der Einführung der Budgetdeckung sowie der Etablierung von Fallpauschalen und Sonderentgelten eine neue Finanzierungskomponente geschaffen. Diese führte aber nicht zu wesentlichen Veränderungen, da sie nur einen Teil des Budgets eines Krankenhauses betrafen und damit lediglich Verrechnungspreise darstellten. Eventuelle Defizite oder Gewinne im Fallpauschalen-/Sonderentgeltbereich wurden im restlichen Budget weitgehend kompensiert. In den wenigen Fachgebieten, die fallpauschaliert abrechneten, wurden Erfahrungen mit der Fokussierung auf den Behandlungsfall gesammelt. Die restlichen Fachgebiete mussten sich zunehmend mit der Frage der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Leistungen auseinandersetzen, die Länge der Verweildauer wurde insbesondere durch den Vergleich mit anderen Industrienationen kritisch hinterfragt (sekundäre Fehlbelegung). Gemessen wurden in den Krankenhäusern Leistungsparameter wie der Nutzungsgrad vorhandener Betten und behandelte Fälle. Das Krankenhausfinanzierungssystem war nicht darauf ausgerichtet, die Verweildauer zu verkürzen und Behandlungsprozesse effektiver zu organisieren. Der Wechsel auf die DRG-basierte Krankenhausfinanzierung vollzieht den kompletten Umbruch nun für alle somatischen Fachgebiete unter Eliminierung kompensatorischer Komponenten (Abteilungs pflegesatz). Damit wird der Bezug der Leistung zu den verursachten Kosten sehr transparent, was die Krankenhäuser in einen bisher nicht gekannten Wettbewerb zwingt.

Auswirkungen der Anpassung

Inwieweit sich durch die Veränderung des Klassifikationssystems selbst, aber auch durch die Veränderung im Kalkulationsverfahren (Verwendung arithmetischer Mittelwert) und die daraus resultierende veränderte Bewertung der DRGs (Relativgewichte) sowie die größere Spreizung der Kostengewichte (Reduktion des Kompressionseffektes) die Sachgerechtigkeit der Leistungsfinanzierung erhöht hat, muss die Anwendung in der Praxis zeigen. Die Verfasser gehen davon aus, dass mit diesen Systemveränderungen eine grundsätzliche Verbesserung und ein großer Schritt hin zu einem leistungsgerechteren Vergütungssystem realisiert wurden.

Problematisch sind immer noch Bereiche, die durch die besondere Konzentration spezifischer Patientengruppen (zum Beispiel Häufung schwer kranker Patienten oder besondere Leistungserbringung – Kompetenzzentrum) bezüglich ihres Fallspektrums oder der Art der Leistungserbringung derart von der bundesweiten Kalkulationsstichprobe abweichen, dass eine sachgerechte Vergütung der in diesen Bereichen erbrachten Leistungen über die kalkulierten Pauschalen nicht erfolgen kann.

Mit der Erstellung des G-DRG-Systems in der Version 2004 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstmalig das ursprünglich aus Australien übernommene DRG-System an die deutsche Behandlungswirklichkeit umfassend angepasst. Einerseits wurden erhebliche Veränderungen an einem großen Teil der DRG-Fallgruppen vorgenommen und diese neu bewertet. Andererseits wurden auch Neuerungen eingeführt wie Zusatzentgelte als additive Vergütungskomponente zur Reduktion der Variabilität des Aufwandes innerhalb von DRG-Fallgruppen und neue Konstruktionsprinzipien (geriatrische DRGs, Frühreha-DRGs). Dieses G-DRG-System wurde zusammen mit den ebenfalls veränderten Abrechnungsregeln vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) im Rahmen der zweiten DRG-Ersatzvornahme (Krankenhausfallpauschalenverordnung 2004) festgelegt, da die Selbstverwaltung erneut das Scheitern erklärt hat. Mit den Veränderungen im System wurde insbesondere die Abbildung der onkologischen Leistungen, der Transplantationsmedizin sowie weiterer Bereiche erheblich verbessert. Die erhebliche Differenzierung der Beatmungsgruppen trägt der aufwändigen Intensivtherapie von beatmeten Patientinnen und Patienten besser als bisher Rechnung.

In der Gesamtbewertung muss allerdings festgestellt werden, dass trotz verbesserter Leistungsabbildung das Ziel einer sach-

gerechten Abbildung und Finanzierung der Krankenhausleistungen noch nicht erreicht ist. Ursächlich hierfür ist sicherlich zum Teil auch die noch eingeschränkte Qualität der Kostenkalkulationsdaten aus den 137 an der Kalkulation beteiligten deutschen Krankenhäusern. Die meisten Krankenhäuser benötigen noch mehr Zeit, um sukzessive ihre Kostenrechnung auf eine Kostenträgerrechnung umzustellen und die Kalkulationsgrundlage so zu verbessern. Darüber hinaus können viele Leistungen noch nicht richtig abgebildet werden, da die OPS-Kodes nicht spezifisch genug sind oder die Krankheiten nicht ausreichend über die ICD-10-Kodes abgebildet werden können. Das in der DRG-Kalkulation verwendete Einhausmodell vermischt Fälle aus unterschiedlichen Leistungsbereichen und Versorgungsstufen und führt so zu einer nicht sachgerechten Bewertung von Leistungen, die in spezialisierten Bereichen anders und aufwändiger erbracht werden. Auch die Abbildung innovativer Verfahren erfolgt noch nicht zeitnah im DRG-System.

Das bisher vorliegende System ist nach Meinung der Autoren noch nicht geeignet, um hiermit in die Konvergenzphase mit erheblicher ökonomischer Wirkung ab 2005 einzusteigen. Der Einstieg in die Konvergenzphase sollte allerdings nicht verschoben werden, eine Anpassung der ökonomischen Regeln zur Umsetzung der Konvergenzphase unter Berücksichtigung der bisher erreichten Güte des DRG-Systems wäre sehr zu empfehlen.

Innovation

Ein weiteres Problem stellt die Einführung innovativer diagnostischer oder therapeutischer Verfahren dar, die mit Mehrkosten im Vergleich zu den zuvor durchgeführten Verfahren verbunden sind. Im bisherigen Finanzierungssystem konnten solche Verfahren durch unterschiedliche Leistungsvergütungen im Rahmen eines Gesamtbudgets häufig quersubventioniert werden. Seit der strafferen Budgetierung von Krankenhäusern war dies aber auch nicht mehr in dem Umfang möglich wie in der Vergangenheit. Ein aktuelles Beispiel ist die Einführung des mit Medikamenten beschichteten Koronarstents, dessen Implantation mit erheblichen Mehrkosten verbunden ist. Nur ein kleiner Teil der kardiologischen Fachabteilungen kann diesen Stent überhaupt verwenden und dann auch nur in sehr begrenztem Umfang. Auch wenn zumindest 2004 die Leistungen damit noch nicht zusätzlich finanziert werden (Budgetneutralität), ist die Definition eines Zusatzentgelts daher eine begrüßenswerte Entscheidung des BMGS. Im G-DRG-System werden die Vergütungen immer einen sehr stren-

gen Bezug zur erbrachten Leistung, also zu der einer Kalkulationsstichprobe innerhalb einer DRG zugrunde liegenden Leistungssituation haben. Dabei sind künftige, zum Zeitpunkt der Kalkulation noch nicht angewendete Verfahren, die dann im Rahmen der Anwendung mit Mehrkosten belastet sind, nicht berücksichtigt. Man muss befürchten, dass in der Grauzone der Definition einer innovativen Leistung und der Beantwortung der Frage, welche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen und welche nicht, die für die Finanzierung solcher Leistungen vorgesehene Öffnungsklausel nach § 6.2 KHEntgG nur sehr begrenzt zur Anwendung kommt. Es muss kurzfristig ein Verfahren zur strukturierten Einführung innovativer Diagnostik und Therapie ohne Zeitverzögerung entwickelt und etabliert werden.

Bewertung

Mit diesem umfangreichen an deutsche Verhältnisse angepassten und auf deutschen Daten basierenden G-DRG-System steht erstmalig eine deutsche DRG-Variante zur Ver-

Steriset sperrt ab – serienmäßig

Ein „Besetzt“-Schild an einem Steril-Container ist schnell mal übersehen, versehentliches Öffnen ist dann nicht auszuschließen.

Darum verlässt sich Steriset nicht nur auf einen optischen Hinweis, sondern schiebt – einzigartig und patentiert – einen richtigen Riegel vor. Und das auch noch vollautomatisch und ohne Plastikabfall.

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie uns an oder besuchen Sie unsere Website. Wir beraten Sie gerne und kompetent.



steriset
Konsequent sicher.

CE Qualitätsmanagement-System
DIN EN ISO 9001/DIN EN 46001

Wagner GmbH · Fabrik für medizinische Geräte · Schulstraße 16 a · D-80634 München
Tel. (0 89) 12 11 01-0 · Fax (0 89) 13 30 99 · www.wagner-steriset.de

fügung, die den Namen „German-DRGs“ verdient. Trotz der noch ansatzweise aufgezeigten Schwächen verfügt das Gesundheitswesen in Deutschland damit über eine Grundlage, auf der die breite Anwendung einer pauschalierten Vergütung von Krankenhausleistungen in allen Krankenhäusern im Jahr 2004 kritisch erprobt werden kann. Hierbei lassen sich dann noch bestehende Schwächen in der praktischen Anwendung aufdecken und in die weitere Anpassung des G-DRG-Systems einbringen.

Das InEK und das DIMDI haben bewiesen, dass sie in der zur Verfügung stehenden Zeit sehr konstruktiv mit den zuvor insbesondere durch medizinische Fachgesellschaften aufgezeigten Problemen umgehen können. Sicherlich wurden dabei aus Sicht der Fachgesellschaften noch nicht alle Probleme gelöst. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Probleme teilweise nicht auf der Basis harter Daten benannt werden konnten, sondern sich auf Vermutungen stützten. Letztendlich ist bei jeder Kritik am G-DRG-System zu berücksichtigen, dass die Problematik auch an den im InEK vorliegenden Kalkulationsdaten nachvollziehbar sein muss. Die dafür notwendigen Daten werden im Rahmen der G-DRG-Fallkostenkalkulation von den freiwillig an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern bereitgestellt. Diese Krankenhäuser haben ausgezeichnete Arbeit geleistet! Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, dass nur in einem Teil der Krankenhäuser die patientenbezogenen Leistungs- und Kostendaten so detailliert vorliegen, dass valide Kosten pro Fall kalkuliert werden können. Ein Großteil der Kosten wird noch über Belegungstage oder andere Verrechnungsschlüssel den Fällen zugewiesen, was die Ergebnisqualität einschränkt. Die Tatsache, dass die Teilnahme an der Kalkulation freiwillig ist und zumindest derzeit noch nicht honoriert wird (kein finanzieller Ausgleich der Mehraufwendungen), wird wahrscheinlich dazu führen, dass die Kalkulationsstichprobe von Jahr zu Jahr schwankt. An der zweiten Kalkulationsrunde haben sich mehr Krankenhäuser beteiligt als an der ersten Runde. Nicht alle Krankenhäuser, deren Daten für die Kalkulation des ersten DRG-Systems herangezogen wurden, sind auch noch in der zweiten Stichprobe enthalten. Die Motivation vieler Einrichtungen zur Beteiligung an der Kalkulation wird nicht die Verbesserung des Vergütungssystems, sondern vielmehr die Schaffung interner Kostentransparenz sein. Ist diese Transparenz ausreichend vorhanden, werden sich die kalkulierenden Krankenhäuser gut überlegen, ob sie sich dem Aufwand einer jährlichen Kalkulation stellen wollen oder ob sie das eine oder andere Jahr auslassen, weil es keine neuen hausinternen Erkenntnisse bringt und auch nicht finanziert wird. Sehr zu empfehlen wäre es deshalb, die Krankenhäuser bei der Kalkulation finanziell zu unterstützen und diese Unterstützung an Kriterien der Datenqualität zu knüpfen.

Wie schon dargestellt, muss auch das Regelwerk zur Durchführung der DRG-Kalkulation kritisch überdacht werden. Bedauerlicherweise ist dieses Regelwerk nur in Teilen transparent. Insbesondere die Kalkulation nach dem so genannten Einhausmodell scheint nicht dauerhaft sinnvoll zu sein, wenn eine sachgerechte Leistungsfinanzierung das Ziel ist. Derzeit werden nach den vorliegenden Infor-

mationen nur Gesamtfallkosten bei der Berechnung der Homogenitätskennziffern berücksichtigt. Auch dadurch geht die Spezialisierung systematisch im „Grundrauschen“ der Gesamtkalkulationsstichprobe unter.

Da trotz der vielfältigen Verbesserungen das Ziel einer hinreichend sachgerechten Vergütung auf Basis der DRGs und der existierenden Zusatzentgelte noch nicht erreicht ist, muss über den Start der Konvergenzphase unter Berücksichtigung der derzeit geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen diskutiert werden. Die bisherigen Ergebnisse der Prüfung des 2004 anzuwendenden Systems zwingen zu der Feststellung, dass ein Start in die Konvergenzphase schon im Jahr 2005 mit erheblichen ökonomischen Auswirkungen für einen großen Teil der deutschen Krankenhäuser einhergehen wird: Es würden Fehlverteilungen in kaum abschätzbarer Größenordnung resultieren.

Eine Verschiebung der Konvergenzphase scheint jedoch nicht empfehlenswert, da hiermit die Anreize zur Effizienzsteigerung reduziert würden. Allerdings wäre unter Berücksichtigung der noch bestehenden erheblichen Abbildungsschwächen eine Streckung der Konvergenzphase mit einer anders als bisher vorgesehen Abstufung eine denkbare Option. Vorstellbar wäre eine Abstufung, deren Schritte sich an der Qualität des Klassifikationssystems hinsichtlich der sachgerechten Abbildung von Behandlungsleistungen orientieren. Sollte am bisher gültigen DRG-Einführungsplan festgehalten werden, werden zumindest Spezialkliniken und ein großer Teil der Maximalversorger ab 2005 in eine wirtschaftliche Lage geraten, die eine adäquate Patientenversorgung beeinträchtigt.

Literatur

- 1) Roeder, N.; Bunzemeier, H.; Juhlke, S.; Karzauninkat, A.; Rochell, B.: Kalkulation von Zusatzentgelten und Vergütungsforderungen für nicht bewertete G-DRGs, das Krankenhaus, 12/2003, Seite 999 ff.
- 2) Rau, F.: Fallpauschalenverordnung für das Jahr 2004 verkündet, das Krankenhaus, 11/2003, Seite 846 ff.
- 3) Hansen, U.; Leciejewski, S.: Die Überlieger passen nicht so recht in die Bilanz. Bilanzierung und Zwischenrechnungen von Leistungen an Patienten, die über den Stichtag hinaus im Krankenhaus bleiben, f&w 1/2004, Seite 34 ff.
- 4) Roeder, N.; Rochell, B.: G-DRG-System – Anpassungsnotwendigkeiten aus medizinischer Sicht, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H.; (Hrsg.), Krankenhausreport 2003, Schattauer Verlag Stuttgart, Seite 69 ff.

Anschrift der Verfasser:

PD Dr. Norbert Roeder/
Holger Bunzemeier/
Dr. Stefan Glocker,
Universitätsklinikum Münster,
DRG-Research-Group,
Domagkstraße 20, 48129 Münster,
E-Mail: nr@smc.uni-muenster.de ■