

Zur Einführung von DRGs an deutschen Krankenhäusern

Susann Breßlein

Ab dem 1.1.2004 werden die diagnosebezogenen Fallpauschalen nach dem Muster des australischen Gruppierungs- und Klassifikationssystems in Deutschland eingeführt. Zur Hilfe bei der Umstellung bieten die Landeskrankenhausgesellschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit ihrer Tochtergesellschaft DKTIG und dem Vertragspartner IMC, Institut für medizinisch-ökonomisches Consulting, ein Projekt zur Abbildung der Leistungsstrukturen von Krankenhäusern durch DRG-Systeme an. Im Jahr 2000 haben sich 852 Krankenhäuser an dem Projekt beteiligt. Inwieweit die ermittelten virtuellen DRG-Erlöse die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Krankenhauses decken, wird sich erst zeigen.

Engl. Abstract – Starting on 1.1.2004 the AR-DRG-System (Australian Refined-Diagnosis Related Groups) will be introduced in Germany. To ease the changeover Landeskrankenhausgesellschaft and Deutsche Krankenhausgesellschaft (state and country wide bodies representing the interests of the hospitals) together with a subsidiary and IMC (medical-economic-consulting institute) are offering a project, in which the services of a hospital are modelled in a DRG-based system. In 2000, 852 hospitals participated in this project. Whether the virtually determined income within the DRG-System could cover the real costs of the participating hospital is still a matter to be determined.

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde im November/Dezember 1999 mit den Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes viel mehr auf den Weg gebracht, als in der Öffentlichkeit und (leider) auch in deutschen Krankenhäusern zur Zeit bewußt ist:

Ein komplett neues Finanzierungs-

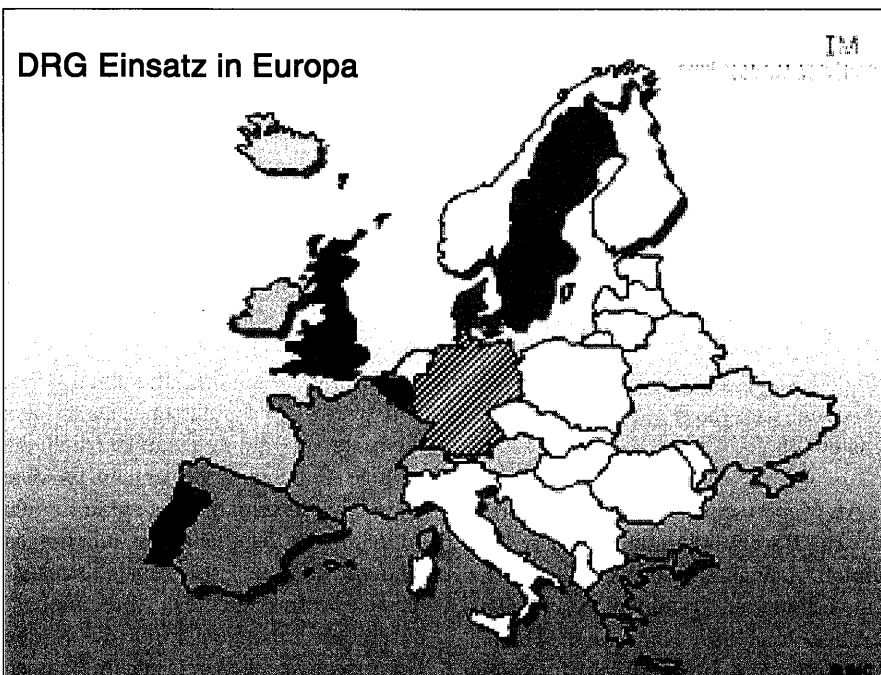
system der Krankenhäuser auf der Basis von diagnosebezogenen (Diagnosis Related Groups, DRG) Fallpauschalen wird ab dem 1.1.2004 (in der Gesundheitsreform war noch der 1.1.2003 vorgesehen) eingeführt. Damit gehört Deutschland im westlichen und mittleren Europa zu den letzten Staaten, die ein solches System einführen.

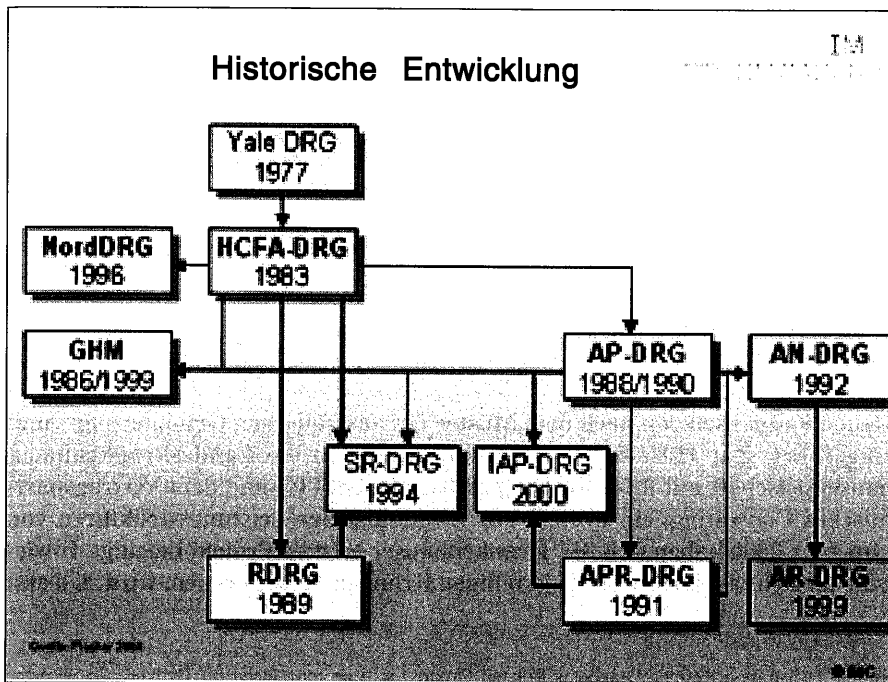
Wenige Tage vor Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Frist haben sich die Selbstverwaltungspartner auf das australische AR-DRG-System (Australian Refined DRG) als Basis für Deutschland geeinigt. Dabei fiel **lediglich die Entscheidung für ein Gruppierungs- und Klassifikationssystem und nicht für ein Finanzierungssystem**, wie oft vermutet wird, wenn Vergleiche zwischen Australien und Deutschland als nicht zulässig erkannt werden.

In der Entscheidung waren am Ende außerdem das amerikanische AP-DRG-System (All Patient-DRG) und das französische GHM-System (Groupes Homogènes de Malades). Beide gehören jedoch früheren DRG-Generationen an, während das AR-DRG-System zur neuesten Generation gehört.

Die Australier haben 1992 mit ihrem AN-DRG-System (Australian DRG) begonnen und inzwischen das verfeinerte System eingeführt, das mit Fug und Recht von denjenigen, die in Deutschland die Entscheidung zu treffen hatten, und denen, die sie vorbereiteten, zu dem ausgereiftesten und besten System zur Darstellung der Leistungen bundesdeutscher Krankenhäuser ausgewählt wurde.

DRG Einsatz in Europa





All diese DRG-Systeme stammen ursprünglich von den in Yale entwickelten DRGs ab. Da es inzwischen eine Reihe von Generationen gibt, sind einfache Vergleiche zwischen ihnen nicht mehr statthaft.

Das verfeinerte australische System zeichnet aus, dass es ihm gelingt, die Schweregrade nicht nur in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose zu sehen, sondern dass es über einen Algorithmus gelingt, jeder Nebendiagnose in Abhängigkeit von der jeweiligen Hauptdiagnose eine Auswirkung auf den ökonomischen (Comorbidity or Complication List, CCL) und einen klinischen Schweregrad (Patient Clinical Complexity List, PCCL) zuzuordnen. Es gibt sowohl AR-DRGs, die keine Schweregradunterscheidung aufweisen (man erkennt sie an dem Endbuchstaben "Z") als auch DRGs, die bei gleicher Basis-DRG eine Auffächerung nach (ökonomischen) Schweregraden (man erkennt sie an den Endbuchstaben "A" bis "D") vornehmen. Innerhalb der ökonomischen Schweregrade gibt es dann die klinischen Schweregrade, die bei gleicher DRG, d.h. bei gleichem Preis, eine Auffächerung von max. 0 bis 4 ermöglichen.

Zur Verdeutlichung mag folgendes Beispiel dienen:

Die Nebendiagnose „akute respiratorische Insuffizienz“ bewirkt einen Schwere-

grad (CCL) von 2, d.h. mittlere Komplikation und Komorbidität, wenn sie mit der Hauptdiagnose des Schlaganfalls auftritt. Die gleiche Nebendiagnose führt bei der Störung kranialer und peripherer Nerven zu einem Schweregrad (CCL) von 3, d.h. schwerwiegende Komplikation und Komorbidität.

Dieses Beispiel zeigt sehr schön, dass es mit dem AR-DRG-System gelingt, ökonomische Schweregrade, die sich am Ressourcenverbrauch orientieren, zu differenzieren, je nachdem welche Hauptdiagnose vorliegt.

Nicht nur die ökonomisch Verantwortlichen der Krankenhäuser, sondern auch die Mediziner finden sich in diesem System wieder. Sie können über die klinischen Schweregrade, die ebenfalls die Nebendiagnosen unter Beachtung der Hauptdiagnose berücksichtigen, ihr Leistungsspektrum beschreiben. Die klinischen Schweregrade ergeben >2000 Möglichkeiten, die in Australien zu 661 abrechenbaren ökonomischen Fallpauschalen führen.

Als Manko sehen die Australier selbst, dass die Berücksichtigung der durchgeführten Maßnahmen (Prozeduren) in ihrem verfeinerten System nicht genügend berücksichtigt wird. Nur eine, die Hauptprozedur, geht in die Ermittlung des

Schweregrades ein, während sämtliche Nebendiagnosen je nach Hauptdiagnose Einfluß haben können.

Die Beschreibung des Leistungsspektrums eines Krankenhauses – oder anders ausgedrückt, dessen „Produkte“ – gelingt mit dem australischen System ausgezeichnet. Das bedeutet nicht, dass die 661 australischen Fallpauschalen ohne Korrektur auf Deutschland übertragbar sind. Wie oben dargestellt, beinhaltet jede dieser Fallpauschalen – basierend auf der Hauptdiagnose, den Nebendiagnosen und der Hauptprozedur – einen ökonomischen Schweregrad, der den homogenen Ressourcenverbrauch widerspiegeln soll. Es ist wahrscheinlich, dass sich bei der anstehenden Überprüfung herausstellt, dass sich aufgrund deutscher Verhältnisse andere Aufspaltungen von DRGs ergeben als in Australien. Es kann sowohl passieren, dass eine australische DRG wegen gravierender Unterschiede im Ressourcenverbrauch in Deutschland in zwei oder mehr aufgespalten werden wird, oder dass umgekehrt DRGs, die in Australien eine Aufspaltung haben, in Deutschland unter einer Fallpauschale zusammengefaßt werden.

Wichtig dabei bleibt, dass die klinischen Schweregrade erhalten bleiben, lediglich die Abrechnungspreise aufgrund des Ressourcenverbrauches werden differenziert oder vereinheitlicht.

Die Basis dafür, dass für einen Patienten eine möglichst korrekte Fallpauschale abgerechnet wird, ist die umfassende Codierung der Diagnosen und Prozeduren. Nur so wird es gelingen, ein zutreffendes Abbild der Geschehnisse einer Fachabteilung zu liefern. Die Zeiten, in denen in den Arztbriefen und in der Patientenakte alles aufgeführt war, „die Verwaltung“ jedoch nur einen Bruchteil der Informationen erhielt, sollten längst vorbei sein. Ohne umfassende Daten kann die beste Verwaltung zukünftig nicht die richtige Abrechnung vornehmen. Es sollte allen bewußt sein, dass es zukünftig die Ärzte mit der Qualität ihrer Codierungen sind, die über die Erlöse eines Krankenhauses bestimmen. Die Abrechnungsparameter entstehen durch die in den Grouper eingegebenen Daten im Rahmen

des Gruppierungs-Algorithmus. Der Ressourcenverbrauch, d.h. der ökonomische Schweregrad spiegelt sich in der DRG wider, der PCCL gibt innerhalb ein und desselben ökonomischen Schweregrades den klinischen Schweregrad an. Als Beispiel mögen die Schlaganfälle dienen: Ein Krankenhaus kann Schlaganfallpatienten der DRGs B70A bis B70D haben. Innerhalb dieser vier DRGs kann (und wird es) Patienten mit unterschiedlichen PCCLs geben

Um zu vermeiden, dass über Optimierungs-Programme die „besten“ Codierungen gefunden werden, gibt es seit einigen Monaten die allgemeinen Codierrichtlinien, die in Kürze durch die speziellen Regelungen ergänzt werden. In beiden Vorgaben ist klar definiert, wann welche Codierung verwandt werden darf und wann nicht. Damit soll verhindert werden, dass Haupt- und Nebendiagnosen solange „ausprobiert“ werden, bis es zu einem „optimalen“ Erlös kommt. Die aktuellen Gesetzentwürfe der Bundesregierung sehen Überprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen vor, um ein „Upcoding“ zu verhindern und stellen es unter Strafe.

Die Entscheidung für das australische AR-DRG-System erlaubt es den deutschen Krankenhäusern mit der Nebenbedingung, dass die endgültige deutsche Fassung noch nicht vorliegt, bereits im Groben, ihre Leistungsseite unter DRG-Bedingungen zu überprüfen und vor allen Dingen die Codierungsqualität ihrer Ärzte zu hinterfragen.

Die Landeskrankengesellschaften und die Deutsche Krankengesellschaft haben deshalb frühzeitig beschlossen, den deutschen Krankenhäusern Hilfe bei der Umstellung auf den Systemwandel und der Beantwortung der Fragen der Leistungsseite anzubieten. Sie haben mit ihrer Tochtergesellschaft DKTIG ein Projekt zur Abbildung der Leistungsstrukturen von Krankenhäusern durch DRG-Systeme mit dem Vertragspartner IMC, Institut für medizinisch-ökonomisches Consulting (www.imc-net.de), aufgelegt.

Dabei wurden die in den Krankenhäusern (besser: in der Verwaltung) vorhan-

denen oder nacherfassten (Geburtsgewichte, Beatmungsstunden) Daten verwendet und in einen australischen Grouper eingegeben. Über sogenannte „Mapping-Tabellen“ wurden die deutschen Kodierungen für den australischen Grouper verwendbar gemacht. Die Eingruppierungsergebnisse ergeben sich aus den australischen Vorgaben. Wenn zum Beispiel keine Geburtsgewichte ermittelt werden können, kommen die Neugeborenen in die DRG mit dem geringsten Schweregrad (>2499 g). Patienten aus Krankenhäusern oder Abteilungen, die der PsychPV unterliegen, werden definitionsgemäß nicht gruppiert, da auf sie das DRG-System keine Anwendung finden wird.

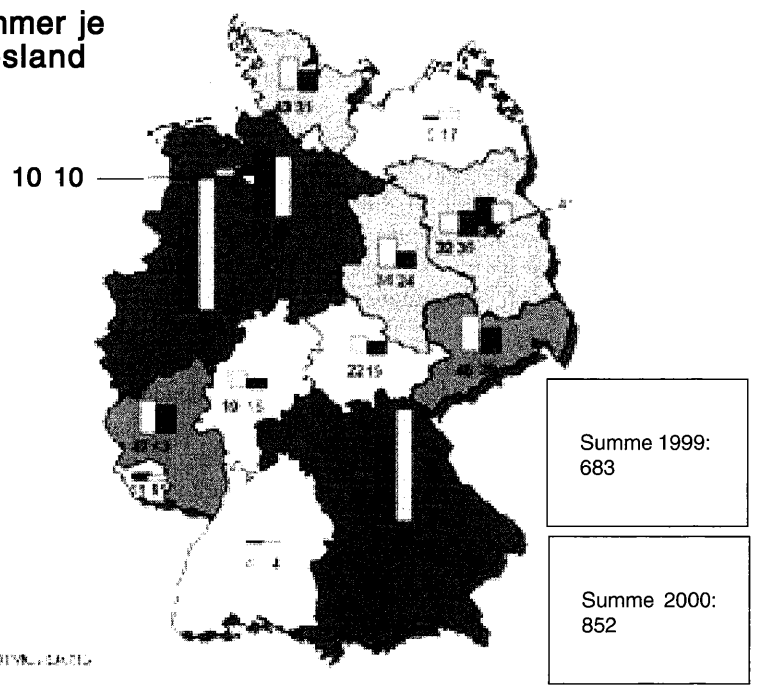
Da es in Deutschland bislang noch keine Kostengewichte je DRG gibt, wurde auf die australischen zurückgegriffen. Die oft genannten kulturellen Unterschiede bzw. die Unterschiede in den Liegezeiten zwischen Deutschland und Australien drücken sich nicht bei der Eingruppierung aus, wohl aber eventuell bei den in Deutschland noch zu ermittelnden Kostengewichten. Der relative Ressourcenverbrauch je DRG ist für Deutschland einfach noch nicht bestimmt.

Für die knapp 700 Krankenhäuser, die

ihre Daten des Jahres 1999 über die Rahmenvereinbarung der Krankengesellschaften und IMC haben gruppieren lassen, und die knapp 900 Krankenhäuser, die dies mit den Daten des Jahres 2000 getan haben, liegen die Ergebnisse inzwischen vor. Für alle Führungskräfte im Krankenhaus lassen sich hervorragende Schlüsse über den eigenen Codierungsumfang im Verhältnis zu den anderen und das eigene Leistungsspektrum im Vergleich zu der großen Zahl der teilnehmenden Häuser ziehen.

Die Aussagen zu den virtuellen DRG-Erlösen sind jedoch vorsichtig zu bewerten, basieren sie doch auf den von den Krankenhäusern gemeldeten vereinbarten Erlösen auf der LKA-Basis, der sich daraus ergebenden Baserate (Basisfallwert für einen Fall mit dem Kostengewicht 1,0) sowie den australischen Kostengewichten. Das zukünftige DRG-Erlösbudget wird sich aus der Multiplikation des Casemix, der Fallschwere, des einzelnen Krankenhauses mit dem Basisfallwert errechnen. Für beide Faktoren fehlen zur Zeit in Deutschland noch die Grundlagen. Der Casemix, basierend auf deutschen Verhältnissen, kann erst nach der Ermittlung der deutschen Kostengewichte ermittelt werden. Der Basisfallpreis wird als politischer Preis festgelegt werden.

Teilnehmer je Bundesland



Auch wenn die Aussagen über die zukünftigen Erlöse mit größter Vorsicht zu werten sind und potentielle Gewinner und Verlierer sich daraus nicht detailliert ableiten lassen, so gibt die Gleichartigkeit des verwendeten Verfahrens bei einer derartig großen Anzahl von Krankenhäusern bereits wertvolle Handlungshinweise.

Wichtig für die Krankenhäuser wird aber nicht nur sein, ihr Leistungsspektrum viel besser als jemals zuvor beschrieben zu haben und ein mit Vorsicht zu genießendes virtuelles DRG-Budget errechnet zu haben, sondern vor allen Dingen die Ermittlung der tatsächlichen Kosten je DRG.

Jedes Krankenhaus muß für sich im Rahmen einer Kostenträgerrechnung – wobei Kostenträger nicht der einzelne Patient sein muß, sondern die einzelne DRG – seine Kosten ermitteln. In dem Moment, in dem für Deutschland die Kostengewichte ermittelt sind, ist dann im Rahmen der Prognose eines Basisfallwertes der Vergleich zwischen den eigenen Kosten und den erwarteten Erlösen möglich.

Wenn die Codierungen so gut sind, dass daran der zukünftige Erlös nicht leidet, dann muß sich das Augenmerk auf die Kostenbestandteile richten. Das hierfür von KPMG vorgelegte Kalkulationshandbuch gibt dazu entsprechende Hinweise. Die Aufteilung der australischen Kostengewichte in ihre Kostenbestandteile (zum Beispiel die pflegerischen Anteile) sind im Internet nachlesbar: www.health.gov.au/casemix/index.htm. Für Deutschland sind sie sowohl im einzelnen Krankenhaus als auch als Bundes- oder Landesvorgabe noch zu ermitteln.

Das Fazit ist relativ einfach: die Krankenhäuser, die mit ihren Daten 1999 und 2000 am DKTIG-IMC-Projekt teilgenommen haben, wissen inzwischen ziemlich genau um ihr Leistungsspektrum und die möglicherweise zu verbessernden Codierungen. Dabei wurden die deutschen Patientendaten, soweit sie vorlagen, verwandt und in den australischen Grouper eingegeben. Das Resultat waren Eingruppierungen auf australischer

Basis mit australischen Kostengewichten. Da die deutschen Verweildauern verwendet wurden, sind die Auf- und Abwertungen bei Verweildauerausreißern nach oben oder unten auf Basis deutscher Daten erfolgt. Die virtuellen Erlöse und die rechnerische Ermittlung der Basisfallwerte beruhen auf deutschen LKA-Daten (Vereinbarungsspalte).

Inwieweit die ermittelten virtuellen DRG-Erlöse die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Krankenhauses decken, ist eine spannende Frage, der sich jedes Krankenhaus jetzt schnellstens widmen muß, indem es zunächst einmal seine Kostenrechnung entsprechend vorbereitet.

Erst wenn die deutschen Kostengewichte für ein deutsches DRG-System ermittelt sind und die Krankenhäuser ihre eigenen Kosten und ihr Leistungsspektrum kennen, lassen sich Aussagen darüber treffen, welches die „besten“ Patienten für ein Krankenhaus sind. Während bei tagelangen Pflegesätzen oder bei Fallpauschalen, die keine Schweregradunterschiede machen, der Patient umworben wird, der bei definierten Erlösen die wenigsten Kosten verursacht, wird sich dies mit Sicherheit in Zukunft ändern. Die Daten der Patienten, die „nicht sehr krank sind und niedrig therapiert werden“, führen zukünftig bei korrekter Ermittlung zu einem geringen Kostengewicht und damit zu einem niedrigen Erlös. In Krankenhäusern, die aufgrund ihrer Infrastruktur hohe Vorhaltungskosten haben, werden diese Patienten nicht mehr „erwünscht“ sein, da sie ein Bett blockieren, ohne den entsprechend hohen Beitrag zur Deckung der Fixkosten zu liefern.

Wenn zukünftig wirklich die Krankenhauserlöse den Aufwand der Patienten widerspiegeln, dann wird der Patient für ein Krankenhaus interessant, bei dem die aufzuwendenden Kosten unter den möglichen Erlösen liegen und ein genügend großer Beitrag zur Deckung der Fixkosten erzielt wird.

Zwei Nachfragen an Susann Breßlein:

PfleGe: Welche Software wird für die Verschlüsselung von Daten benötigt? In welchem Umfang verfügen Ihrer Kennt-

nis nach Kliniken heute schon über diese Software?

Susann Breßlein: Die Krankenhäuser kodieren nach den in Deutschland vorgegebenen Diagnosen- und Prozeduren-Katalogen, die sicherlich in jeder Krankenhaus-Software enthalten sind. Dazu gibt es Kodierhilfen für die Mediziner, die ebenfalls in den meisten Krankenhäusern vorhanden sein dürften. Mehr benötigen die Krankenhäuser zur Zeit nicht. In der Zukunft werden sie selbstverständlich den noch zu entwickelnden deutschen Grouper benötigen. Es ist davon auszugehen, dass die Software-Lieferanten diesen in ihre Krankenhaussoftware einbinden werden.

Die Verschlüsselung der Daten zur gefahrlosen Versendung an IMC erfolgt mit einer von IMC zur Verfügung gestellten Software.

PfleGe: Wie wird die Ressource der pflegerische Versorgung von Patienten in Zukunft berechnet werden? Welche Rolle können Pflegediagnosen dabei nach Ihrer Auffassung spielen?

Susann Breßlein: Die pflegerische Versorgung wird bei den jetzt anstehenden Berechnungen der deutschen Kostengewichte mit eingehen. Das von KPMG vorgelegte Kalkulationshandbuch gibt dazu detaillierte Hinweise. Die australischen Kostengewichte beinhalten natürlich die pflegerischen Anteile aufgrund der australischen Ressourcenverbräuche. Diese sind im Internet nachzulesen.

Wieweit pflegerische Diagnosen zukünftig eine Rolle spielen können, ist beim aktuellen Stand der Entwicklung reine Spekulation.

Dr. Susann Breßlein
Klinikum Saarbrücken
Winterberg 1
66 119 Saarbrücken
bresslein@klinikum-saarbruecken.de