

Zusammenfassung

Mit der Einführung des DRG-Systems erfolgt in Deutschland ein grundlegender Wechsel in der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen von einer Abschlagszahlung auf vereinbarte Budgets hin zu einer leistungsadäquaten Vergütung der Einzelfälle mit einheitlichen Preisen. Das aus Australien übernommene und an deutsche Verhältnisse anzupassende AR-DRG-System soll die Grundlage dazu bereitstellen, Patienten nach ihrer medizinischen Indikation, den Behandlungsaufwand bestimmenden Begleitumständen und der durchgeführten Therapie in eine Fallgruppe einzuordnen, der ein den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch ausdrückendes Relativgewicht zugewiesen ist. Mit dem neuen Vergütungssystem auf DRG-Basis wird die Hoffnung auf mehr Transparenz und Leistungsgerechtigkeit der Vergütung und damit eine Steigerung der Effizienz des Mitteleinsatzes in den Krankenhäusern verbunden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft steht der Einführung des DRG-Vergütungssystems durchaus positiv gegenüber, da allen Beteiligten klar ist, dass das System der Fortschreibung gedeckelter Budgets an seine Grenzen gestoßen ist. Die Umstellung muss aber zeitlich mit der Entwicklung des Reifegrades aller Systemkomponenten kongruent verlaufen, damit keine negativen Auswirkungen auf die stationäre Versorgung eintreten. Das australische Klassifikations- und Bewertungssystem wurde für 2004 zum ersten Mal auf die deutschen Verhältnisse angepasst. In einigen Bereichen, insbesondere bei hoch spezialisierten Behandlungen, werden die Leistungs- und Aufwandsunterschiede jedoch noch nicht adäquat abgebildet. Außerdem erreicht die Qualität der Datenbasis für die Systementwicklung, die Kalkulations-

Abstract

The implementation of the DRG system in Germany represents a fundamental change in the accounting of hospital services from a partial payment of negotiated budgets to an effective reimbursement of individual cases with uniform prices. The Australian AR-DRG system adapted to the German reality is supposed to provide the basis for classification of patients according to their medical indication, the concomitant circumstances causing the expenditure of their treatment and the administered therapy into groups to which are assigned cost weights expressing the average resource consumption. With the new reimbursement system based on DRGs is connected the expectation of more transparency and fairer remuneration and therefore an increasing efficiency in the utilisation of resources in hospitals.

The German Hospital Federation welcomes the implementation of the DRG reimbursement system because all parties involved have realized that the system of inflexible budget ceilings has no future. However, the conversion has to proceed in time according to the development of the stage of maturation of all components of the system to prevent negative effects on the inpatient health care system. The Australian classification and rating system was for the first time adapted to the German circumstances in 2004. In some areas however, particularly in the case of highly specialised treatments, the differences in the degrees of service and expenditure are not represented appropriately. Furthermore, the quality of the pool of data used for the development of the system, the results of the cost calculations in a selection of hospitals, achieves the required standard only step by step. The field of dermatology, for instance, shows that the dif-

Institutsangaben

Klinikum Mannheim gGmbH

Anmerkung

W. Pföhler ist gewewärtig 1. Vorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Kfm. W. Pföhler · Geschäftsführer der Klinikum Mannheim gGmbH · Postfach · 688135 Mannheim · E-mail: karen.grenner@verw.ma.uni-heidelberg.de

Bibliografie

Akt Dermatol 2004; 30: 267–270 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2004-825703 · ISSN 0340-2541

ergebnisse einer Auswahl von Krankenhäusern, nur schrittweise das erforderliche Niveau. Anhand des Bereichs der Dermatologie lässt sich exemplarisch zeigen, dass durch die Unterschiede im Versorgungssystem in Australien und den USA gegenüber Deutschland eine umfassende Revision des DRG-Systems notwendig war und weitere Anpassungsschritte folgen müssen.

ferences in the systems of medical care in Australia und the USA on one hand and in Germany on the other hand required an extensive revision of the DRG system and that further steps of adaption have to follow.

Abkürzungen

DRG: Diagnoses Related Groups

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

Ziele

Die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom Dezember 1999 mit dem neu eingefügten § 17b KHG eingeleitete Einführung eines DRG-Systems verfolgt das Ziel, die über ein Klassifikationssystem definierten stationären Leistungen der Krankenhäuser über landesweit einheitliche Preise zu vergüten. Damit hat der Gesetzgeber mit seiner Ausgestaltung der DRG-Einführung als Vergütungssystem einen Anspruch gesetzt, der über den Rahmen, in dem in anderen Ländern vergleichbare Systeme angewandt werden, wo sie in der Regel nur als ein durch ergänzende Elemente flankiertes Instrument zur Budgetfestlegung dienen, weit hinausgeht. Mit diesem Schritt wird eine Umwälzung in der Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland vollzogen, bei der die Gewinn- oder Verlustsituation bei den einzelnen behandelten Fällen, die nicht mehr wie bisher unter der Perspektive einer bloßen Abschlagszahlung auf ein Budget gesehen werden können, zukünftig über die Finanzierung der Krankenhäuser entscheidet.

Der Zeitplan für den Vollzug dieses Wandels ist ehrgeizig gewählt. Nach einer Anwendung des DRG-Systems auf freiwilliger Basis im Jahre 2003, dem so genannten „Optionsjahr“, ist 2004 das erste Jahr seiner obligatorischen Einführung. In diesem Jahr entfaltet es jedoch noch nicht seine Wirkung als Vergütungssystem, da die Finanzierung des Krankenhauses weiterhin im Rahmen eines vereinbarten Budgets erfolgt und die DRGs wie unter den alten Bedingungen nur Abschlagszahlungen darauf darstellen. Die Verrechnung des individuellen Krankenhausbudgets mit den im Klassifikationssystem einheitlich bewerteten Leistungen erfolgt über den aus diesem durch Division mit der vereinbarten Leistungsstruktur abgeleiteten Basisfallwert als Multiplikationsfaktor. Dieser für das einzelne Krankenhaus geltende Basisfallwert soll ab dem Jahr 2005 schrittweise an einen zu verhandelnden und zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwert auf Bundeslandebene angeglichen werden. Der Gesetzgeber sieht bisher dazu drei Anpassungsstufen von jeweils einem Drittel der Differenz zwischen krankhausindividuellem und Landesbasisfallwert in den Jahren 2005 bis 2007 vor, so dass 2007 bereits das Niveau gleicher Preise für durch das Klassifikationssystem definierte Leistungen erreicht wäre.

Da auch unter den optimistischsten Annahmen niemand davon ausgehen kann, dass alle kostenrelevanten Leistungsunterschiede durch ein in seiner Ausdifferenzierung noch handhabbares

Klassifikationssystem abgebildet werden können, sind ergänzende Vergütungselemente unverzichtbar. Die rechtliche Ausgestaltung der Einführung des DRG-Systems sieht dazu einzelne Zu- und Abschläge für finanzierungsrelevante Struktur- und Leistungselemente der stationären Versorgung, Zusatzentgelte für aufwändige Leistungskomplexe oder teure Sachgüter, die nicht unmittelbar mit der Definition einzelner DRGs verknüpft sind, sowie die Möglichkeit vor, durch die Systementwicklung noch nicht sachgerecht abbildbare Fallgruppen oder durch ihr Patientenspektrum von der durchschnittlichen Versorgungsrealität stark abweichende Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern als besondere Einrichtungen aus einer bundesweiten Pauschalierung herauszunehmen und für Verhandlungen auf Ortsebene zu öffnen. Ob es in Zukunft gelingt, diese Vergütungsformen so weit zu entwickeln, um darüber die Schwächen des Klassifikationssystems kompensieren zu können, bleibt abzuwarten.

Hoffnungen

Mit der Einführung des DRG-Systems werden im Allgemeinen die Erwartungen einer Erhöhung der Leistungstransparenz, einer Steigerung der Effizienz des Ressourceneinsatzes und daraus folgende eine leistungsgerechtere Verteilung des für die stationäre Versorgung aufzubringenden Finanzvolumens verbunden. Die weitere Hoffnung auf eine Verbesserung der Behandlungsqualität ist wohl weniger von der Vergütungsform abhängig als von parallel laufenden Bestrebungen zur Qualitätssicherung wie Zertifizierungsverfahren oder die Erstellung und Veröffentlichung von Qualitätsberichten.

Eine Abkehr von einer nicht leistungsgerechten und damit die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven behindernden Krankenhausfinanzierung war zwar schon das Ziel des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992, seine Absichten wurden aber in den Folgejahren durch eine durch Kostendämpfungspolitik verordnete Fortschreibung von gedeckelten Budgets konterkariert. Diese Deckelung bestrafte Krankenhäuser, die vor Beginn dieser Phase schon Anstrengungen zur Erhöhung ihrer Wirtschaftlichkeit unternommen und kaum Chancen hatten, ihre besondere Leistungsstärke und Effizienz in den Budgetverhandlungen zu ihren Gunsten einzubringen. Die zum ersten Mal eingeführten pauschalen Vergütungselemente, Fallpauschalen und Sonderentgelte, wurden mit dem Restbudget verrechnet, das mit seinen tagesgleichen Basis- und Abteilungspflegesätzen nur wenig Anhaltspunkte für das Spektrum der versorgten Patienten und die Höhe des Behandlungsaufwandes gab.

Mit der Einführung des DRG-Systems ist der Anspruch verbunden, Krankenhausfälle nicht nur nach ihrer medizinischen Indikation zu klassifizieren, sondern auch die Schwere der Erkrankung und den sich daraus in der Regel ergebenden Behandlungsaufwand abzubilden. Damit wird das Leistungsspektrum der Krankenhäuser nach außen hin transparent. Die tagespauschalierten Vergütungssystemen unterstellten falschen Anreize zur medizinisch nicht notwendigen Verlängerung der Verweildauer, da die Tage am Ende des Krankenhausaufenthaltes bei gleicher Vergütung weniger therapieaufwändig sind und deshalb im Rahmen einer Mischkalkulation die nicht gedeckten Kosten der therapieintensiven Tage am Behandlungsbeginn kompensieren können, sollen durch die pauschale Vergütung des gesamten Behandlungsfalls wegfallen. Unter dem alten Vergütungssystem konnten Krankenhäuser, weil sie ein leichteres Fallspektrum behandelten, als vermeintlich wirtschaftlicher erscheinen, da sie mit niedrigeren Pflegesätzen auskamen. Unter dem DRG-System sollen nicht die Krankenhäuser belohnt werden, die weniger aufwändige Fälle behandeln oder die wegen noch nicht ausgeschöpfter Wirtschaftlichkeitsreserven mit Budgetdeckelungen leichter zurechtkommen, sondern die die bei vergleichbarem Behandlungsaufwand und gesicherter Behandlungsqualität den effizientesten Mitteleinsatz erbringen. Die Krankenhäuser werden dadurch gleichzeitig gezwungen, ihre interne Kosten- und Leistungsrechnung auf eine fallbezogene, verursachungsgerechte Kalkulationsgrundlage zu stellen. Dieses Ziel einer am tatsächlichen Behandlungsaufwand orientierten Vergütung und einer Belohnung von Effizienz wurde in der politischen Debatte unter dem Schlagwort zusammengefasst: „Das Geld folgt der Leistung“.

Fallstricke

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat sich von Anfang an zu einer konstruktiven Mitarbeit an der Einführung des DRG-Systems bereit erklärt, da sie die negativen Auswirkungen der permanenten Budgetdeckelung deutlich sah. Das im Rahmen der Selbstverwaltung ausgewählte australische AR-DRG-System schien ihr eine gute Basis für ein die stationären Fälle nach ihrem Behandlungsaufwand abbildendes Klassifikationssystem zu sein. Gleichzeitig hat sie jedoch immer mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass allen Beteiligten die Auswirkungen auf die stationäre Versorgung und die damit verbundene notwendige Anpassungszeit bewusst sein müssen. Unabdingbar folgt daraus, dass das australische System auf die Versorgungsrealität in Deutschland angepasst werden und mit Kostengewichten, die anhand von Kalkulationen in deutschen Krankenhäusern gewonnen werden, hinterlegt werden muss. Außerdem muss den Krankenhäusern genug Zeit verbleiben, um sich auf die Anforderungen der neuen Kodierrichtlinien und der fallbezogenen Kostenträgerrechnung einzustellen und ihre Kosten- und Leistungsstruktur, wenn der eigene Basisfallwert den landeseinheitlichen Zielwert übersteigt, entsprechend anzupassen.

Für die Entwicklung der Anwendungsreife des Klassifikationssystems und für die Einstellung der Krankenhäuser auf die von ihnen erwarteten Veränderungen sind die vom Gesetzgeber dazu gegenwärtig vorgesehenen Zeitvorgaben sicherlich nicht ausreichend. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich

deshalb dafür aus, die Konvergenzphase, in der die krankenhausspezifischen Basisfallwerte an ein landeseinheitliches Niveau angepasst werden, auf vier reale Anpassungsjahre zu verlängern und den Einstiegswinkel für den Angleichungsschritt im ersten Jahr von gegenwärtig einem Drittel auf 10 Prozent abzufachen. In den folgenden Jahren sieht dieser Vorschlag weitere Anpassungsschritte von zweimal 20 und danach 25 Prozent vor, so dass im fünften Jahr in 2009 mit einer letzten Angleichung um 25 Prozent ein System landeseinheitlicher Preise für gleiche Leistungen erreicht wäre.

Ein weiteres Problem stellt aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Ermittlung und Verhandlung des landeseinheitlichen Basisfallwertes durch die Vertragsparteien auf Landesebene dar. Aufgrund der unsicheren Datenlage ist die Ermittlung im ersten Jahr mit dem hohen Risiko eines Schätzfehlers verbunden, mit dem eine falsche Weichenstellung für die zukünftige Entwicklung der Finanzierung der stationären Versorgung erfolgen würde. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert deshalb das Gesetz um die Möglichkeit einer bisher nicht vorgesehenen nachträglichen Berichtigung eines als nicht sachgerecht erkannten Basisfallwertes zu ergänzen.

Der DRG-Katalog für das Jahr 2004 ist die erste Version, die auf die deutschen Versorgungsverhältnisse in erheblichem Umfang angepasst wurde. Trotzdem sind einer realistischen Abbildung der tatsächlichen Aufwände in den einzelnen Fallgruppen auf dem jetzt erreichten Stand des Klassifikationssystems noch eine Reihe von Grenzen gesetzt. Die Qualität der Datenbasis, aus der durch das Institut der Selbstverwaltung für die Entwicklung des DRG-Systems (InEK gGmbH) die Relativgewichte für die einzelnen Fallgruppen gewonnen werden, entwickelt sich nur schrittweise, da in den Daten liefernden Krankenhäusern die fallbezogene Kostenzuordnung teurer Sachgüter noch nicht vollständig realisiert wurde und es für die Dokumentation spezieller Leistungen, wie den Einsatz teurer Medikamente, entsprechender Erweiterungen des Prozedurenschlüssels bedarf. Solche Verbesserungen der Datengrundlage können sich nur in einer zukünftigen Version des DRG-Systems auswirken. Es ist für seine zukünftige Güte entscheidend, dass genügend Krankenhäuser sich bereit erklären, seine Entwicklung durch die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Kalkulationsdaten zu unterstützen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft plädiert deshalb dafür, die an der Kalkulation der Relativgewichte teilnehmenden Krankenhäuser für ihren Aufwand bei der Ermittlung und Bereitstellung der Daten finanziell zu entschädigen.

Da die den DRGs zugeordneten Relativgewichte nur den mittleren Behandlungsaufwand in den einzelnen Fallgruppen abbilden, kann dies zu Problemen bei Krankenhäusern führen, die sich auf besonders aufwändige Fälle oder ein besonders betreuungsintensives Patientenspektrum innerhalb einer DRG spezialisiert haben. Diese laufen dann Gefahr, dass die von ihnen angebotenen Leistungen bei einer einheitlichen DRG-Vergütung unterfinanziert werden. Solche Problembereiche gibt es z. B. bei der Intensiv- und Tumorthherapie, der Schlaganfallbehandlung und bei spezialisierten Kliniken für Kinder und Jugendliche. Auch die Vergütung von Patienten mit extrem langer Verweildauer ist bisher noch nicht befriedigend gelöst. Es ist notwendig, die möglicherweise ungenügende Abbildung von Spezialisierungen

gen durch zusätzliche Datenerhebungen und Tiefenanalysen transparent zu machen, um entsprechende Lösungen im Vergütungssystem entwickeln zu können. Unverantwortlich wäre es, wenn die Krankenhäuser gezwungen würden, finanzielle Aspekte über medizinische Notwendigkeiten zu stellen, so dass solche hochspezialisierten Leistungen in Zukunft nicht mehr im ausreichenden Maße angeboten würden. Dann würde im Gegensatz zu der mit der DRG-Vergütung verbundenen Hoffnung nicht das Geld der Leistung folgen, sondern umgekehrt die Leistung dem Geld.

Anhang: Die Dermatologie im DRG-System

Die stationäre dermatologische Versorgung von Patienten in den USA und Australien unterscheidet sich wesentlich von der in Deutschland. In den USA und Australien beinhaltet die Dermatologie im Wesentlichen die konservative und weniger die operative Dermatologie. Stationär zu versorgende Patienten werden dort beispielsweise auf internistischen, chirurgischen oder auch Intensivstationen behandelt. Das bedeutet, dass dort die Patienten in der Regel ambulant versorgt werden können und es praktisch keine stationäre dermatologische Versorgung gibt, wie wir es in Deutschland kennen. Hier beinhaltet die Dermatologie sowohl die konservative als auch die operative Dermatologie.

Da der Ursprung des DRG-Systems in den USA bzw. Australien liegt und sich deren dermatologisches Spektrum deutlich von dem in Deutschland unterscheidet, wurden Anpassungen in der ersten Version unseres G-DRG-Systems an die Versorgungswirklichkeit in Deutschland dringend notwendig.

In einem umfassenden DRG-Evaluationsprojekt der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster wurden die bestehenden Mängel in dem System eindrucksvoll nachgewiesen. Die Überprüfung der medizinischen und ökonomischen Homogenität der dermatologischen DRGs konnte mit deutschen Daten Schwachstellen und Grenzen des G-DRG-Systems nachweisen. Dieses lobenswert hervorzuhebende Engagement hat im Rahmen des „Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der

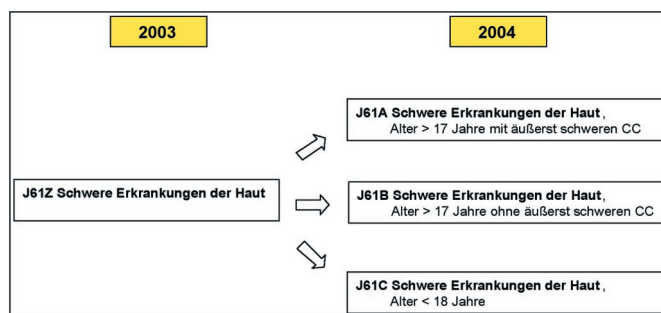


Abb. 1 Anpassung der Basis-DRG „J61 Schwere Erkrankungen der Haut“.

Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004“ beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu einer deutlichen Verbesserung des Systems beigetragen.

Ca. 70% aller dermatologischen Patienten werden in die „MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma“ eingruppiert. Innerhalb dieser MDC wurde die Anzahl der Basis-DRGs von 19 auf 23 (+ 21%) erhöht und die Anzahl der DRGs von 32 auf 38 erhöht (+ 19%).

Als Beispiel für die Anpassung des G-DRG-Systems im Bereich der Dermatologie kann die Basis-DRG „J61 Schwere Erkrankungen der Haut“ dienen. Diese wurde nach Prüfung der medizinischen und ökonomischen Homogenität wie folgt angepasst (Abb. 1).

Die Anpassungen in der G-DRG Version 2004 sind als ein erster Schritt in die richtige Richtung zu verstehen. Keinesfalls ist jedoch davon auszugehen, dass innerhalb einer ersten Anpassungsrunde alle bestehenden Probleme gelöst werden können. Zu diesem Zweck ist dringend die Qualität der Kalkulationsdaten zu verbessern. Deshalb sind weitere Probleme, wie beispielsweise die Inhomogenität der „J66Z Mäßig schwere Hauterkrankungen“, in die zwischen 20 und 25% aller Fälle einer dermatologischen Fachabteilung eingruppiert werden, in der Folgezeit zu lösen.