

Die Einführung des DRG-Systems in Deutschland

Hintergründe, praktische Umsetzung, Chancen, Gefahren und Mißverständnisse in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin

DRGs in der Kinderheilkunde – schließen sich wirtschaftliches Denken und medizinische Qualität und Humanität denn wirklich aus?

Einleitung

Die Ankündigung des Gesetzgebers, mit dem Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999, §17b KHG, ein einheitliches, pauschalierendes Vergütungssystem für alle Krankenhäuser in Deutschland einzuführen, ist in unterschiedlichen Kreisen des deutschen Gesundheits-Systems mit Skepsis, Kritik teilweise aber auch mit Zustimmung aufgenommen worden. Es ist vorgesehen, in Zukunft die Vergütung ausschließlich nach international in Teilbereichen etablierten Systemen, den Diagnosis Related Groups (DRGs), zu richten. Dabei ist allerdings in anderen Ländern (Österreich, Frankreich, USA, Australien, Skandinavien) bisher nirgendwo eine flächendeckende, ausschließliche Finanzierung der Krankenhäuser über DRGs umgesetzt worden. Die Ankündigung der Selbstverwaltungspartner im Juni 2000, das australische DRG-System (Australian Refined Diagnosis Related Groups, AR-DRG, Version 4.1.) als Grundlage für das zu entwickelnde deutsche System zu nutzen, hat seither hektische Aktivität, Ängste, Proteste und schließlich eine immense Arbeit in den Krankenhäusern selbst nach sich gezogen. Ein großer Teil der hiermit verbundenen Arbeit (z. Bsp.: Dokumentation von Prozeduren) wird seither zunächst ohne zusätzliche Vergütung und ohne zusätzliches Personal von den Krankenhausärzten geleistet.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) hatte im März 2000 zunächst eine kleine Gruppe von Chefärzten nicht-universitärer und universitärer Kinderkliniken beauftragt, zur Entwicklung der DRGs in der Pädiatrie Stellung zu nehmen. Außerdem sollte eine Arbeitsgruppe gebildet werden, die pädiatrie-relevante Aspekte der DRGs nach außen abzubilden und für die Selbstverwaltungs-Gremien zu entwickeln in der Lage wäre. Parallel zu diesem Vorgehen wurden von nahezu allen Fachverbänden, Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften innerhalb und außerhalb der DGKJ ebenfalls Gremien gebildet, die sich mit dem Thema DRGs beschäftigen sollten. Folgerichtig gründeten die pädiatrischen Gesellschaften, Subgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften unter dem Dach der Akademie und unter Federführung der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser (GKiND) eine einheitliche Arbeitsgruppe 'DRGs in der Pädiatrie'. Ziel dieser verbändeübergreifenden Arbeitsgruppe DRGs ist, die Aktivitäten der Kinder- und Jugendmedizin zum Thema 'Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage der australischen DRGs' nach §176 KHG zu bündeln und gegenüber den Spitzenverbänden der Selbstverwaltung gemeinsam und einheitlich aufzutreten. Die Arbeitsgruppe ist in ihrer

Zusammensetzung bestätigt, arbeitet produktiv und hat seit 1.2.2001 eine hauptamtliche Koordinatorin (Frau N. Lutterbüse, Ärztin und Gesundheitsmanager). Die Arbeitsgruppe liefert den Selbstverwaltungspartnern und Spitzenverbänden pädiatrie-relevante Informationen und Unterlagen. So sind die Anpassung des ICD-10- als auch des OPS-301-Kataloges an die pädiatrischen Bedürfnisse als auch die Erstellung einer pädiatrischen Kodierempfehlung wichtige Aufgaben der Arbeitsgruppe. Sie arbeitet außerdem als Sprachrohr der Pädiatrie in Bezug auf DRG-bezogene Themen. Damit kann es gelingen, ein Instrument zur Umsetzung der DRGs in der Pädiatrie bzw. zur Vertretung pädiatrischer Inhalte innerhalb der Implementierungsphase der DRGs einzusetzen. Der hier vorliegende Bericht soll pädiatrie-relevante grundsätzliche Aspekte der DRGs zusammenfassen.

Die Darstellung soll keine vollständige Abhandlung aller wirtschaftlichen, juristischen und medizinischen Aspekte des DRG-Systems aus Sicht der Kinderheilkunde und Jugendmedizin sein. Vielmehr sollen einige grundsätzliche Gedanken auf dem Weg zur Umsetzung

Prof. Dr. med. Wieland Kiess
Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche,
Universität Leipzig, Oststr. 21-25, 04317 Leipzig
Tel. 0341/9726000, FAX 0341/9726009
E-Mail: kiw@medizin.uni-leipzig.de

des neuen Vergütungs-Systems in der Pädiatrie thesen-artig formuliert werden. Es sollen außerdem falsche Erwartungen und Ängste ausgeräumt bzw. abgebaut werden.

Hintergründe für die Einführung eines DRG-Systems in Deutschland

Im Juni 2000 haben die Selbstverwaltungspartner das australische DRG-System zur Grundlage des neu zu entwickelnden deutschen Abrechnungssystems (Ausnahme: Psychiatrie) gemacht. Folgende Ziele sollen dabei mit der Einführung eines pauschalierten Finanzierungs-Systems in den deutschen Krankenhäusern verfolgt werden:

1. Die Effizienz der medizinischen Leistungen im stationären Gesundheitssystem soll verbessert werden.
2. Qualität und Quantität ärztlicher Leistungsdokumentation sollen erhöht werden.
3. Eine Bundes-einheitliche Leistungsabbildung soll ermöglicht werden.
4. Eine Bundes-einheitliche Vergütung basierend auf 'Behandlungsfällen', abgebildet als Diagnosen, soll eingeführt werden (Fallpauschalen-System).
5. Es soll mehr Transparenz im deutschen Gesundheitswesen hinsichtlich Finanzierung, Leistungsbreite und Qualität erzielt werden.
6. Vergleiche innerhalb des deutschen Gesundheitswesens zwischen einzelnen Einrichtungen im Sinne von 'bench marking' sollen ermöglicht werden.

Faßt man diese Ziele zusammen, so bleibt als Grundlage der Einführung der DRGs festzustellen, daß das DRG-System vor allem die Finanzierung und Finanzierbarkeit der deutschen Krankenhäuser zum Thema hat. Nach Meinung vieler Politiker und Betriebswirte soll und wird eine große Zahl von deutschen Krankenhäusern 'vom Netz gehen'. Es bleibt also vordergründiges Ziel der Einführung der DRGs, daß die Zahl deutscher Krankenhäuser und Krankenhaus-Betten drastisch verringert werden soll. Dieses Ziel soll über die ökonomischen Gegebenheiten (wirtschaftliche Konkurrenz) von den Krankenhäusern selbst erreicht werden. Das DRG-System ist deshalb primär ein Instrument der kaufmännischen und

wirtschaftlichen Betriebsführung und nicht ein Instrument zur Definition oder zur Umsetzung medizinischer Inhalte wie zum Beispiel der Verbesserung der medizinischen Qualität oder Steigerung der Effizienz etc..

Praktische Umsetzung des DRG-Systems

Ein Zeitplan, nach dem folgende Schritte zur flächendeckenden Umsetzung (Implementierung) des DRG-Systems zunächst bis zum 1.1.2003 geplant worden war, wurde von den Selbstverwaltungs-Gremien aufgestellt. Inzwischen wurden einzelne Daten und Zeitabläufe zwar immer wieder korrigiert, das Prinzip der Umsetzung aber beibehalten:

1. Aufstellung von Kodierregeln nach ICD-10
2. Erstellung eines Katalogs (deutsche Grundversion der DRGs)
3. Umsetzung der Kodierregeln und Kataloge in EDV-Software
4. Festlegung einer repräsentativen Stichprobe
5. Erhebung von Kalkulationsdaten
6. Festlegung von Zu- und Abschlägen (Ausnahmen !?)

In den meisten Kliniken sind seit Juni 2000 DRG-Beauftragte ernannt worden und DRG-bezogene interne Kodierregeln und Organisations-Abläufe entwickelt und erprobt worden. Wie in den USA ist eine direkte Konsequenz dieser Aktivitäten, daß pro Patient eine deutlich bis vielfach höhere Anzahl von Diagnosen in Arztbriefen und Abrechnungsdokumenten erscheint, als dies bisher üblich gewesen war.

In jedem einzelnen Krankenhaus müssen folgende Probleme der DRG-Systeme in der Zukunft gelöst werden:

1. Auffällige (falsche) Kodierungen müssen erkannt und korrigiert werden (Über-, Unterkodierungen).
2. Die Kodierung sollte durch (zusätzliches) ärztliches Personal erfolgen. Die Qualität der Kodierung muß kontinuierlich überprüft werden (Plausibilität, Fehler-Analyse). Die Qualität der Kodierung wird mit über das wirtschaftliche Wohlergehen einer jeden Klinik entscheiden.
3. Die Kodierung durch den Stationsarzt muß durch eine übergeordnete Instanz (Leitungsebene, Medical-Controller) überprüft werden.

4. Die Compliance bei der Kodierung durch die Ärzte muß ständig überprüft und aufrechterhalten werden, z. Bsp. durch Rückkopplungsanreize (feedback).

Folgende Arbeiten müssen dementsprechend auch von jeder Kinderklinik erledigt werden:

1. Ernennung von motivierten und kompetenten DRG-Beauftragten
2. Überprüfung der Kodierung durch den Stationsarzt durch eine übergeordnete Instanz (Leitungsebene, Medical-Controller)
3. Einrichtung von Qualitätszirkeln und Betriebsprüfung
4. Aufstellung von Leistungsdaten und Kostenkalkulation
5. Durchführung von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für alle MitarbeiterInnen (Motivation von und Anreize für das Personal (z. Bsp. möglicherweise: Gewinnbeteiligung, Gang an die Börse))
6. Einführung und Umsetzen von Bench Marking mit anderen Krankenhäusern
7. Mehr Flexibilität, flache Hierarchien, mehr Eigenverantwortung

Chancen des DRG-Systems für die Pädiatrie

Bereits die Vorbereitungen zur Implementierung des DRG-Systems im deutschen Krankenhaus-Betrieb haben Chancen und Möglichkeiten bei der zukünftigen Umsetzung aufgezeigt. So wird deutlich, daß in der Tat mehr Transparenz bezüglich Struktur-, Prozeß- und Ergebnis-Qualität der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern erreicht werden kann. Die medizinische Dokumentation hat sich möglicherweise bereits jetzt in vielen Krankenhäusern verbessert. Qualitäts-Management ist in vielen Bereichen eingeführt worden, wo systematische Qualitäts-Sicherung und -verbesserung bisher nicht vorhanden waren. Die Diagnose-bezogene Vergleichbarkeit von Krankenhaus-Behandlung vermag im Umkehrschluß dazu beitragen, daß an der Verbesserung der medizinischen Qualität im einzelnen Krankenhaus gearbeitet wird und sogar gearbeitet werden muß. Eine gerechtere zumindest kostendeckendere, möglicherweise auch gewinnbringende Bezahlung von tatsächlich erbrachter Leistung wäre möglicherweise in einem Diagnose-bezoge-

nen System besser umzusetzen als im herkömmlichen System. Schließlich wäre möglicherweise vorherzusehen, daß in einzelnen Bereichen eine patientengerechtere Versorgung entstehen wird, wenn nach Diagnosen, d.h. nach tatsächlichem Aufwand von Versorgung und Behandlung und nicht nach Krankenhaus-Tagen abgerechnet wird. Die Verweildauer eines Patienten wäre in der Zukunft strikter nach medizinischer Notwendigkeit zu steuern. Der Vorwurf mancher Kostenträger, daß im heute noch gültigen System trotz Deckelung lange Liegedauern für die Finanzierung der Krankenhäuser mißbraucht werden, wäre damit gegenstandslos.

Gefahren des DRG-Systems für die Pädiatrie

‘Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, sie denken nicht weniger, sie denken anders’ (Jean Piaget 1896-1980). Spezifische Aspekte der Pädiatrie wie der deutlich höherer Pflegeaufwand im jungen Alter, längere Gesprächszeiten mit Eltern und Angehörigen, psychosoziale Aspekte von insbesondere chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter könnten daher im DRG-System unberücksichtigt bleiben.

Damit fielen diese besonderen Aufgaben der Pädiatrie-Versorgung finanziellen Erwägungen zum Opfer. Eine komplette und alleinige Ausrichtung der Prozesse im Krankenhaus nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten würde aber eine ‘Ent-Humanisierung’ der Medizin gerade in der Pädiatrie nach sich ziehen (s.o.). Es könnte zu einem Wettbewerb um sogenannte ‘rentable Fälle’ (Neonatalogie ?) zwischen einzelnen Krankenhäusern kommen. Weniger rentable ‘Diagnosen’ und ‘Fälle’ würden möglicherweise unversorgt bleiben. Wenn Nebendiagnosen, Schweregrad und Altersbezug nicht erfaßbar sind, könnten sie womöglich nicht finanziert und nur mit wirtschaftlichem Verlust behandelt werden. Die Tatsache, daß in erster Linie die Finanzierbarkeit von Krankenhäusern in den Vordergrund gerückt wird, läßt verständlicherweise Ängste aufkommen, daß vielleicht eine patienten-ferne weil finanz-nahe Medizin entstehen könnte.

Häufig anzutreffende Mißverständnisse im Bezug auf das DRG-System

Das DRG-System ist keine medizinische Katalogisierung sondern dient dazu, ein allumfassendes Fallpauschalensystem für die Krankenhausfinanzierung einzuführen. Es wird damit das gesamte bisherige Mischsystem, das aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten besteht, ablösen. Das einzuführende Patientenklassifizierungs-System hat nicht das Ziel, Behandlungsfälle unter ätiopathogenetischen Gesichtspunkten zu klassifizieren, sondern soll Behandlungsfälle zusammenstellen, die vom finanziellen Aufwand und den Kosten her vergleichbar sind. Das System orientiert sich damit vor allem an der Aufwand- und Kosten-seite eines jeden Behandlungsfalles. Der mit der Einführung des Systems anfallende Verwaltungsaufwand wird mit größter Wahrscheinlichkeit den bisherigen im Krankenhaus anfallenden Verwaltungsaufwand noch erhöhen. Es ist daher anzunehmen, daß die Kosten im Gesundheitssystem nach Einführung der DRGs langfristig nicht sinken werden. Die Tatsache, daß jedes größere Krankenhaus in den vergangenen Monaten entsprechende zusätzliche Verwaltungs-Stellen, Projektgruppen oder Stabsstellen für den Umgang mit den DRGs geschaffen hat, unterstreicht diese Denkweise.

Schlußbemerkung

Das Geschäft mit den DRGs blüht. Nicht wenige Verlage, Software-Firmen und Betriebsberater haben sehr rasch die große Nachfrage nach Information, Hilfestellung und Unterstützung in den deutschen Krankenhäusern erkannt. Sie haben dabei die Verunsicherung und Unsicherheit vieler Kliniken und Ärzte schamlos ausgenutzt, um für sich neue Märkte und Arbeitsfelder zu schaffen. Ob diese teuren Aktivitäten, die die Finanzen des Gesundheits-Systems ja indirekt sehr erheblich belasten, dem einzelnen Patienten/in und den im Gesundheitssystem Tätigen (Schwestern/Pflegern, ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen etc.) zu Gute kommen, muß stark angezweifelt werden. Ob die DRGs sogar

langfristig dabei helfen können, qualitativ bessere Arbeit zu leisten, bleibt ebenso unklar. Dabei muß noch einmal betont werden, daß das Ziel der Einführung der DRG-Systems eine pauschalierte Finanzierung, primär aber nicht – wie leider häufig mißverstanden – eine Änderung medizinischer Inhalte oder deren logische Abbildung ist. Es bleibt aber festzuhalten, daß eine zumindest kurz-mittelfristige medizinische Qualitätsverbesserung durch erhöhte Transparenz und durch klare bzw. standardisierte diagnostische und therapeutische Leitlinien als ‘Nebenwirkung’ der Einführung der DRGs denkbar wird. Sollte dies gelingen, muß die rasche Einführung von DRGs auch im ambulanten Bereich gefordert werden, da mit der Durchsetzung der DRGs ein Großteil stationärer Leistungen in den schlecht finanzierten ambulanten Bereich verlagert wird. Dies hätte zwangsläufig eine bessere Vernetzung von stationärem und ambulanten Bereich und eine verbesserte Transparenz im gesamten Gesundheits-System zur Folge.

Literaturauswahl (nicht zitiert)

1. Arbeitsgruppe DRGs in der Pädiatrie (2001) Aufruf zur Mitarbeit. Pädiatr. Nachrichten 2:5
2. Arbeitsgruppe DRGs in der Pädiatrie. ‘Ganz normaler Verbraucherschutz’. Pädiatr. Nachrichten 3:8 (2001)
3. Nentwich HJ (2000) Einführung des Diagnosis Related Groups-(DRG)-Systems beschlossen (I). Kinder- und Jugendarzt 31:964-967
4. Nentwich HJ (2000) Praktische Anwendung des Diagnosis Related Groups-(DRG)-System (III). Kinder- und Jugendarzt 31:1138-1141
5. Anonymus (2001) Wichtige DRG-Regel: Nur das Dokumentierte zählt. Chefärzte-Brief 6:8-10
6. Metzger F (2000) DRGs für die Kitteltasche. Klinikum Mannheim gGmbH
7. Ramme M, Vetter U (2000) Die Bildung von Abteilungsbudgets auf der Basis von AP-DRGs. In: f&w 17:156-158
8. Scheel J, Riedel F, Graubner B (2001) Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage der australischen DRGs. kinderarzt (im Druck)