

Von Kosten und Krankheiten

Sie sind in der Krankenhauswelt „in aller Munde“ und haben in den letzten Jahren ordentlich für Aufregung gesorgt: die DRGs. Ein neues Abrechnungssystem soll sich dahinter verbergen, das „alles anders“ werden lässt. Doch im Krankenhaus-Bereich sollte schon öfter alles anders werden. Ist es diesmal wirklich so?

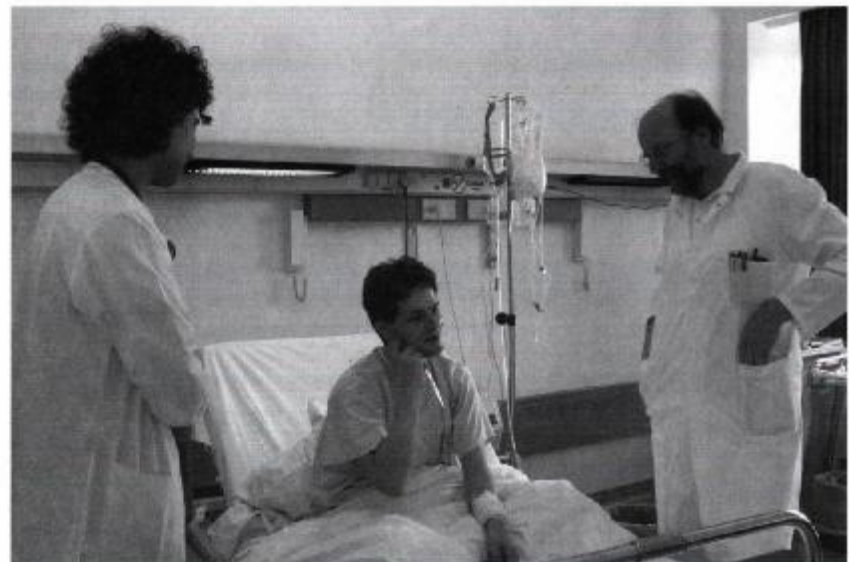
DRG steht für „Diagnosis Related Groups“, was sich ins Deutsche in etwa mit „zusammengehörige Diagnosegruppen“ übersetzen lässt. Dabei handelt es sich um ein neues Abrechnungssystem, das seit 2003 in allen deutschen Krankenhäusern eingeführt wird. Im Gegensatz zum bisherigen Pflegesatz-System bezahlen die Krankenkassen hier einen Pauschalbetrag je Behandlungsfall. Das DRG-System ist also ein pauschaltes Entgeltsystem.

Eingeführt wurde es mit dem Ziel, eine leistungsbezogene Abrechnung in Krankenhäusern zu erreichen. Nicht mehr die Anzahl der Verweiltage, sondern die tatsächlich erbrachte Leistung soll vergütet werden. Dadurch erhofft man sich eine Steigerung der Qualität und Effizienz in den Krankenhäusern. Die Patienten sollen quasi „schneller“ gesund werden. Darüber hinaus hat die Einführung des DRG-Systems zum Ziel, die Leistungen und Kosten der Krankenhäuser transparent und vergleichbar zu machen und das wirtschaftliche Handeln der Einrichtungen zu fördern.

Experten gehen davon aus, dass das DRG-System langfristig dazu führen wird, dass sich einzelne Krankenhäuser auf bestimmte Schwerpunkte konzentrieren und Leistungen, die sie selbst nicht mehr anbieten, bei anderen Krankenhäusern „einkaufen“ bzw. mit anderen Krankenhäusern kooperieren.

Bisherige Krankenhausfinanzierung

Bis Dezember 2003 funktionierte die Krankenhausfinanzierung folgendermaßen: Der Patient zahlte Beiträge an die Krankenkassen, die Krankenhäuser erbrachten die Leistung am Patienten und rechneten diese mit den Krankenkassen mittels Pflegesatz, Fallpauschale und Sonderentgelt ab.



Nicht mehr die Anzahl der Verweiltage im Krankenhaus sind für die Abrechnung entscheidend, sondern vergütet werden sollen die tatsächlich erbrachten Leistungen.

Pflegesätze wurden individuell für jedes Krankenhaus mit den Vertretern der Krankenversicherungen ausgehandelt. Sie setzten sich zusammen aus dem Basispflegesatz, also den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und dem Abteilungspflegesatz, den Kosten für ärztliche und pflegerische Leistungen sowie für medizinischen Bedarf.

Sonderentgelte und Fallpauschalen sind Vergütungen für definierte Operationen oder Interventionen wie beispielsweise eine durchgeführte Koronarangiografie. Etwa 70 Prozent der Leistungen wurden über Pflegesätze und zirka 30 Prozent über Fallpauschalen bzw. Sonderentgelte abgerechnet.

Die gesetzlichen Grundlagen für dieses System waren das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegesatz-

verordnung für vollstationäre Krankenhaus-Behandlungen.

Beim DRG-System hingegen bezahlt die Krankenkasse einen Pauschalbetrag pro Patient an das Krankenhaus. Dabei spielt es keine Rolle, ob dieser Patient auf verschiedenen Abteilungen gelegen hat, wie viele Untersuchungen durchgeführt wurden oder wie viele Tage der Patient im Krankenhaus verbracht hat. Entscheidend für die Höhe des Pauschalbetrags ist die Diagnose, also die Art der Erkrankung.

Ursprung der DRG

Das DRG-System wurde 1977 an der Yale-Universität in den USA entwickelt, um medizinische Behandlungen miteinander vergleichen zu können. DRG-Systeme werden in den USA seit über 15 Jahren zu Vergütungszwecken eingesetzt, dabei werden schätzungsweise 60 Pro-

zent der Krankenhausleistung über DRG abgerechnet.

1992 wurden in Australien die sogenannten „AN-DRG“ (Australien National DRG) zur Leistungsmessung und -planung sowie zur Budgetermittlung eingeführt. 1999 wurde dieses System überarbeitet („AR-DRG“, Australien Refined (überarbeitet) DRG). Neben der sogenannten Hauptdiagnose, also der Diagnose, die den Krankenhausaufenthalt bestimmt, werden jetzt auch Nebendiagnosen zur Ermittlung des Kostenaufwands herangezogen. Auch in Australien werden zirka 60 Prozent der Krankenhausleistungen über dieses System abgerechnet.

Das deutsche System „GR-DRG“ basiert auf den australischen AR-DRG. Damit sollen fast 100 Prozent der Krankenhausleistung abgerechnet werden.

Gesetzliche Grundlagen zur Einführung der DRG

Die gesetzliche Grundlage für die Einführung des DRG-Systems findet sich im Krankenhausfinanzierungsgesetz. Der am 1. Januar 2000 in Kraft getretene Paragraph 17 b besagt:

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist (...), ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen (...)

Dies bedeutet, dass alle medizinischen Leistungen mit Einführung der DRG transparent werden und für dieselbe Leistung in allen deutschen Krankenhäusern, egal, ob im Bayerischen Wald, an der Küste oder in einem Ballungsgebiet derselbe Geldbetrag bezahlt wird.

Weiter beschreibt das Krankenhausfinanzierungsgesetz:

(...) Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet (...)

Es soll sich also um ein System handeln, das Zusammenhänge darstellen kann, Nebenerkrankungen berücksichtigt und dennoch praktikabel ist. Es gilt für alle Leistungen, die ein Krankenhaus er-

bringt, egal, ob der Patient ins Krankenhaus aufgenommen wird oder ob er nur einige Zeit, zum Beispiel für eine Strahlenbehandlung, im Krankenhaus verbringt.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen (...) vereinbaren (...) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert (...) Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlicher Versorgungserbringung und Verfahrensweisen (...)

Hier wird auf die DRG Bezug genommen. Es soll kein neues System entwickelt, sondern ein bereits bestehendes System auf die deutsche Krankheitslandschaft abgestimmt werden. Durch die Einführung soll es nicht zu Qualitätseinbußen kommen. Die Wirtschaftlichkeit des Systems hat jedoch hohe Priorität.

An der Entwicklung des deutschen DRG-Systems waren die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit ihren Mitgliedsverbänden beteiligt. Der Bundesärztekammer und dem Deutsche Pflegerat wurde ein Recht zur Stellungnahme eingeräumt.

Die Systematik des deutschen DRG-Systems

Die Abrechnung eines Behandlungsfalls nach dem DRG-System ist eine komplizierte Angelegenheit, die „von Hand“ nicht mehr zu schaffen ist. Daher wird mittels einer sogenannten „Groupersoftware“, die die Krankenhäuser beschaffen mussten, abgerechnet. Dies geschieht nach der Entlassung des Patienten. Alle für die Abrechnung relevanten Daten, die während des Krankenhausaufenthaltes von Ärzten und Pflegepersonal in die Patientenakte eingetragen wurden, werden nun ins EDV-System eingegeben und dort ausgewertet. Diesen Vorgang nennt man Gruppierung.

Was dabei heraus kommt, kann beispielsweise so aussehen: G 07 A

Dabei steht „G“ für die Hauptdiagnosegruppe, „07“ für die Basis-DRG und „A“ für den Fallschweregrad.

Hauptdiagnosegruppe

Die Hauptdiagnosegruppe gibt an, um welches Organ es sich bei der Erkrankung des Patienten handelt. So bedeutet z. B.

- B Nervensystem
 - C Auge
 - D Ohr, Nase, Mund, Rachen
 - E Atmungsorgane
 - F Kreislauf
 - G Verdauung
 - H Leber, Galle, Pankreas
 - I Skelett, Muskel, Bindegewebe
- usw.

Im deutschen DRG-System existieren insgesamt 23 Hauptdiagnosegruppen.

Basis-DRG

Die Basis-DRG gibt an, um welche Art von Behandlung es sich bei dem betreffenden Fall handelt.

Basis-DRG 01-39:

Chirurgisch (mit Nutzung OP-Saal)

Basis-DRG 40-59:

Sonstige Prozeduren, z.B. Endoskopien

Basis-DRG 60-99:

Medizinisch (keine Prozedur)

Es gibt 409 Möglichkeiten für die Ermittlung einer Basis-DRG.

Fallschweregrad

Der Fallschweregrad gibt Auskunft über die Fallschwere und den ökonomischen Aufwand des Falles. Dieser richtet sich nach folgenden Kriterien:

Anzahl und Schwere der Nebendiagnosen

Geschlecht

Alter

Geburts- bzw. Aufnahmegewicht

Verweildauer

Tagesfallstatus

Beatmungstundenzahl

Status der psychischen Zwangseinweisung

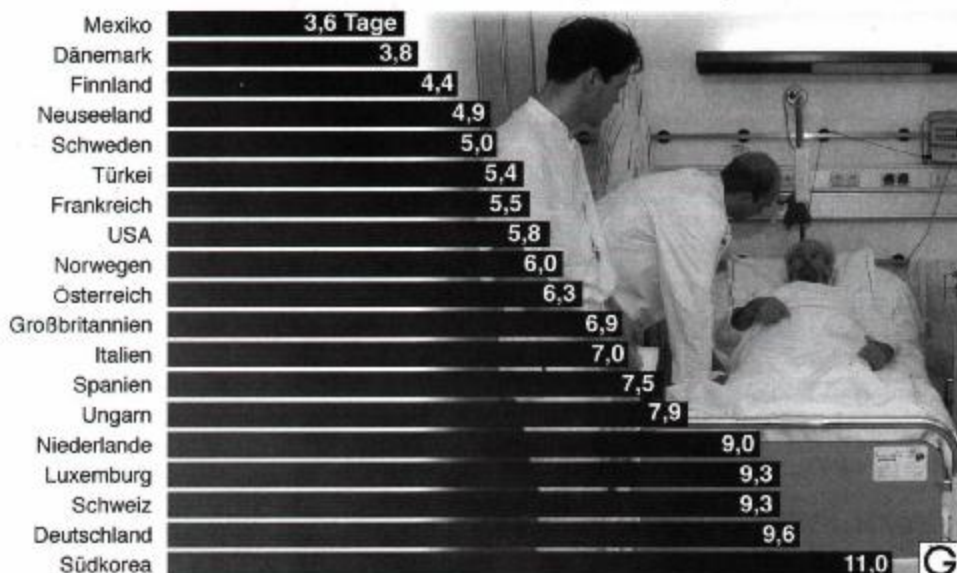
Entlassungsart

Es gibt fünf verschiedene Fallschweregrade:

- A sehr hoher Ressourcenverbrauch
- B hoher Ressourcenverbrauch
- C mittlerer Ressourcenverbrauch
- D niedriger Ressourcenverbrauch
- Z Nebendiagnosen, Komplikationen oder das Patientenalter sind nicht für den Schweregrad relevant

So lange im Krankenhaus

Durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer in Tagen



Quelle: OECD Stand 2003

© Globus 9451

Aus der Kombination von Hauptdiagnosegruppen, Basis- DRG und Fallschwere ergeben sich zirka 600 bis 800 verschiedene sinnvolle Kombinationen. Nicht sinnvoll wären medizinisch unlogische Konstellationen, wie zum Beispiel eine Prostata-Operation bei einer Frau. Diese unlogischen Kombinationen sortiert die Groupersoftware aus.

Mit Hilfe eines bundesweit gültigen Indexes wird nun jeder DRG ein bestimmter Geldbetrag zugeordnet. Diesen Betrag kann das Krankenhaus dann mit der Krankenkasse abrechnen.

Dabei ist es wichtig, die komplette Behandlung, sowie Komplikationen vollständig zu dokumentieren. Werden Komplikationen (Nebendiagnosen) nicht berücksichtigt, werden durch Pflegepersonal oder Ärzte Leistungen erbracht, die nachher nicht bezahlt werden.

Ein Beispiel:

Ein männlicher Patient, 26 Jahre alt, wird wegen einer Lungenentzündung behandelt. Dabei treten Komplikationen auf, die das Legen einer Drainage erforderlich machen, um Flüssigkeit abzuführen. Dies erhöht den Pflegeaufwand beträchtlich. Der Fallschweregrad ist in diesem Fall sehr hoch, also „A“. Die entsprechende

DRG lautet : E 62 A. Sie erbringt 4.473 Euro.

Wird die Komplikation und der daraus resultierende Mehraufwand nicht dokumentiert, der Patient also als komplikationsfrei abgerechnet, ergibt sich die Kombination E 62 C, die lediglich 1.932 Euro einbringt. Für das Krankenhaus ergibt sich daraus ein Verlust von mehr als 2.000 Euro.

Doch damit nicht genug: Wer lediglich die Komplikation als solche dokumentiert und abrechnet, in der Pflegedokumentation den erhöhten Pflegeaufwand jedoch nicht lückenlos nachweist, riskiert bei einer Fall-Kontrolle der Krankenkasse „aufzufliegen“. Diese unterstellt in diesem Fall nämlich Betrugsabsichten und verlangt nicht nur eventuell zuviel gezahltes Geld zurück, sondern verhängt auch noch beträchtliche Geldbußen, etwa in Höhe des vermeintlich ergaunerten Betrags.

Erfahrungen und Ausblicke

Erfahrungen aus den USA und Australien zeigen, dass durch die Einführung des DRG-Systems die Verweildauer, also die Anzahl der Tage, die ein Patient im Krankenhaus bleibt, stark zurück gingen und die Produktivität der Krankenhäuser an-

stieg. Demzufolge stiegen die Kosten je Behandlungsfall an. Auch die Fallschwere nahm zu, vermutlich, da besser und durchgängiger als vor Einführung des Systems dokumentiert wird. Ob dieser Effekt auch in Deutschland eintritt und die Kosten für Krankenhausbehandlungen tatsächlich sinken, wird frühestens in drei bis vier Jahren offensichtlich werden, wenn sämtliche Übergangsregelungen und -fristen abgelaufen sind.

Welche Auswirkungen das neue Finanzierungssystem auf die Hauswirtschaft haben wird, lässt sich heute nur schwer abschätzen. Klar ist, dass die Krankenhäuser mehr und genauer rechnen werden als bisher, denn außer den

Erlösen aus den DRG gibt es keine Einnahmen mehr. Diese Einnahmen werden im Haus auf die verschiedenen Abteilungen verteilt, was über kurz oder lang zu einem „internen Verteilungskampf“ innerhalb der Einrichtungen führen wird. Hauswirtschaftliche Betriebsleitungen in Krankenhäusern tun daher gut daran, sich frühzeitig mit ihren Vorgesetzten über diesen Punkt auszutauschen, um sich ihren „Anteil“ zu sichern. Klar ist auch, dass aufgrund der kürzeren Verweildauer der Aufwand für Zimmerreinigung, Bettenreinigung und Wäschepflege steigen wird. Auch der administrative Aufwand rund um die Speisenversorgung wird zunehmen.

Und noch ein Effekt lässt sich schon absehen: die steigende Anzahl an „blutigen Entlassungen“, also Entlassungen von Patienten, deren Krankheiten noch nicht vollständig ausgeheilt sind (mancherorts spricht man auch von „englischen Patienten“) bringt allen Berufsgruppen in Senioreneinrichtungen und den ambulanten Diensten mehr Arbeit.

Carola Reiner