

M. Kaufhold, H. Diettrich, M. Halm

Vorbereitung zur Einführung des DRG-Abrechnungssystems an einem Krankenhaus der Regelversorgung

Städtisches Krankenhaus
Dresden-Neustadt
Chirurgische Klinik

Die deutschen Krankenhäuser stehen mittelfristig vor einem tiefgreifenden Strukturwandel. Der steigende ökonomische Druck wird uns Ärzten zunehmend mehr Belastungen auferlegen und durch eine noch nicht vollständig zu überblickende Bürokratie zur Grenzbelastung führen. Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben und damit verbundene Leistungskalkulationen bedeuten ganz sicher eine nicht zu vernachlässigende Mehrarbeit auf allen ärztlichen Ebenen. Opfer dieser Entwicklung werden unsere Patienten sein.

Die 2003 zu erwartende Neuordnung der Vergütung von Krankenhausleistungen veranlasst uns, erste praktische Erfahrungen aus unserer Klinik mitzuteilen. Es soll damit die helfende Absicht erkennbar werden, die bisher festgelegten Modalitäten zur Einführung eines durchgehenden pauschalierten Entgeltsystems für die Basisarbeit am Krankenhaus darzulegen.

Das Städtische Krankenhaus Dresden-Neustadt ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit 731 vollstationären Betten. Die chirurgische Klinik behandelt im Jahr zwischen 4000 und 4500 Patienten stationär; sie umfasst 140 Betten inklusive 5 Beatmungsbetten auf der chirurgischen Intensivtherapiestation. Im Herbst 2000 gründeten wir eine DRG-Arbeitsgruppe, die von einem Kollegen in fortgeschrittener Facharztweiterbildung geleitet wird. Diesem steht dafür ein Computerarbeitsplatz mit Internetanbindung zur Verfügung. Die Hälfte seiner vertraglich geregelten Arbeitszeit wird ausschließlich der Vorbereitung der Einführung des neuen Entgeltsystems gewidmet. Dreh- und Angelpunkt ist dabei die EDV mit dem zentralen Problem der Datenerfassung. Dafür nutzen wir in unserem Haus das bereits vorhandene Schnelltrennsatzformular gemäß §301 SGBV (Abb. 1), welches die für unsere Klinik relevanten Daten in Bezug auf Eingruppierung der Patienten in die entsprechende DRG ebenfalls erfasst.

Dieser Schnelltrennsatz ist von Beginn des stationären Aufenthaltes an fester Bestandteil der Patientendokumentation und begleitet den Patienten bei allen Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen bis hinein in die Funktionsabtei-

lungen sowie bei jeglichem ärztlichen Konsil. Damit realisieren wir die Grundforderung, dass Diagnosen und Therapien dort zu kodieren und zu erfassen sind, wo sie „entstehen“.

Die epikritische Betrachtung des Verlaufes der stationären Krankenhausbehandlung und eine erste zusammenfassende Dokumentation anhand der Krankenakte er-

folgt bei Entlassung des Patienten durch die Ärzte der jeweiligen Station unter Aufsicht des Stationsarztes. Dabei wird auch die Vervollständigung unseres Erfassungsbogens vorgenommen, wodurch der hierfür erforderliche zusätzliche Aufwand so gering wie möglich gehalten wird. Auf jeder unserer Stationen steht dafür ein gesonderter PC mit Kodiersoftware zur Verfügung, womit wir den Mit-

gruppierung von Behandlungsfällen auseinander zu setzen, ein Umstand, der bei ausschließlicher Benutzung auch bereits in Deutschland kommerziell erhältlicher Groupersoftware für die Eingruppierung mit Sicherheit nicht gegeben gewesen wäre. Zur „Gegenprobe“ steht auch uns ein solches Programm zur Verfügung. Da es bisher keine offiziellen Überleitungstabellen zwischen australischen und deutschen Prozedurencodes gibt und bei den im Grouper hinterlegten Codes offensichtlich Übersetzungsungenauigkeiten auftreten, lagen Eingruppierungsfehler jedoch häufiger auf Seiten der Software.

Die Zuordnung zur letztendlich abrechenbaren AR-DRG wird in den Fällen, in denen es eine Unterteilung der Basis-DRG nach Schweregrad der Nebendiagnosen gibt, durch die bereits oben erwähnte Möglichkeit der PKKS-Berechnung „auf Knopfdruck“ ermöglicht.

Auf diese Weise haben wir neben der laufenden Datenerfassung innerhalb einer Woche ca. 1000 Behandlungsfälle, von denen sich ICD- und OPS-Codes bereits in unserer Datenbank befanden, nach-

träglich der entsprechenden DRG zugeordnet.

Als Nebeneffekt können wir der Verwaltung ein Formular mit einem Computerausdruck der erfaßten Daten zur Weitergabe an die Kostenträger zur Verfügung stellen (Abb.2).

Erste Ergebnisse

Eine erste Analyse der erfassten Behandlungsdaten zeigt Tabelle 1. Enthalten sind die Falldaten der im 1. Quartal 2001 aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten. Alle diese Patienten wurden auf die oben beschriebene Weise der jeweils zutreffenden AR-DRG zugeordnet. Die daraus abgeleitete Erlöskalkulation erfolgte auf Grundlage der australischen National Hospital Cost Data Collection v. 4.1 (1998/99). Dabei war uns bewusst, das diese Berechnungen sicherlich nicht den real in Deutschland ab dem Jahr 2004 zu erzielenden Erlösen entspricht, wie dies ja auch in der Literatur ausgeführt wird.

Folgende Überlegungen ließen uns dennoch wie hier dargestellt verfahren:

1. Wird von denselben Autoren empfohlen, die erfassten Behandlungsfälle probe-weise nach AR-DRG's einzugruppieren,
2. ging es weniger um eine buchhalterische Gewinn-Verlustrechnung, sondern eher um die Darstellung der sich aus dem neuen Entgeltsystem ergebenden Verschiebung der Relationen im Erlösgefüge der Klinik (weg von der Bezahlung „gefüllter Betten“ hin zu leistungs-basierter Vergütung) sowie die Darstellung der Veränderungen, die sich daraus sowohl für die Struktur der Kliniken als auch für die Bedeutung der EDV-gestützten Datenerfassung ergeben,
3. sind die explizit als schwer oder nicht vergleichbar herausgestellten Bereiche der stationären Krankenhausversorgung (Onkologie, Pädiatrie, Geriatrie, Psychosomatik, Nuklearmedizin, Strahlenmedizin, Kardiologie) nicht Bestandteil unserer Klinik.

Unsere Analyse umfasst 1118 Datensätze von Behandlungsfällen aus dem oben angegebenen Zeitraum, die insgesamt 127 Basis-DRG's und 172 abrechenbaren (AR-) DRG's zugeordnet wurden. Es wurden auch diejenigen Patienten berücksichtigt, die im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit in anderen Kliniken unseres Hauses mitbehandelt wurden. Die Festlegung der Hauptdiagnose erfolgte in diesen Fällen durch den DRG-Beauftragten unserer Klinik.

Der Erlöskalkulation im DRG-System wurde ein Basisfallwert von 3600,00 DM zugrundegelegt. Das ist die untere Grenze der derzeitigen Schätzungen.

Wir ermittelten für unsere Klinik einen Casemixindex von >1,0. Aktuelle Vergleichszahlen (auch australischer Kliniken) liegen uns leider nicht vor.

Weitere Ergebnisse unserer Analyse sind in Tabelle 1 dargestellt. Hierbei wurden die 29 Basis-DRG's berücksichtigt, denen entweder mehr als 20 Behandlungsfälle zugeordnet werden konnten oder deren „hochwertigste“ AR-DRG ein Relativgewicht von > 5 aufwies. Damit wurden 779 Behandlungsfälle (70,8%) erfaßt, die 95,3% des errechneten Erlös-

Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt Chirurgische Klinik							
Anlage zum Entlassungsbogen gem. §301 SGB V							
Aufnahmenummer:	1234567	geb. am:	30.03.94				
Name:	Scheuermann	Aufn. am:	03.04.01				
Vorname:	Morbus	Entl. am:	04.05.01				
Geschlecht:	weiblich						
Hauptdiagnose:	D334	Seite:	Adjacent-DRG:	B02	PCCL:	3	
AR-DRG:	B02B						
Nebendiagnosen:							
I10	H250	N390	T784				
Prozeduren:							
	am / vom:	bis:	zu Diagnose:	am / vom:	bis:	zu Diagnose:	
5-031.0	24.04.01		D334	5-035.x	24.04.01	D334	
8-940	24.04.01	25.04.01	D334	8-944	24.04.01	25.04.01	D334

Abb. 2

Tabelle 1

DRG	Kurzbezeichnung	n	enthaltene AR-DRG	ermittelte durchschnittl. Verweildauer	durchschnittl. Verweildauer in Australien	Erlösdifferenz AR-DRG: aktuell
A06	Langzeitbeatmung mit Tracheotomie	6	A06Z	39d	30,81	+240 %
B02	Craniotomie	25	B02A (7x) B02B (18x)	19,4 16,6	20,11 10,8	+118 %
B03	(neurochir.) Op.'s an der WS	8	B03A (3x) B03B (5x)	17,7 17,6	15,43 6,18	+36 %
B04	Op.'s an extrakran. Gefäßen	3	B04A (2x) B04B (1x)	34 16	6,31 4,22	-24 %
B80	SHT	87	B80Z	3,6	1,36	-40 %
F08	große Gefäß-Op	2	F08B	26,5	9,4	-26 %
F11	Amputation bei DBS	8	F11A (3x) F11B (5x)	37,3 32,6	20,8 11,8	+5 %
F20	Varizen-Op.	53	F20Z	4,9	1,7	-12 %
G01	Rektumresektion bei Ca	7	G01A	26,7	18,7	+45 %
G02	große Darm-Op.	17	G02A (9x) G02B (8x)	24,5 19,2	17,9 18	+22 %
G07	Appendektomie	30	G07A (6x) G07B (24x)	10,5 7,4	6,2 3	+30 %
G08	Umbilikal- und Bauchwandhernien	20	G08Z	12,8	2,7	-10 %
G09	Leisten- und Schenkelhernien	51	G09Z	6,5	2	-25 %
G70	„subakute Appendicitis“	69	G70A (8x) G70B (61x)	10,5 4,7	2 4,5	-48 %
H01	große Op. an Pankreas und Leber	1	H01A (1x)	38	22,3	+39%
H02	Op. am Gallengangssystem	3	H02A (2x) H02B (1x)	33,5 26	15,2 13,17	+19 %
H04	Cholecystektomie	48	H04A (13x) H04B (35x)	17,3 9,3	6,7 2,3	-3 %
I03	Hüft-TEP	18	I03B (7x) I03C (11x)	25,8 22,3	12,8 11,3	+103 %
I04	Knie-TEP	14	I04B	23,6	9,8	-12 %
I08	Osteosynthese am Femur	19	I08A (11x) I08B (5x) I08C (3x)	19,3 19,2 14,7	14,5 9,3 6,4	+56 %
I09	spinale Fusion	13	I09A (5x) I09B (9x)	18,2 15,1	15,7 7,9	+138 %
I10	Bandscheiben-Op.	20	I10A (1x) I10B (19x)	17 17,6	12,2 5,5	-29 %
I13	Osteosynthesen an Humerus, Tibia, Fibula	41	I13A (3x) I13B (8x) I13C (30x)	20,2 14,4 10,6	12,4 6,7 3,4	-13 %
I18	Knie-Operationen (incl. Kreuzbandersatz)	49	I18Z	8,7	1,6	-47 %
I19	Osteosynthesen am Unterarm	25	I19Z	7,8	2,8	-6 %
I23	Materialentfernung (außer Hüfte und Femur)	38	I23Z	6,1	1,43	-36 %
I86	konservative Wirbelsäulenbehandlung	32	I68A (14x) I68B (18x)	13,5 9,8	7,2 3	-44 %
I75	kons. Frakturbehandlung Arm und Unterschenkel	135	I75A (8x) I75B (6x) I75C (21x)	15 19,3 6,1	9,3 4,2 1,8	-51 %
K06	Schilddrüsen-Op.	40	K06Z	6,1	3,4	+11 %

volumens nach AR-DRG's ausmachen würden. Schon hieraus wird ersichtlich, daß das neue Entgeltsystem zu einer Konzentration von Leistungen führen wird und damit die Kooperation territorial benachbarter Einrichtungen in Bezug auf Vorhaltung bestimmter teurer, aber bei entsprechender Auslastung auch lukrativer Behandlungskapazitäten befördern wird.

Weitere Schlussfolgerungen:

1. Insgesamt werden erhebliche Ungleichgewichte deutlich, deren Analyse und Korrektur im G-DRG-System vor dessen Einführung zu fordern ist.

2. Fälle der spezialisierten und hochspezialisierten Behandlung (neurochirurgische Operationen, tracheotomierte ITS-Patienten, „große“ Viszeralchirurgie und Traumatologie) erfahren eine Aufwertung im Erlössystem, wenn entsprechende Behandlungszahlen erreicht werden.

3. Die erheblichen Differenzen in Bezug auf die Verweildauern sind sicherlich zum großen Teil systembedingt (Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen bei uns, fallbezogene Pauschalvergütung in Australien). Dies wird bei der Erarbeitung des G-DRG-Systems berücksichtigt werden müssen. Es zeichnet sich ab, daß das neue Entgeltsystem sicherlich zu einer Verlagerung von Behandlungsfällen in den ambulanten Bereich führen wird.

Schlussbemerkung

Unser hier dargestelltes Procedere kann verständlicherweise nicht in allen Einzelheiten zur Nachahmung empfohlen werden. Zu sehr beruht es auf dem Engagement von Einzelpersonen aus dem ärztlichen Bereich bzw. deren überdurchschnittlicher Identifikation mit ökonomischen Zielsetzungen des Krankenhausbetriebes. Vom dargestellten Alleingang einer einzelnen Klinik muß sogar dringend abgeraten werden, da dieser dem Grundgedanken der prozeborientierten

Integration aller Krankenhausleistungen im Rahmen eines Behandlungsfalles diametral entgegensteht.

Wir sind jedoch der Meinung, dass einige Aspekte unseres Vorgehens durchaus Modellcharakter haben können, wenn man davon ausgeht, dass an vielen vergleichbaren Häusern ebenso wie bei uns eine umfassende EDV-Unterstützung bei der Lösung der anstehenden Probleme fehlt. Idealerweise ist dabei natürlich die Unterstützung einer entsprechenden Übergangslösung durch vorhandene materielle und personelle Ressourcen im EDV-Bereich zu wünschen.

Die in der Literatur erhobene Forderung nach einer bis fünfköpfigen Controllingabteilung für ein Haus unserer Größenordnung im Zusammenhang mit der DRG-Einführung halten wir für überzogen. Nach Etablierung der an die Gegebenheiten der jeweiligen Abteilungen/Kliniken angepaßten Verfahrensweise sowie einer geeigneten EDV-Lösung und der entsprechend engagierten Zuarbeit durch alle ärztlichen Mitarbeiter würden wir eine wie bei uns praktizierte dezentrale Lösung favorisieren, wobei der entsprechende Mitarbeiter schon aus Gründen der Akzeptanz und der Praxisnähe im ärztlichen Dienst verbleiben sollte. Bei diesem sollte es sich möglichst nicht um den neu eingestellten AiP handeln, der evtl. noch mit dem Versprechen einer längerfristigen Anstellung für diese Aufgabe interessiert wird.

Eine wirkliche Effizienz der Tätigkeit des DRG-Beauftragten ist aus unserer Sicht nur bei subtiler Kenntnis der DRG-Systematik und Eingruppierungsbedingungen für die im Spektrum der jeweiligen Klinik normalerweise vorkommenden Behandlungsfälle gegeben. Die eingehende Beschäftigung mit dem australischen System wird sich diesbezüglich mit Sicherheit auch für das noch nicht in seinen Einzelheiten bekannte G-DRG-System „auszahlen“. Damit entfallen u.E. auch Bedenken hinsichtlich der „richti-

gen“ Zuordnung interdisziplinärer Behandlungsfälle, die dahin gehen, daß die Vertreter der einzelnen Fachrichtungen immer nur auf die „eigenen“ Diagnosen und Therapien fokussieren; wer sich im System auskennt, dem sind die (insgesamt überschaubaren) Eingruppierungsalternativen hinsichtlich der zu erzielenden Erlöse geläufig und derjenige wird auch ohne Zusammenkunft einer vielköpfigen Controllinggruppe die wirtschaftlich sinnvollste Entscheidung treffen.

Internet-Adressen mit Informationen und Software zur DRG-Einführung:

<http://www.cchs.usyd.edu.au/ncch/publi.html>
(Bestellformular für Kodierhandbücher)
<http://www.access-med.de>
(Datenbank mit PKKS-Funktion)
<http://www.g-drg.de>
(Informationen der Selbstverwaltung)
<http://drg.uni-muenster.de>
(Informationen, Literatur zu DRG-Systemen)

Kontaktadresse: Mathias Kaufhold
Industriestrasse 40, 01129 Dresden,
Chirurgische Klinik,
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt