Versorgungssicherung unter DRG-Bedingungen

Die AOK Rheinland begrüßt die Einführung von DRG als einen neuen Weg in der Krankenhausfinanzierung.

Ziele der DRG-Einführung

Mit der Einführung der DRG verbinden wir folgende Ziele:

1. Mehr Leistungsgerechtigkeit
Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den erbrachten Leistungen und dem Schweregrad der Erkrankung des Patienten. Dadurch sollen Krankenhäuser, die entsprechend aufwändige Fälle behandeln, auch die adäquaten finanziellen Ressourcen erhalten. Dies gilt natürlich auch im Umkehrschluss, d. h. Krankenhäuser, die entsprechend „einfache“ Fälle behandeln, werden entsprechend geringere Erlöse haben.
2. Mehr Leistungstransparenz
Der „Pflegetag“ als bisherige Leistungsgröße ist eindimensional und setzt falsche Anreize zur Verweildauererlängerung. Behandlungsfälle eignen sich besser zur Beschreibung der Krankenhausleistung als Pflegetage. Leistungstransparenz schafft die Grundlage für Leistungsanalysen und damit für eine gezielte Leistungssteuerung.
3. Mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität
Die Einführung des DRG-Systems setzt die Krankenhäuser unter wirtschaftlichen Druck, ihre Leistungen effektiv und effizient zu erbringen. In einer verbesserten Planung und Organisation im Krankenhaus liegen die größten Rationalisierungspotenziale.

Verbesserte Qualität durch die DRG-Einführung

Das DRG-System wird zu einem Wettbewerb um den Patienten führen. Diese Patientenorientierung äußert sich z. B. in einer kürzeren Verweildauer, denn welcher Patient will schon länger als unbedingt notwendig im Krankenhaus liegen. Gleichzeitig führt der Wettbewerb aber auch dazu, dass es sich ein Krankenhaus nicht leisten kann, Patienten aus Kostengründen zu früh zu entlassen. Eine stärkere Transparenz ermöglicht es Patienten, sich vor einem Krankenhausaufenthalt umfassend zu informieren. Zu diesem Zweck sollen die ab 2004 zu erstellenden Qualitätsberichte (u. a. im Internet) veröffentlicht werden. Diese Regelung sowie die Vorgabe von Mindestmengen für planbare Leistungen zeigt, dass die Einführung der DRG auch mit der Zielsetzung einer stärkeren Spezialisierung der Krankenhäuser verbunden ist.

Sicherstellung der adäquaten Finanzierung

Im Fallpauschalengesetz sind genügend Sicherheitsnetze ausgelegt worden, damit alle medizinisch notwendigen Leistungen auch adäquat finanziert werden. Dazu gehört eine Öffnungsklausel, die sicherstellt, dass Leistungen, für die in der Erstversion 2003/2004 noch keine Fallpauschalen gebildet werden konnten, durch Vereinbarungen vor Ort vergütet werden können. Diese Regelung wird jetzt durch das Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) bis 2005/2006 verlängert und darüber hinaus inhaltlich sogar erweitert.

Es greift auch eine Grenzverweildauerregelung, die bei Fällen, die aufgrund der Schwere der Krankheit überdurchschnittlich lange liegen, wieder tagesbezogene Zuschläge vorsieht. Diese Regelung dient dazu, das Risiko von „Ausreißerfällen“ für die Krankenhäuser zu begrenzen und eine adäquate Behandlung sicherzustellen.

Folgen der DRG-Einführung

Mit der Einführung der DRG werden sich bestimmte Auswirkungen zeigen:

- Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus
Durch die Einführung der DRG wird eine deutliche Verkürzung der Liegezeiten auftreten, was bereits jetzt an den ersten Umsteigerhäusern sichtbar wird. Allerdings wurden nach der Bundespflegesatzverordnung bereits 20–30% der Fälle über Fallpauschalen abgerechnet. Bei diesen – vorwiegend chirurgischen – Fällen sind kaum weitere Kürzungen zu erwarten.

Die Verweildauerkürzungen sind v. a. durch verbesserte Organisationsstrukturen und geplante Abläufe zu erreichen. In diesem Zusammenhang spielt der Einsatz von Behandlungsleitfäden (clinical pathways) eine zentrale Rolle. Die so genannten „blutigen“ Entlassungen kann sich ein Krankenhaus im Wettbewerb nicht leisten, aber auch gesetzlich ist festgelegt, dass eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleiben (s. §17c Abs. 1 Nr. 2 KHG). Die Einhaltung dieser Verpflichtung kann über

Trauma Berufskrankh 2004 · 6 [Suppl 3] : S321–S323
DOI 10.1007/s10039-003-0766-4
© Springer-Verlag 2003

P. Gorschlüter

Versorgungssicherung unter DRG-Bedingungen

Zusammenfassung

Ziele der DRG-Einführung sind mehr Leistungsgerechtigkeit, mehr Leistungstransparenz, mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität. Das DRG-System wird zu einem Wettbewerb um den Patienten, der sich aufgrund der stärkeren Transparenz umfassender informieren kann, führen und damit zu einer besseren Versorgung. Auch eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser wird eine positive Folge sein. Im Fallpauschalengesetz, im Fallpauschalenänderungsgesetz sowie der Grenzverweildauerregelung ist die adäquate Finanzierung notwendiger Leistungen gesichert. Die ersten Erfahrungen mit dem DRG-Umstieg wurden mit den Optionshäusern gewonnen. Erwartungsgemäß ist die Überprüfung der Kodierung ein

zentrales Problem und wird auch in Zukunft ein großes Aufgabenfeld bleiben. Einen Schwachpunkt bei der Einführung der DRGs im Optionsjahr stellt der DRG-Katalog 2003 dar. Dessen Weiterentwicklung hängt maßgeblich von der Beteiligung der Krankenhäuser und medizinischen Fachgesellschaften ab. Ein verbesserter DRG-Katalog sowie erweiterte Öffnungsklauseln sollten für 2004 eine gute Grundlage für den flächendeckenden Umstieg auf die DRG sein.

Schlüsselwörter

Diagnoseorientierte Fallpauschalen · Krankenhaus · Krankenkasse · DRG-Einführung

Safeguarding care with the DRG system

Abstract

The aims of introducing the DRG system are fairer remuneration based on services provided, enhanced transparency in terms of performance, better value for money, and a better quality of care. The DRG system will lead to competition for patients, who are able to find out more thanks to the greater transparency, and thus in turn to better care. Another positive effect will be the more marked specialization of hospitals. The laws on per-case lump sum payments and on alteration of the per-case lump sum payments and also the regulation governing hospital stay thresholds will ensure adequate financial provision for the services needed. Early experience with the changeover to the DRG-System has been recorded in clinics that opted to join in 2003 before it becomes compulsory. As might have been expected, the review of the coding system is a cen-

tral problem area, and this will remain a large area of activity in the future. The introduction of the DRG-System in this year when hospitals have been able to join it on a voluntary basis has been marred by the 2003 catalogue of DRGs, which is definitely one of its weak points. Its further evolution will depend heavily on involvement of the hospitals and professional medical organizations. An improved DRG catalogue and expansion of the opening clauses should provide a good basis for the changeover to DRG throughout the country in 2004.

Keywords

Diagnosis-related lump-sum fees · Hospital · Healthcare insurance · Changeover to DRG system

Stichprobenprüfungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft werden.

- Verschiebung der Patienten in andere Bereich bzw. der Drehtüreffekt
Die Verschiebung von Leistungen aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich ist – nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ – ausdrücklich vom Gesetzgeber so gewollt. Bei der Verkürzung der Verweildauern ist es wichtig, dass die entsprechenden ambulanten und stationären Nachsorgestrukturen insbesondere in der Pflege und in der Rehabilitation zur Verfügung stehen. Hier ist v. a. ein verbessertes Schnittstellenmanagement von Seiten des Krankenhauses gefragt. Wird ein Patient zu früh entlassen, tritt der so genannte Drehtüreffekt bei einer Wiedereinweisung auf. Dem soll eine weitere Grenzverweildauer (GVD)-Regel entgegen wirken: Wird ein Patient innerhalb der GVD aufgrund derselben Ursache wieder eingeliefert, kann keine neue DRG abgerechnet werden.
- Spezialisierung der Krankenhäuser
Im zukünftigen DRG-System ist es für Krankenhäuser entscheidend, eine hohe Fallzahl in einer Fallgruppe zu erreichen, um die so genannten Skalen- und Erfahrungskurveneffekte realisieren zu können. Das heißt, eine hohe Fallzahl wirkt sich zum einen positiv auf die medizinische Qualität aus und zum anderen sinken die durchschnittlichen Fallkosten durch den (Fixkosten-)Degressionseffekt. Die strategische Positionierung von Krankenhäusern wird daher zukünftig stark auf eine Spezialisierung ausgerichtet sein. Auch diese Entwicklung ist vom Gesetzgeber ausdrücklich so gewollt. Die Gefahr besteht darin, dass Krankenhäuser anfangen könnten, eine Patientenselektion zu betreiben. Dem steht aber die gesetzliche Verpflichtung zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags entgegen.

Erste Erfahrungen

Die ersten Erfahrungen mit dem DRG-Umstieg wurden mit den Optionshäusern

gewonnen. Am Anfang steht eine neue Art von Budgetverhandlungen, die v. a. um den Aspekt einer Leistungsplanung auf Basis von DRG erweitert werden. Als Ergebnis der Budgetverhandlungen wird der Basisfallwert des Krankenhauses vereinbart, der als „Preis“ für die DRG-Leistungen abgerechnet wird. Für eine reibungslose Abrechnung ist ein funktionsfähiger Datenaustausch zwischen Krankenhaus und Krankenkassen von zentraler Bedeutung. Bei der Vielzahl von Informationen, die zur Ermittlung der richtigen DRG notwendig sind, bedeutet es für beide Seiten einen unverhältnismäßig hohen Aufwand, wenn die DRG-Rechnungen noch auf Papier erfolgen.

Erwartungsgemäß ist die Überprüfung der Kodierung ein zentrales Problem. Es bestehen noch große Unsicherheiten, wie die Kodierrichtlinien im Einzelnen auszulegen sind. Zu diesem Zweck führen wir mit den Krankenhäusern Gespräche über Kodierauffälligkeiten, das wird auch in Zukunft ein großes Aufgabenfeld bleiben.

Einen Schwachpunkt bei der Einführung der DRG im Optionsjahr stellt der DRG-Katalog 2003 dar, der überwiegend auf der Basis des australischen Katalogs unter starkem Zeitdruck entstanden ist. Sowohl in der Differenzierung der Klassifikation als auch bei den Bewertungsrelationen besteht erheblicher Verbesserungsbedarf für 2004.

Resümee

Die Weiterentwicklung des DRG-Katalogs hängt maßgeblich von der Beteiligung der Krankenhäuser und medizinischen Fachgesellschaften am Vorschlagsverfahren für die DRG-Klassifikation und am Kalkulationsverfahren für die Neuberechnung der Relativgewichte ab. Ein verbesserter DRG-Katalog sowie erweiterte Öffnungsklauseln (s. FPÄndG) sollten für 2004 eine gute Grundlage für den flächendeckenden Umstieg auf die DRG sein.

Korrespondierender Autor

Dr. Petra Gorschlüter

AOK Rheinland,
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,
E-Mail: petra.gorschluter@rla.aok.de

„Trauma und Berufskrankheit“ bietet aktuelle Beiträge zu Fragen der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, der Berufserkrankungen sowie zu Themen der Unfallverhütung, der operativen und konservativen Therapie.

Möchten Sie ein bereits erschienenes Heft nachbestellen? Die folgenden Ausgaben können Sie direkt bei unserem Kundenservice zum Preis von je EUR 35,- beziehen:

Heft 4/2003

Leitthema:

- Berufskrankheiten

Standards in der Unfallchirurgie:

- Kopf/Schädel-Hirn-Verletzungen

Begutachtung:

- Technische Gutachten im Sozialgerichtsprozess unter Berücksichtigung der Berufskrankheiten

Qualitätssicherung:

- EDV-gestützte Auswertung von Begutachtungsdaten

Heft 1/2004

Leitthema:

- Hyperbare Sauerstofftherapie

Standards in der Unfallchirurgie:

- Abdomen, Thorax, große Gefäße

Heft 2/2004

Leitthema:

- Handverletzungen

Standards in der Unfallchirurgie:

- Instabile Schulter

Begutachtung:

- Das handchirurgische Gutachten

Berufskrankheit:

- Naturlatexallergie

Arbeitsmedizin:

- Tabakrauch am Arbeitsplatz

Begutachtung:

- Arbeitskreis „Querschnittlähmungen“

So erreichen Sie unseren Kundenservice:

Springer-Verlag

Kundenservice Zeitschriften

Haberstr. 7, 69126 Heidelberg

Tel.: +49 6221 345-4303

Fax: +49 6221 345-4229

E-Mail: SAG-journals@springer-sbm.com

TraumaundBerufskrankheit.springer.de