Mangelnde Abbildbarkeit berufsgenossenschaftlich relevanter Verletzungsarten

Mögliche Auswirkungen

Pauschalierte Entgeltsysteme sind für die Vergütung stationärer Fälle nichts Neues. So werden DRG-Vergütungssysteme in vielen Ländern eingesetzt. Einmalig ist allerdings die Konsequenz der Einführung des neuen Entgeltsystems in Deutschland. Der Anspruch einer nahezu 100%igen Vergütung durch DRG im stationären Versorgungsbereich in Deutschland ist sehr gewagt. Unschwer ist vorauszusagen, dass es einer sehr gut auf deutsche Verhältnisse abgestimmten Umarbeitung des aus Australien übernommenen Systems bedarf, um dem Anspruch „das Geld folgt der Leistung“ gerecht zu werden.

Nicht nur der umfassende Anwendungsbereich der DRG mit z. B. Einschluss der gesamten Notfallmedizin ist extrem ehrgeizig, auch der Zeitplan der Einführung ist ungewöhnlich risikofreudig. Nach gerade 2 Jahren einer „budgetneutralen“ Einführung soll bereits im Jahr 2005 „scharf gestellt“ werden, d. h. dass dann die krankenhausindividuellen Basisfallwerte sukzessive auf landesweite Werte angeglichen werden.

Bedingt durch die derzeit noch nicht valide Datenbasis besteht für spezialisierte Behandlungszentren, welche ihre Schwerpunkte in der Behandlung Komplexverletzter haben, bei den derzeitigen Kalkulationsgewichten sowie bei den zukünftigen Basisfallwertreduzierungen durchaus eine Existenz gefährdende Bedrohung.

Im BG-Unfallkrankenhaus Hamburg z. B. liegen Behandlungsschwerpunkte in den Bereichen

- Querschnittgelähmte,
- Schwerbrandverletzte,
- Polytraumatisierte,
- Osteitispatienten,
- Schwer-Schädel-Hirn-Verletzte,
- rekonstruktive Chirurgie,
- Replantationschirurgie sowie im
- rehabilitativen Bereich.

Alles sind Bereiche, die in ihrer Komplexität derzeit im DRG-System nur schlecht abgebildet sind und deren derzeitige Bewertungsrelationen größtenteils keine Kosten deckenden Behandlungen erlauben.

Erste Anpassungen nach der 2. Kalkulationsrunde

In der AR-DRG-Version waren insgesamt 664 DRG kalkuliert. Im Rahmen der ersten deutschen Kalkulationsrunde 2003, in der nur die Teildaten der ersten Monate des Jahres 2002 vorlagen, wurden 642 DRG kalkuliert. Die Daten der 2. Kalkulationsrunde waren bereits deutlich valider und rekrutierten sich aus dem Gesamtjahreszeitraum 2002. Es konnten jetzt 824 DRG auf Grundlage der an der Kalkulationsrunde teilnehmenden Kliniken ermittelt werden, immerhin 176 DRG wurden neu kreiert, 16 DRG wurden gestrichen, und bei 126 DRG wurden Änderungen der Splitkriterien vorgenommen. Die selbst auferlegte Obergrenze von 800 DRG war bereits jetzt überschritten.

Während bei der ersten Kalkulationsrunde die Daten von 116 Krankenhäusern zur Verfügung standen, lieferten bei der 2.

Kalkulationsrunde „immerhin“ 144 Krankenhäuser (8% der Leistungsdaten liefernden Krankenhäuser) Kostendaten, hierunter waren jetzt erstmalig 12 Universitätskliniken. Mit anderen Worten bedeutet das, dass das Gesundheitssystem in Deutschland derzeit auf Basis einer sehr dürftigen Datenlage von etwa 6% der deutschen Kliniken reformiert wird! In Kenntnis der erheblichen Aufwendungen für die teilnehmenden Kalkulationskliniken, eine funktionierende Kostenträgerrechnung aufzustellen, darf es nicht verwundern, wenn im Rahmen der nächsten Kalkulationsrunde, die die Gesamtjahresdaten des Jahres 2003 beinhaltet, noch immer keine validen Kostendaten deutscher Krankenhäuser vorliegen, mit denen das GDRG-System aufwandsgerecht umzusetzen ist.

Kompressionseffekt mit Verzerrung der Erlössituation

Bei Analyse der bisher in beiden Kalkulationsprojekten ermittelten Bewertungsrelationen fällt auf, dass es zu erheblichen Verschiebungen bisheriger Vergütungsmaßstäbe kommt. Begriffe wie Kompressionseffekt beschreiben, dass nach bisher festgelegten Bewertungsmaßstäben relativ einfache Krankenhausbehandlungen überproportional teuer und sehr aufwändige Behandlungen außerordentlich schlecht vergütet werden. Dies darf angesichts der schlechten Datenlage nicht verwundern.

■ **Tabelle 1** zeigt Beispiele für sehr teuer abgerechnete Fälle des Jahres 2003 mit den Änderungen 2004, ■ **Tabelle 2** dagegen Bei-

spiele für zu preisgünstig kalkulierte Fälle des Jahres 2003 mit den Änderungen 2004. W01A und B61A sind nicht kalkuliert.

Bereits jetzt, knapp 1 Jahr nach Beginn des Optionsjahrs, melden die Unfallkas- sen deutliche Mehrausgaben für den sta- tionären Sektor, was nicht verwunderlich ist, wenn man sich die Bewertungsrelatio- nen sowohl des Optionsjahres 2003 als auch die des Jahrs 2004 ansieht.

Komplexbehandlungsvergütung

Komplexbehandlungen sind, wie an den folgenden Beispielen dargestellt, extrem knapp kalkuliert (vergütet):

1. Für die erfolgreiche Replantation einer Hand nach Kreissägenamputationsverlet- zung wurde ein Handwerker im BG-Un- fallkrankenhaus Hamburg 92 Tage statio-

när behandelt – inklusive intensiver frühre- habilitativer Maßnahmen. Im Ergebnis be- stand nach 1 Jahr wieder Arbeitsfähigkeit als Handwerker. Als „Tageserlös“ für die 92 Tage akutstationärer Behandlung wäre dieser Fall bei einem bereits mit 2900 € großzügig angesetzten Basisfallwert mit 199 €! (DRG X07Z) vergütet worden. Im Falle einer Stumpfbildung, die relativ ein- fach durchzuführen gewesen wäre und die man ohne Berücksichtigung weiterer pro- thetischer Versorgungen mit einer etwa 1- wöchigen stationären Behandlung hätte „DRG-konform“ therapieren können, wür- de ein umgerechneter Tageserlös von etwa 376 € resultieren! Für den Fall der medizi- nisch und therapeutisch sehr aufwändigen Replantation würde das Krankenhaus un- ter den Bedingungen 2004 ein erhebliches finanzielles Risiko eingehen (evtl. Komplika- tionen mit weiteren nicht finanzierten

Kostensteigerungen) bei gleichzeitiger Ge- wissheit, dass eine Kostendeckung in kei- nem Fall zu erreichen ist.

2. Eine junge Frau geriet bei einem KFZ- Überschlag mit ihrem Arm zwischen Dach und Asphalt und zog sich hierbei schwerste Weichteilzerreißen am Un- terarm sowie multiple Frakturen an Un- terarm und Hand zu. In mehrfach geplant durchgeführten Operationen im interdis- ziplinären Team mit Hand-, Plastischen- und Unfallchirurgen konnte die Extremi- tät bei sehr guter Funktion erhalten wer- den. Bei zeitgleich durchgeführten inten- siven Rehabilitationsmaßnahmen wurde eine stationäre Verweildauer von 87 Tagen benötigt, die Minderung der Erwerbsfä- higkeit auf Dauer betrug für die gesetzliche Unfallversicherung lediglich 20 v. H. Um- gerechnet wären für diesen Fall 172 €/Tag vergütet worden. Auch in diesem Fall ist der selbstaufgelegte Anspruch des BMGS „Das Geld folgt der Leistung“ nicht einmal im Ansatz erfüllt.

3. Ein Mann mit Verbrennungen von ins- gesamt 20% KOF wurde 77 Tage stationär im BG-Unfallkrankenhaus Hamburg be- handelt. Hiervon waren 12% Verbrennun- gen Grad IIb–III am Körperstamm und 8% Grad IIa an beiden Beinen. Die Beat- mungszeit betrug 85 h, die Behandlung auf der Schwerbrandverletztenintensivstation dauerte 2 Wochen. Chirurgisch wurden mehrfache Nekrektomien, Spalthauttrans- plantationen sowie Verbandwechsel in Narkose vorgenommen. Die zu erwarten- de MdE auf Dauer ist mit etwa 30–40 v. H.

Tabelle 1

Sehr teuer abgerechnete Fälle

Eingriff bei/zur	DRG		2003		2004	
	2003	2004	Relatives Gewicht	Erlös [€]	Relatives Gewicht	Erlös [€]
Material-entfernung	I23Z	I23Z	0,732	1976	0,633	1709
Arthroskopie Knie	I18Z	I18Z	0,854	2306	0,664	1793
Außenknöchel-fraktur	I13C	I13D	1,326	3580	1,409	3804
Distale Radiusfraktur	I19Z	I18Z/I31Z	1,0	2700	0,664/1,057	1793 /2854

Fälle des Jahres 2003 mit den Änderungen 2004, angenommene Baserate: 2700 €

Tabelle 2

Zu preisgünstig kalkulierte Fälle

Eingriff bei/zur	DRG		2003		2004	
	2003	2004	Relatives Gewicht	Erlös [€]	Relatives Gewicht	Erlös [€]
Polytrauma mit Langzeitbeatmung	W01Z	W01A–W01D/A06–A13	13,323	32.400	48,272–7,272	130.334–20.862
Polytrauma	W02Z	W02Z	5,106	13.786	4,559	12.350
Großflächige Verbrennung Grad II°	Y02B	Y02B	2,224	6005	3,694	9974
Replantation Hand	X03Z	X07Z	1,735	4685	2,065	5575
Replantation Finger	X02Z	X07Z	1,368	3694	2,065	5575
Querschnitt	B61A	B61A	4,351	11.784	–	n.\$6/KhEntG

Fälle des Jahres 2003 mit den Änderungen 2004, W01A und B61A nicht kalkuliert, angenommene Baserate: 2700 €

anzunehmen. Die abzurechnende DRG für diesen Fall ist Y02A mit einem Relativgewicht von 5,798 bei einer kalkulierten mittleren Verweildauer von 25 Tagen. Ab Überschreiten der oberen Grenzverweildauer von 42 Tagen wird mit jedem Tag ein Zuschlag fällig, sodass schließlich ein Effektivgewicht von 10,313 resultiert. Bei einer wiederum großzügigen Veranschlagung des Basisfallwerts von 2900 € resultiert ein „Tageserlös“ von 388 €. An dieser Stelle sei angemerkt, dass der bisher gültige Tagespflegesatz für die Schwerbrandverletztenintensivstation derzeit 3913 € beträgt, bedingt durch die erheblichen Kosten der Vorhalteleistungen.

Diese 3 Beispiele legen die derzeitige mangelnde Abbildbarkeit von Komplexverletzten im DRG-System offen.

Dies gilt in gleicher Weise für Querschnittgelähmte, die das BG-Unfallkrankenhaus Hamburg in der überwiegenden Zahl der Fälle als Selbstversorger in die häusliche Umgebung verlassen. Im Optionsjahr 2003 waren nur 275 Tage für die akutstationäre Behandlung Querschnittgelähmter zugebilligt. Äußerst wichtig ist aber gerade hier eine in die Akutbehandlung integrierte intensive Frührehabilitationsbehandlung. Der Versicherte soll so gut rehabilitiert wie irgend möglich in die häusliche Umgebung entlassen werden. Dass mit dieser kurzen Zeitdauer seriensweise Entlassungen in Pflegeeinrichtungen produziert worden wären, liegt auf der Hand.

Herausnahme einiger Verletzungen aus DRG-Kalkulation

Die Einbindung externen Sachverständigen in Form zahlreicher Einwände der Fachverbände hat zumindest teilweise Wirkung gezeigt, so hat das BMGS die Querschnittgelähmten, sofern sie sich in der DRG B61A/B wiederfinden, zunächst aus der DRG-Kalkulation herausgenommen.

Diese Forderung steht noch für einige andere Bereiche in der Traumatologie. So sind z. B. Forderungen zur Herausnahme der Komplexverletzungen, der Replantationen und Polytraumen durchaus nicht unbegründet. Für Teilbereiche der Verbrennungsmedizin ist eine temporäre Herausnahme bereits beschlossen, was die DRG Y01Z und Y61Z betrifft. Hierbei handelt es sich allerdings nicht um eine prinzipielle Herausnahme aus dem System,

Zusammenfassung · Abstract

Trauma Berufskrankh 2005 · 7[Suppl 1]:S69–S73
DOI 10.1007/s10039-004-0906-5
© Springer-Verlag 2004

M. Jessel · H. Erhard

Mangelnde Abbildbarkeit berufsgenossenschaftlich relevanter Verletzungsarten. Mögliche Auswirkungen

Zusammenfassung

Mit dem neuen Fallpauschalensystem werden die Diagnosis related groups als Vergütungsgruppen nicht nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch für weite Bereiche der gesetzlichen Unfallversicherung eingeführt. Der Gesetzgeber bezieht die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit ein, obgleich die Aufgabenstellungen zwischen beiden Systemen variieren und sich die Interessen beider Versicherungssysteme grundlegend

unterscheiden. Es wird dargelegt, dass die Einführung des DRG-Systems für die gesetzliche Unfallversicherung unter derzeitigen Prämissen keineswegs einen Qualitätsgewinn darstellt und hierdurch sogar Kostensteigerungen drohen.

Schlüsselwörter

Fallpauschalensystem · Diagnosis related groups · Gesetzliche Krankenversicherung · Gesetzliche Unfallversicherung

Impossibility of coding injury types relevant to the work of employers' liability insurance associations. Possible ramifications

Abstract

With the new payment system the diagnosis-related groups are introduced as remuneration groups not only for the purposes of legally required health insurance, but also in large sectors within legally required accident insurance. The legislator is involving the underwriters of the legally required accident insurance too, even though the tasks served by the two systems are not the same and the interests of the two insurance sys-

tems are fundamentally different. This paper presents the thesis that the introduction of the DRG system is not a way of improving quality in the present situation and that it even threatens to increase costs.

Keywords

Per-case payment · Diagnosis-related groups · Legally required health insurance · Legally required accident insurance

Tabelle 3

Kostenanalyse für gesetzliche Unfallversicherung

Maßnahme	Extremitätenerhalt Unterschenkel	Amputation Unterschenkel
	Kosten [€]	Kosten [€]
Stationäre Behandlung	28.387	11.000
Prothesenversorgung		65.000
Hilfsmittelversorgung (orthopädische Schuhe, Gehapparat)	28.500	
Verletztengeld	22.500	15.000
Rentenleistungen	328.000	442.000
Umschulung/Übergangsgeld		107.000
Gesamtkosten GUV	~407.00	661.000

sondern nur um eine zeitweise „Zurückstellung“, da die bisher ermittelten Kostendaten eine Pauschalierung innerhalb des DRG-Systems bisher nicht zuließen.

Prinzipiell ist eine DRG-Vergütung auch der oben genannten Problembereiche sicherlich möglich, hierfür bedarf es aber mehrjähriger vollständiger Datenerhebungen zur korrekten Kostengewichtsermittlung.

Unterschiedliche Konzepte – eine Vergütung?

Die Struktur der DRG ist auf die gesetzliche Krankenversicherung abgestimmt. Einer der wesentlichen Eckdaten der DRG-Kalkulation ist die kalkulatorisch ermittelte mittlere Verweildauer, wobei bis zum Erreichen der oberen Grenzverweildauer keine Mehrerlöse vergütet werden. Die sich hieraus ableitenden Direktiven sind klar: möglichst zügige stationäre Entlassung zur Reduzierung der Kosten im akutstationären Bereich. Eine Kontrolle der Kostenentwicklung im nachgeordneten medizinischen und sozialen Rehabilitationsbereich erfolgt nicht, ebenfalls keine Kontrolle späterer Kostengestaltungen im Rentenwesen. Die DRG sind abgestimmt auf das duale Vergütungssystem, wobei etwa ein Kostenanteil von 10% für den Investitionsbereich nicht über die DRG, sondern über die öffentliche Hand vergütet wird.

Vom BMGS ist der Anwendungsbe- reich über den SGB-V-Bereich hinaus ausgedehnt worden auf weite Teilbereiche des SGB VII. So sind Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung, die in Kran-

kenhäusern behandelt werden, deren Träger nicht die gesetzliche Unfallversicherung ist, prinzipiell nach DRG abzurechnen. Das Fallpauschalengesetz findet ebenfalls Anwendung auf Patienten, die zu Lasten der Krankenversicherung in Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung liegen. Vom Gesetzgeber werden hier 2 Bereiche mit gleichen Vergütungsformen abgegolten, deren Aufgabenstellungen deutlich differieren:

Auf der einen Seite die krankenversicherten Patienten, deren Leistungen wirtschaftlich und nur im notwendigen Umfang erbracht werden dürfen, auf der anderen Seite die gesetzlich Unfallversicherten, deren Leistungen mit allen geeigneten Mitteln zu erfolgen haben. Während bei der gesetzlichen Krankenversicherung in erster Linie die momentan anstehende Akutbehandlung im Vordergrund des Interesses steht, ist bei der Behandlung nach SGB VII stets die Gesamtbehandlung von Interesse: vom Unfall bis zur Wiedereingliederung in das Berufsleben inklusive aller medizinischen und sozialgesellschaftlichen Rehabilitationsmaßnahmen, einschließlich etwaiger Rentenleistungen. Die unterschiedlichen Interessen liegen auf der Hand: Bei der gesetzlichen Krankenversicherung heißt das Kostenreduktion vornehmlich durch Kostensenkung im Rahmen der Akutbehandlung. Bei der gesetzlichen Unfallversicherung heißt das schnellstmögliche Rückkehr an den Arbeitsplatz unter zur Verfügungstellung aller erforderlichen Mittel. Das Interesse des Unfallversicherungsträgers ist ein bestmögliches Ergebnis zur Vermeidung späterer

Rentenleistungen. Der Ausgabenschwerpunkt liegt hier u. a. auf dem Rehabilitations- und Rentenbereich (■ Abb. 1).

Für die gesetzliche Unfallversicherung sei noch einmal dargelegt, dass das Fallpauschalengesetz in seiner jetzigen Form qualitätsfördernden Aspekten eher zuwider läuft, als diese zu fördern. Die Favorisierung der auf das akute Geschehen eingeschränkten (kurzsichtigen!) Sichtweise gegenüber einer gesamtumfassenden Fürsorge vom Unfall bis zur Wiederarbeitsfähigkeit bzw. Rentenleistung ist für die gesetzliche Unfallversicherung qualitätsmindernd und eher Kosten treibend.

An 2 Beispielen sei dies verdeutlicht:

1. Die Replantation einer Hand bei einem Handwerker (s. Beispiel 1) verursachte Kosten von etwa 29.000 € für die Akutbehandlung bei einer stationären Verweildauer von 92 Tagen. Die Berechnungen der Folgekosten mit Verletztengeldzahlungen und Rentenbezügen, hochgerechnet auf das 80. Lebensjahr, beliefen sich auf insgesamt etwa 396.000 €.

Im Vergleich hierzu ergeben die Berechnungen für den angenommenen Fall der Stumpfbildung bei vergleichsweise niedrigen Primärkosten der Akutbehandlung von etwa 15.900 € (inklusive Prothesenanpassung) deutlich höhere Gesamtkosten von etwa 654.000 € für die GUV. Hier eingerechnet wurde die stationäre Behandlung inklusive Rehabilitationstherapie und Versorgung mit Prothese. Ebenfalls wurden Kosten für Verletztengeldzahlungen, Umschulungsmaßnahmen, Rentenleistungen sowie für Prothesenerneuerungen und Reparaturen eingerechnet.

2. Einem jungen Mechaniker drohte bei seit 13 Jahren unbeherrschter Unterschenkelosteitis nach Tibiamarknagelung nach ehemals offener Unterschenkelfraktur eine Unterschenkelamputation. Nach Vorstellung im BG-Unfallkrankenhaus Hamburg gelang nach insgesamt 3 stationären Aufenthalten die Infektberuhigung mit Segmentresektion und schließlich Stabilitätswiederherstellung durch langstreckigen Wiederaufbau der Tibia. Während vorher eine MdE von 40% zuerkannt war, Berufsunfähigkeit und Unterschenkelamputation drohten, war die MdE jetzt mit 30% bewertet, und die Tätigkeit als Mechaniker konnte weiterhin ausgeübt werden.

Abb. 1 ▲ **Vergleich der Ausgabesituation bei gesetzlicher Unfall- und Krankenversicherung**

Die Kostenanalyse (hochgerechnet auf das 80. Lebensjahr) ergibt für den Fall des Unterschenkelverlusts relativ hohe stationäre Akutbehandlungskosten, allerdings im Vergleich zum Amputationsfall deutlich geringere Folgekosten, wie in ■ **Tabelle 3** dargestellt.

Unter derzeitigen DRG-Bedingungen würden sich für den geschilderten Fall im BG-Unfallkrankenhaus Hamburg gegenüber der Entgeltregelung nach Pflegesätzen bei den 3 akutstationären Behandlungen Mindereinnahmen für das Krankenhaus von jeweils 25%, 33% und 40% ergeben. Im Amputationsfall wäre für die Klinik das Risiko einer ausbleibenden Kostendeckung deutlich geringer, wenn die weitere prothetische Versorgung und gehschulische Weiterbehandlung ambulant fortgeführt werden würden. Dass hierdurch bei wahrscheinlich verlängerter Prothesenanpassungs- und -versorgungszeit und dadurch verlängerter Heilbehandlung und Arbeitsunfähigkeit bei augenscheinlich primär günstigerer Versorgung gesamt gesehen höhere Ausgaben resultieren, ist zu befürchten.

An diesen Beispielen zeigt sich sehr anschaulich, dass trotz höheren primären akutstationären Behandlungskosten insgesamt gesehen bei bestimmten Komplexverletzungen die Gesamtkosten gegenüber der augenscheinlich primär kostengünstigeren Behandlung deutlich geringer sein können, diese werden allerdings aus DRG-Perspektive nicht berücksichtigt. Dies mag daran liegen, dass die Krankenkassen für die Folgekosten (Umschulungsmaßnahmen, Rehabilitationsleistungen,

Rentenleistungen) in der Regel nicht aufkommen und dass das DRG-Reglement auf das SGB V abgestimmt ist. Dass dies nicht das Interesse der Kostenträger der gesetzlichen Unfallversicherung sein kann, liegt auf der Hand.

Korrespondierender Autor

Dr. M. Jessel

BG-Unfallkrankenhaus Hamburg,
Bergedorfer Straße 10, 21033 Hamburg
E-Mail: M.Jessel@buk-hamburg.de

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.