DRG im berufgenossenschaftlichen Heilverfahren

Sicht einer Krankenhausärztin

Fallpauschalen nach dem System der „diagnosis related groups“ (DRG) wurden in verschiedenen Ländern seit vielen Jahren entwickelt. Mit In-Kraft-Treten des §17b KHG musste auch für Deutschland ein solches pauschales Vergütungssystem gefunden werden. Die Selbstverwaltungspartner haben sich am 27.6.2000 auf die „Australian-Refined Diagnosis Related Groups, Version 4.1“, als Grundlage des für Deutschland zu entwickelnden G-DRG-Systems geeinigt. Unter ungeheurem Zeitdruck musste dieses bis zur

gesetzlichen Einführung am 1.1.2003 umgesetzt und den deutschen Verhältnissen angepasst werden. Besonderheiten unseres hochkomplexen Gesundheitssystems, speziell die besonderen Ansprüche der berufgenossenschaftlich entsprechend dem SGB VII versicherten Unfallverletzten, wurden dem Zeitdruck geopfert.

Definition der DRG

Patientenklassifikationssysteme mit dem Ziel der systematischen Zuordnung auf-

wandsähnlicher Fälle zu möglichst kostenhomogenen Fallgruppen unter Beachtung von Kriterien der medizinischen Zusammengehörigkeit

Verwaltung oder Therapie der Patienten?

Schon das sorgfältige Lesen der DRG-Definition macht deutlich: Hier geht es nicht um medizinische, sondern um betriebswirtschaftliche Tatbestände, die bestimmen, welche Vergütung für eine Behand-

Tabelle 1

Bisheriger und möglicher zukünftiger Behandlungsverlauf

Bisheriger Behandlungsverlauf		Möglicher zukünftiger Behandlungsverlauf	
1.–7. Tag	Stationäre Aufnahme zur Vigilanzüberwachung Analgesie Bettruhe 2-mal täglich Wundpflege Antibiose Thromboseprophylaxe mit NMH und AV-Pumpe	1.–7. Tag	Entlassung nach 24 h Überwachung des Schädel-Hirn-Traumas mit Gehstützen und dorsaler Oberschenkel-schiene zur Wundpflege in ambulante Versorgung (?)
8. Tag	Schraubenosteosynthese	11. Tag	Nach 10 Tagen Wiederaufnahme zur Operation für 12 Tage
18. Tag	Verlegung in BGSW-Klinik	23. Tag	Entlassung
Erlös	11.350 €	Erlös	1693 €

Trauma Berufskrankh 2004 · 6 [Suppl 4] :
S435–S437
DOI 10.1007/s10039-004-0929-y
© Springer Medizin Verlag 2004

A. Tempka

DRG im berufenossen-schaftlichen Heilverfahren. Sicht einer Krankenhausärztin

Zusammenfassung

Die flächendeckende, so genannte 100%-Einführung von Fallpauschalen als Entgeltsystem für deutsche Krankenhäuser stellt den größten Systemwechsel seit Begründung des deutschen Gesundheitswesens dar. Ein spezielles Problem ergibt sich für das berufenossen-schaftliche Heilverfahren insofern, als die Anforderungen an die stationäre Heilbehandlung im SGB VII nicht identisch sind mit den Vorgaben des SGB V. Die Sorgen und Risiken für die Behandlung der Unfallverletzten werden benannt und Lösungsvorschläge dargestellt.

Schlüsselwörter

Diagnosis related groups · DRG ·
Berufenossen-schaftliches Heilverfahren

DRG in treatments approved by the employers' liability insurance associations. A hospital doctor's view

Abstract

The inauguration of a uniform DRG system for financing hospital treatment is the biggest change since the German healthcare system started. The treatment of trauma victims insured by the workers' board is especially problematic. The insurance benefits payable by this board is different from those of other health insurances, but the system does not allow for any differentiation. Examples are given and some solutions are suggested.

Keywords

DRG · Diagnosis-related groups · Workers board insurance · Treatments approved by the employers' liability insurance associations

Tabelle 2

Dissonanz von Anspruch und Erlös

HD	S82.38	Offene Pilon-tibiale-Fraktur rechts	
ND	S81.81!	Offene Wunde Unterschenkel mit Fx	CCL=0
	S82.0	Patellafraktur rechts	CCL=0
	S92.0	Kalkaneustrümmerfraktur rechts	CCL=0
Prozedere	5-79a.6k	Fixateur externe OSG	
	5-794.8n	Platten-Schrauben-Osteosynthese Tibia	
	5-793.2j	Zuggurtung Patella	
	5-797.3t	Plattenosteosynthese Kalkaneus	
DRG	I13C		
BWR	1,326		
dVWD	8,1 Tage		
Erlös	3978 €	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula, Sprunggelenk ohne schwere CC	
Real		6 Operationen und 28 Tage VWD	
Resümee		Anforderungen des SGB VII so nicht erfüllbar	

lung gewährt wird. Weiterhin zu berücksichtigen sind die Regelungen des §17a KHG zur Fehlbelegung und Fehlbelegungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Welche therapeutischen und ökonomischen Verwerfungen die Folge sein können, wird im Folgenden aufgezeigt.

Fallbeispiel

Folgender Fall soll zur Veranschaulichung der Unterschiede zwischen altem und neuem Abrechnungs- und damit Versorgungsmodus dienen: Eine 48-jährige Patientin, die allein im 4. Stock ohne Fahrstuhl lebt, zieht sich bei einem Sturz am Arbeitsplatz eine Stirnwunde, Schädel-Hirn-Trauma Grad 1 sowie eine Patellaquerfraktur des linken Knies mit großflächiger Schürfung und Kontusion zu. Die Versorgung nach unserem bisherigen System und der mögliche zukünftige Behandlungsverlauf sind einander in ■ **Tabelle 1** gegenübergestellt. Wegen des Fehlbelegungsrisikos wird die Patientin in Zukunft nicht mehr vom 1.–7. Tag stationär behandelt, sondern bereits nach 24 h entlassen und erst nach 10 Tagen zur Operation wieder aufgenommen. Zur Abrechnung sind nach DRG-System nach §2 KFPV 2004 beide Aufenthalte zu einer operativen DRG zusammenzufassen. Mit dem heutigen Grouper und BWR 2550 € ergibt sich nach DRG I18Z, VWD 1/4,6/10 der in ■ **Tabelle 1** dargestellte Erlös von 1693 € gegenüber dem bisherigen von

11.350 €. Ist hier auf neue Grouper und einen anderen Erlös zu hoffen?

Das dargestellte Beispiel zeigt deutlich, dass unser Therapieregime zukünftig nicht mehr von medizinischen, sondern von betriebswirtschaftlichen Tatbeständen gesteuert sein wird.

Die beiden exemplarischen Verläufe werfen viele Fragen auf:

- Wer versorgt die allein lebende, bettlägerige Patientin Tag und Nacht?
- Wie findet die ambulante Versorgung statt?

Chirurgen machen selten täglich Hausbesuche, ganz davon abgesehen, dass sich dies finanziell nicht lohnt, sind die Tagespläne der Kollegen voll und lassen solche häuslichen Betreuungen mit den notwendigen Materialien und der begleitenden Schwester unreal erscheinen.

Die Alternative der täglichen Vorstellung in der Praxis mit den entsprechenden Krankentransporten können sich viele Patienten in Anbetracht der Zuzahlungsregelungen nicht leisten. Würde nun also tatsächlich die häusliche Betreuung ohne Qualitätsverluste in der Behandlung erfolgen sollen, kämen hier enorme Pflege-, Transport- und Haushalts-hilfeskosten zusätzlich zur ärztlichen Betreuung zusammen – ein Schelm, wer hier nicht an Rationierung und Qualitätsverluste in der Behandlung denkt!

Abb. 1 ▲ Abschaffung einer Errungenschaft

Eigenes Vorgehen

In unserer Klinik belassen wir solche Patienten trotz Fehlbelegungsrisiko in der stationären Betreuung und stellen uns den Prüfverfahren. Dies beinhaltet

- die Übersendung eines Kurzberichts,
- die Organisation der Begehung der Kollegen vom MDK,
- die Prüfung der MDK-Gutachten,
- ggf. die Erstellung eines Gegengutachtens und
- – falls keine Einigkeit erzielt wird – die Vorbereitung und Durchführung der Klage vor dem Sozialgericht.

Bisher haben wir trotz tausender Verfahren keines verloren, sondern mussten nur gelegentlich wegen mangelnder Dokumentation einem Vergleich mit dem Kostenträger zustimmen.

Ist das BG-Verfahren weiter vorteilhaft?

Wir sind in Anbetracht des skizzierten Prüfverfahrens immer glücklich, wenn wir einen berufsgenossenschaftlich verletzten Patienten vor uns haben, da die BG als Kostenträger verpflichtet ist, entsprechend SGB VII §26 (2)

„... mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mindern, ...“

Diese Regelung geht weit über den Anspruch des Versicherten nach SGB V hinaus und zeigt das Dilemma der einheitlichen Fallpauschalen überdeutlich auf.

Die Kliniken werden die Ressourcen für die Patientenversorgung zwangsläufig an den bundesweiten Kalkulationen und den daraus zu erwartenden Erlösen orientieren müssen. In diesen Kalkulationen ist die Gruppe der unfallverletzten Patienten verschwindend gering, daher werden deren gesetzlich zugesicherte Ansprüche in der „DRG-Klinik der Zukunft“ nicht erfüllt werden können, und es stellt sich die Frage, wann dies der erste Patient bemerkt und einklagt.

Wir als Ärzte können immer dann in Bedrängnis kommen, wenn wir wissen, es gibt eine bessere oder intensivere Therapiemöglichkeit: Haften wir dann für mögliche Rehabilitationsverluste oder die Vertragspartner der Pflegesatzverhandlungen, die dieses unauskömmliche Budget vereinbart haben (■ Tabelle 2)?

Lösungen

Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie haben bereits im Jahr 2000 sowohl die Berufsgenossenschaften als auch den Gesetzgeber wiederholt auf das dargestellte Problem hingewiesen – wie wir heute wissen, ohne Erfolg. Es wurde mehrmals vorgeschlagen, die Patienten mit Anspruch auf ein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren mit einem Diagnosekode kenntlich zu machen und hier entsprechende Zuschläge zu vereinbaren. Sowohl diese systemimmanente Lösung als auch die völlige Herausnahme der BG-Patienten aus dem DRG-System wurden abgelehnt. Ob die Sorge, ein Präzedenzfall könne die 100%-Systemeinführung gefährden, oder andere Überlegungen zur Ablehnung dieser pragmatischen Vorschläge geführt haben, bleibt offen (■ Abb. 1).

Fazit

Es wäre nicht nur ein Verstoß gegen das SGB VII, sondern ein großer Verlust für die unfallverletzten Patienten, wenn es nicht gelingt, das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren mit all seinen therapeutischen und sozialmedizinischen Vorzügen zu retten. Wenn auch hier die Rationierung von Leistungen bevorsteht, ist es wohl nur eine Frage der Zeit, bis die gesetzliche Unfallversicherung als Ganzes zur Disposition stehen wird.

Korrespondierender Autor

Dr. A. Tempka

Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Virchow Klinikum,
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie,
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin,
E-mail: almut.tempka@charite.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.