

Software für die DRGs

Die Revolution im Krankenhaus

Vorerst unter „geschützten Bedingungen“ wird in Deutschland die diagnoseabhängige Fallgruppenpauschale eingeführt. Derzeit werden mit Hochdruck die Voraussetzungen dafür geschaffen. Denn die Würfel sind gefallen. Auch in Deutschland soll jetzt eine diagnoseabhängige Fallgruppenpauschale eingeführt werden. Ab dem Jahr 2003 wird DRG (Diagnosis Related Groups) die Krankenhausvergütung bestimmen, so haben der Gesetzgeber, Träger und Krankenkassen vereinbart.

DRG steht für „Diagnosis Related Groups“, diagnoseabhängige Fallgruppenpauschalen. Ein DRG beschreibt einen stationären Patientenfall und summiert allen Ressourcenverbrauch vom Eintritt in das Krankenhaus bis zum Verlassen.

DRGs bilden ein Fallgruppensystem,

- das alle stationären Krankenhaufälle in medizinisch sinnvolle und nach ökonomischem Aufwand vergleichbare DRG-Gruppen einteilt,

das heißt, eine leistungsgerechte Darstellung aller Krankenhaufälle,

- das die Bewertung der erbrachten Krankenhausleistung in Verbindung bringt mit der Art der Behandlung,
- das komplexen Fällen mit höherem Aufwand ein höheres Entgelt zuordnet, das heißt, dass schwere Krankenhaufälle berücksichtigt werden,
- das die Behandlung des Patienten im Krankenhaus insgesamt betrachtet und jeweils einer DRG eindeutig zuordnet.

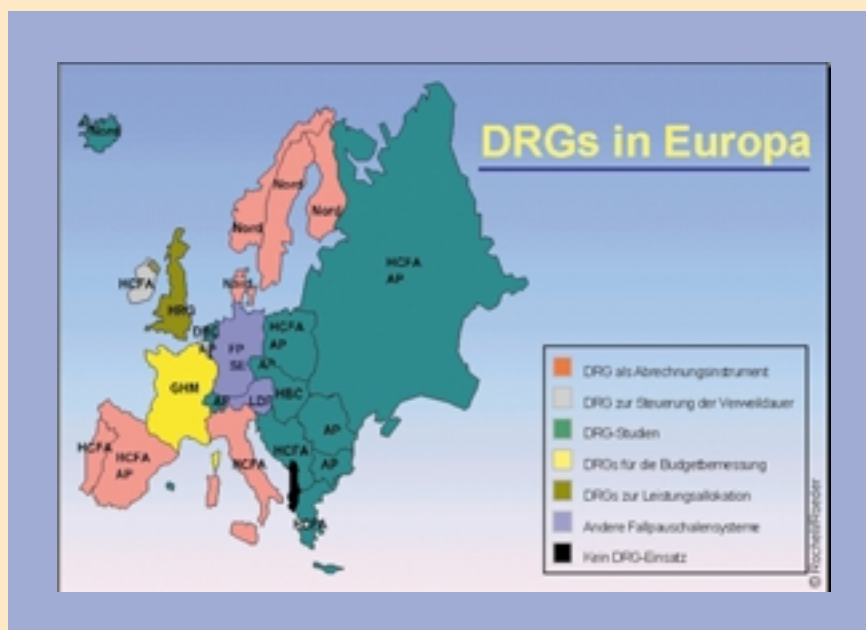
Hierbei ist das Hauptziel die Zusammenfassung von Patienten mit ähnlichen Krankheitsbildern und ähnlichen Kosten. Jedem Patienten wird somit pro Aufenthalt eine DRG zugeordnet.

Ab dem Jahr 2003 soll dieses zentrale Element der Gesundheitsreform umgesetzt sein. Die Bezahlung nach DRG beinhaltet, dass die Krankenkasse für jeden Behandlungsfall einen Festpreis zu entrichten hat,

der sich nach der Diagnose des Falles richtet. Insgesamt werden in Deutschland so circa 800 verschiedene Fallgruppen mit ihren Preisen für alle medizinischen Diagnosen eingeführt werden.

In der Praxis sind alle relevanten Diagnosen und Zustände zu dokumentieren, die während des Krankenhausaufenthaltes konkrete Leistungen ausgelöst haben. Dies sind sämtliche Diagnosen und Zustände, die einer eigenständigen Diagnostik oder Therapie bedurften oder einen erhöhten Pflege- oder Überwachungsaufwand verursachen oder die Mobilisation erschweren.

Dieses Fallpauschalensystem ist für Deutschland neu, jedoch bereits seinen Kinderschuhen entwachsen: Seit 1983 werden rund um die Welt verschiedene Varianten praktiziert, in Europa bereits in zwölf Ländern. In Deutschland hat man sich jedoch dazu entschlossen, die australische Variante als Basis zu nehmen. Somit wurde aus dem so genannten „AR-DRG-System“ ein „G-DRG“.



Deutschland und Albanien in einem Boot – das soll sich ändern, denn in nächster Zukunft werden DRGs auch in Deutschland über die Abrechnung in Kliniken bestimmen.

Nur rund 25 Prozent der Krankenhäuser sind gut auf das Überleben im Markt vorbereitet.

*Unternehmensberater
Dr. Jörg Weidenhammer*

Ab 2003 sollen dann erstmals alle Kliniken auf dieser Basis abrechnen, wobei den Kliniken dann noch in einer Übergangszeit die bisherige Umsatzhöhe garantiert wird.

Die wesentliche Veränderung, die durch die Abrechnung nach DRG zutage treten wird, ist, dass für die Kliniken ein Anreiz entsteht, so viele Fälle wie möglich in einer kürzest möglichen Zeit zu behandeln.

Hierbei wird es für alle Beteiligten darum gehen, dennoch die Qualität der medizinischen Versorgung auf einem hohen Niveau zu halten. Ab-

sehbar ist schon jetzt, dass die Krankenhäuser eher dazu neigen werden, verschiedene Eingriffe in getrennten Aufhalten zu erbringen und möglichst auch ambulant zu behandeln. Dies stößt in Deutschland derzeit noch an das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen, die alleine über den so genannten Sicherstellungsauftrag verfügen. Die erste Phase ist datiert auf den Juni des Vorjahres. Die Selbstverwaltungsorgane der Spitzenverbände

- der Krankenkassen,
- des Verbandes der privaten Krankenversicherung und

Seine Einschätzung: „Nur rund 25 Prozent der Krankenhäuser sind gut auf das Überleben im Markt vorbereitet.“ Prof. Dr. Jekabs Leititis, Vorstand Ressort Krankenversorgung des Bereichs Humanmedizin der Georg-August-Universität Göttingen, sieht vor allem aber die positiven Seiten: „Eine deutlich kürzere Verweildauer der Patienten und ein spezialisiertes Leistungsspektrum sind die wichtigsten Erfolgsfaktoren für das Krankenhaus unter einem DRG-System.“ Ralf Pinnau von Haarmann Hemmelrath Management Consultant, er-

Infos

Die Broschüre „Die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für Krankenhäuser in Deutschland“ ist erhältlich über
MedInform
 c/o BVMed
 Hasengartenstraße 14 c
 65189 Wiesbaden
 E-Mail: medinform@bvmed.de
 Fax 06 11 / 7 63 72 11

Direkter Vergleich möglich
 „Vor allem wird es auch mehr Transparenz im Leistungsgeschehen geben“, loben Experten. „Es wird möglich sein, Krankenhäuser ökonomisch zu vergleichen.“ Medizinische Klassifikationen spielen bei der DRG eine zentrale Rolle, so meint beispielsweise Dr. Michael Schopen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): „Sie verdichten Informationen über Diagnosen und durchgeführte Maßnahmen, um die Entgeltgruppe eines Falles zu bestimmen.“ Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und der Operationenschlüssel (OPS-301) dienen dazu, die Entgeltgruppen zu definieren und voneinander abzugrenzen. Die gestiegene Bedeutung der Kodierung in dem neuen DRG-System drücke sich nach Ansicht Dr. Schopens allein dadurch aus, dass Fehlkodierungen enorme finanzielle Verluste für ein Krankenhaus bedeuten können: „Um eine möglichst einheitliche Kodierung in allen Krankenhäusern



Auch bei ähnlichen Diagnosen kann man zu unterschiedlichen DRGs kommen – die haben jedoch großen Einfluss auf den Umsatz, der mit einem Fall erzielt wird.

- der Deutschen Krankenhausgesellschaft hatten sich auf die „Grundstrukturen des künftigen Vergütungssystems für Leistungen im Krankenhaus“ verständigt. Derzeit werden die Details geklärt, die dazu notwendigen Strukturen geschaffen, Gesetze und Verordnungen formuliert und bis zur Rechtskraft geführt.

Erhebliche Veränderungen
 Deutlich wird allerdings schon jetzt, dass das DRG-System erhebliche - Veränderungen mit sich bringen wird. Dies führt jedoch nicht in allen Krankenhäusern zu freudiger Erwartung. Unternehmensberater Dr. Jörg Weidenhammer, Geschäftsführender Gesellschafter von Trans Clinic Consultants Saarbrücken, spricht sogar von einem „Angstpotenzial“.

klärt wiederum: „Die größte Herausforderung ist es jetzt, gemeinsam mit der Industrie, zu analysieren, wie man die Verweildauer der Patienten reduzieren kann.“

DARAUFGLEICHEN SIE WERT LEGEN.

MonitorTragersysteme

GCX

EWS

EHMKE, SCHMID & CO. GmbH
 85716 Unterschleißheim - Ohmstraße 3
 Tel.: (089) 31 78 15-0 - Fax: (089) 31 78 15-55

zu erreichen, sind klare Kodierrichtlinien erforderlich.“

Die „Verbesserung der Qualität, der Effizienz und der Transparenz durch die Offenlegung der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses“ erwartet Theo Riegel vom Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK). Das DRG-System sage dabei nur, wie die Gelder verteilt werden: „Wie viel verteilt wird, ist eine politische Entscheidung.“ Da es zu enormen Umschichtungen kommen werde, schlage die Selbstverwaltung eine „zweijährige budgetneutrale Einführung und eine anschließende dreijährige Konvergenzphase“ vor.

Derzeit Praxistest

Der aktuellste Stand: „Die Allgemeinen Kodierrichtlinien stehen kurz vor der Veröffentlichung. Der Kalkulationsleitfaden liegt im Entwurf ebenfalls vor und wird derzeit in 27 Krankenhäusern getestet“, so Riegel. Die dort gemachten Erfahrungen sollen als Leitlinie der Überarbeitung dienen: „Bis Oktober 2001 wird er in der endgültigen Fassung vorliegen.“ Der Methoden-Pretest dient folgenden Zielen:

- Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Kalkulationsmethodik
- Klärung von Fragen zur Datenvalidierung
- Identifizierung von Schnittstellenproblemen bei der Datenzusammenstellung und -übertragung
- Gewinn von Erkenntnissen zur Organisation und Durchführung der späteren Kalkulation (Betreuung der Krankenhäuser, Testauswertungen, benötigte Infrastruktur etc.)
- Nutzung als erster Anhaltspunkt für spätere Kalkulationen der Relativgewichte

Transparenz erwartet

Es sei gefährlich, ein Kalkulationsschema zu entwickeln ohne



Das neue System „muss offen für Innovationen sein,“ meint Georg Baum, zuständiger Unterabteilungsleiter „Gesundheitsversorgung“ beim BMG.

das Ziel zu kennen, meint hierzu Peter Pfaffenberger, stellvertretender Geschäftsführer des Wiesbadener St.-Josefs-Hospitals, das an dem Methodentest teilnimmt. Seine Hoffnung, die er mit DRG verknüpft: „Durch die größere Transparenz im Krankenhausbereich wird sich das Problem, dass Krankenhäuser mit gleicher Leistungsstruktur unterschiedliche Budgets haben, künftig bei den Budgetverhandlungen ändern.“

Die erste Kalkulationsrunde für die Relativgewichte soll von Juli bis Dezember 2001 stattfinden. Auf der Basis dieser empirischen Daten werden 2002 die DRG-Gruppen und die Schweregrade festgelegt. Das DRG-System soll ab dem Jahr 2003 zunächst budgetneutral eingeführt werden. Konsens sei es, ein zweites budgetneutrales Jahr einzu-

führen, so das Bundesgesundheitsministerium. Hausindividuelle Preise müssten dann ab 2005 in das DRG-System überführt sein.

Zur Weiterentwicklung und zur Pflege des DRG-Systems soll ein eigenes DRG-Institut eingerichtet werden. Das unabhängige Institut soll die Relativgewichte des Systems auf der Basis deutscher Daten entwickeln und das System jährlich anpassen. Unter Hochdruck erarbeitet derzeit das Bundesgesundheitsministerium die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, um das beschlossene leistungsbezogene Entgeltsystem planmäßig umzusetzen. Dazu ist eine punktuelle Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und eine Neukonzeptionierung der Bundespflegesatzverordnung als eine neu gefasste Krankenhausentgeltverordnung erforderlich. Die Krankenhausfachabteilung des Ministeriums plant, diese Regelwerke noch in diesem Jahr zu novellieren.

Auch skeptische Stimmen

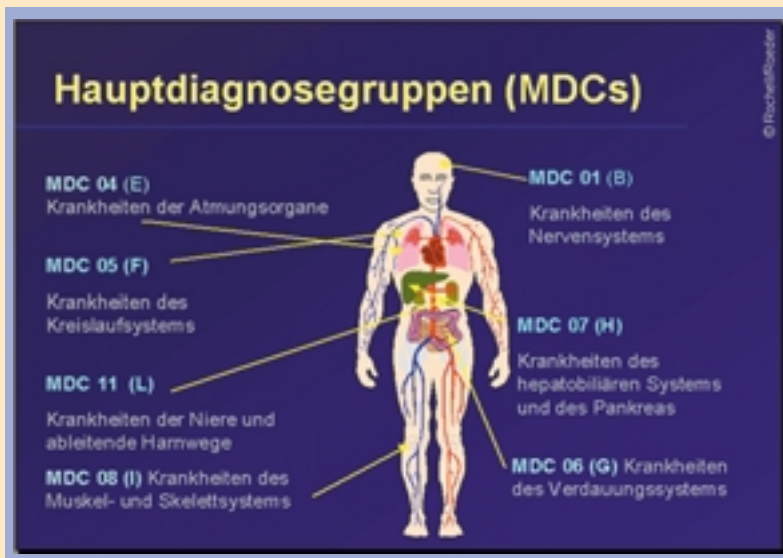
Allerdings gibt es auch skeptische Stimmen. Zweifel über die Einhaltung des Zeitrahmens zeigt beispielsweise Dr. Bernhard Rochell, Referent der Bundesärztekammer. Sein Kommentar: „Sehr optimistisch!“ Besonders kritisch sieht er die Frage, inwieweit sich durch DRG Einsparungen ergeben. Er berichtet von „Erfahrungen, die in den USA gemacht wurden“.

Hier wurden zwar folgende Punkte erreicht:

- eine Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer,
- eine Abnahme der durchschnittlichen stationären Belegungsquote,
- eine Reduktion der Aufwendungen für stationäre Behandlungen,
- eine zunehmende Kooperationsbildung im Krankenhausbereich,
- eine deutliche Zunahme ambulanter Operationen, aber keine Reduktion der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, so Dr. Rochell.



Mit den Fallgruppenpauschalen geht der Anteil der stationären Krankenhausleistungen zurück. Das ist erstens ein Erfahrungswert und zweitens ein gewollter Effekt.



Das Hauptziel ist die Strukturierung der anfallenden Diagnosen, um zu einer gleichmäßigen Budgetierung vergleichbarer Kliniken zu gelangen.

Das australische DRG-System, das Deutschland als Vorbild dient, nennt er den „Einäugigen unter den Blinden“. Dr. Rochell: „Wir sehen noch erheblichen Anpassungsbedarf.“

Vereinbarungen im Konsens

Das Bundesgesundheitsministerium selbst sieht es als notwendig an, dass das DRG-Vergütungssystem flexibel gehandhabt wird: „Es muss offen für Innovationen sein“, meint Georg Baum, zuständiger Unterabteilungsleiter „Gesundheitsversorgung“ im Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Dadurch soll sichergestellt werden, dass neue Produkte, Verfahren und Therapien, die sich keiner DRG-Gruppe zur Vergütung der Krankenhausleistungen zuordnen lassen, auch vor der jährlichen Überarbeitung des DRG-Systems eingeführt werden können.

Die Möglichkeit der Vereinbarung vor Ort, jenseits des Fallpauschalensystems, solle krankenhausindividuell und im Konsens zwischen Krankenhaus und Krankenkasse geschaffen werden, so Baum. Politisch noch nicht entschieden sei die Frage, ob die DRGs als Festpreise oder Höchstpreise eingeführt werden: „Bei beiden Lösungen gibt es Vor- und Nachteile“:

- Sollten feste Preise vereinbart werden, müssten Mengensteigerungen im System bei den jähr-

lichen Verhandlungen preismindernd wirken.

- Bei Höchstpreisen mache es dagegen Sinn, auch Mengen zu vereinbaren.

Im politischen Raum sei derzeit die Tendenz zu einheitlichen Preisen unter dem Motto „gleicher Preis für gleiche Leistung“ zu beobachten, so Baum.

Schub für die Medizintechnik

Fachleute gehen davon aus, dass die DRG vor allem auch einen Schub für die Medizintechnik bringe. „Der medizintechnische Aufwand wird im Vergleich zum pflegerischen Aufwand durch die sinkende Verweildauer ebenso steigen wie die Nachfrage nach Verweildauer verkürzenden und Ressourcen sparenden Verfahren“, so meint beispielsweise Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter „Stationäre Leistungen/Rehabilitation“ beim AOK-Bundesverband: „DRG wird zu einem Innovationsschub führen, denn beim DRG werden nur innovative Häuser die Gewinner sein.“

Wolfgang Kappeller,
Kitzingen

Geldverarbeitung für modernes Klinikmanagement

Die EURO-Zählmaschinen

Jetzt bestellen! Wir liefern zum Wunschtermin!

seit über 20 Jahren bewährt



jetzt 6 Sorten!

technische Highlights

Zählen, Sortieren, Absacken oder Rollieren in einem Arbeitsgang
einstellbare Stoppmengen, Einzelsumme und Tagesspeicher u.v.m.

Hohe Zählgeschwindigkeit ca. 1500 Münzen / Min. bei nur 9,5 kg

ECC EURO
COIN
COUNTER

ECC-Gehrig • Münzzähl- & Sortiermaschinen

D-74722 Buchen • Hollerbacher Straße 3
Telefon 0 62 81 / 25 19 • Telefax 0 62 81 / 45 19
Internet: www.eurocounter.de
E-Mail: info@eurocounter.de