

## Australian Refined DRGs - Probleme und Handlungsbedarf -

A. Schleppers und H. Sorgatz

Durch die Gesundheitsstrukturreform 2000 wurde mit der Neueinführung des § 17 b KHG ein weitreichender Paradigmenwechsel bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen verordnet (Abb. 1). Das bisherige Mischsystem aus Basis- und Abteilungspflugesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen soll im Jahr 2003 durch die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems abgelöst werden, das alle voll- und teilstationären Krankenhausleistungen umfaßt. Der Selbstverwaltung aus den Verbänden der Krankenhausträger und der Krankenkassen wurde aufgegeben, sich hierbei auf ein international bereits eingesetztes Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRGs), d.h. der diagnosebezogenen Fallgruppen zu orientieren und bis zum 30.06.2000 hierüber eine Einigung zu erzielen.

Obwohl nur Wenige an die Einhaltung dieses engen Zeitplans geglaubt haben, haben sich die Selbstverwaltungsorgane am 27.06.2000 buchstäblich in letzter Minute auf ein Vergütungssystem geeinigt, welches ab 2003 die Basis für die Vergütung sämtlicher stationärer Leistungen bilden soll. Nach intensiver Prüfung im internationalen Bereich eingeführter DRG-Systeme einigte sich die Selbstverwaltung letztlich darauf, das in einigen Bundesstaaten Australiens gebräuchliche Australian Refined DRG-System (AR-DRG) als Grundlage für ein auf das deutsche Gesundheitswesen adaptiertes DRG-System zu nehmen.

Die nächsten Schritte, die bei der Einführung dieses Systems abzarbeiten sind, unterliegen ebenfalls einem äußerst optimistischen Zeitplan (Abb. 2), wobei für die Krankenhäuser – wie später noch gezeigt wird – bereits das Jahr 2001 von erheblicher Bedeutung ist. Die endgültige, budgetneutrale Einführung des neuen Vergütungssystems soll im Jahr 2003 vorgenommen werden, wobei die Selbstverwaltung eine anschließende Konvergenzphase von drei Jahren vorgesehen hat.

### Bedeutung der AR-DRGs als durchgängiges, pauschalierendes Entgeltssystem

Die Wurzeln der DRG-Systeme liegen in den USA. Dort werden diagnosebezogene Fallgruppen bereits seit mehr als 15 Jahren zu Vergütungszwecken eingesetzt. Anhand vordefinierter Hierarchiestufen können dabei unterschiedlichste Behandlungsfälle in klassifizierte, diagnosebezogene Fallgruppen eingeordnet werden. Dabei liegt diesen, wie allen anderen DRG-Systemen der Gedanke zugrunde, die Behandlungs-

#### Inhalte der GKV - Gesundheitsreform 2000

##### § 17 b KHG Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems

- durchgängig, leistungsorientiertes und pauschalierendes DRG-orientiertes Vergütungssystem
- Ausnahme: Psychiatrie
- Abbildung von Komplexitäten und Comorbiditäten
- Zu- und Abschläge für Besonderheiten
- Orientierung an einem bereits angewandten Vergütungssystem auf Basis der Diagnosis Related Groups

Abbildung 1: § 17 b KHG

#### Zeitlicher Rahmen:

- 30.06.2000: Grundstruktur des zukünftigen DRG-Systems soll von den gemeinsamen Selbstverwaltungsorganen (Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte) erarbeitet werden
- 27.06.2000 Einigung auf das AR-DRG-System
- 31.12.2001: Definition der Bewertungsrelationen, Zu- und Abschläge
- 31.01.2003: Einführung des neuen Vergütungssystems (zunächst budgetneutral)

Abbildung 2: Zeitlicher Rahmen der DRG-Einführung

fälle zunächst zu möglichst kostenhomogenen (nicht: leistungshomogenen) Gruppen zusammenzufassen. Erst in einem zweiten Schritt werden diese aufwandsähnlichen Fallgruppen nach medizinischen Kriterien systematisch geordnet. Diese klassifizierende Zuordnung zu kostenhomogenen, medizinisch zusammengehörenden Fallgruppen obliegt nicht dem behandelnden Arzt oder der Krankenhausverwaltung, sondern wird EDV-gestützt durch ein sog. standardisiertes Grouper-Verfahren durchgeführt. Dieses Verfahren stellt sicher, daß jeder stationäre oder teilstationäre Behandlungsfall letztlich nur einer DRG zugeordnet wird, für die es nur ein vordefiniertes Entgelt gibt.

In vielen europäischen und außereuropäischen Ländern wurden die frühen Versionen des amerikanischen DRG-Systems übernommen und über Jahre hinweg weiter entwickelt. In die Entscheidungsfindung der Selbstverwaltung für ein praktikables Vergütungssystem für Deutschland gingen insgesamt sechs unterschiedliche DRG-Systeme ein. Das australische System (AR-DRG) unterscheidet sich dabei vor allem in der Anzahl der Gruppen, in die die einzelnen Behandlungsfälle eingeordnet werden, sowie in der

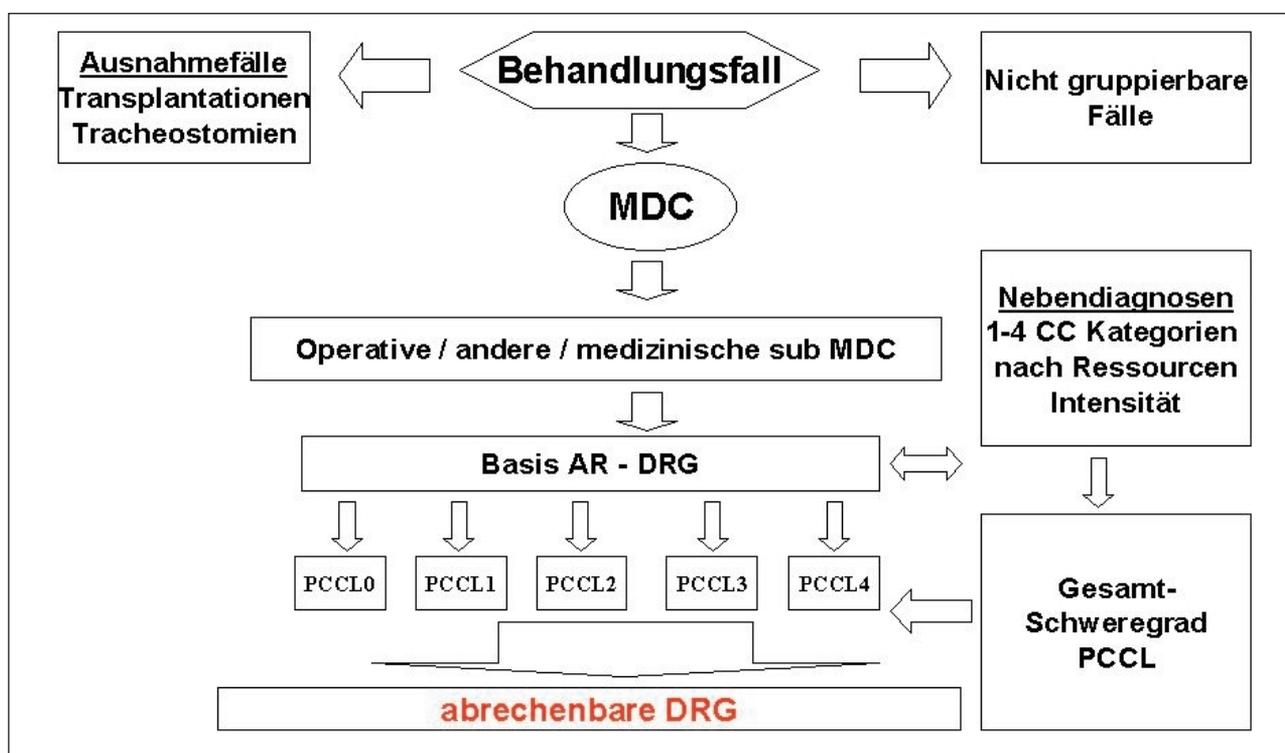


Abbildung 3: „Vom Behandlungsfall zur DRG“

intensiven Berücksichtigung von Begleiterkrankungen (Nebendiagnosen) und Komplikationen, in der australischen Terminologie "Complications and Comorbidities" (CC) genannt. Ferner gelten als Kriterien für die Zuordnung eines Falles in eine DRG neben den Diagnosen zum Teil auch die angewandten Prozeduren sowie das Alter, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht, und die Beatmungszeit bei Langzeitbeatmeten.

Die Einordnung von Behandlungsfällen über definierte Gruppierungsregelungen in eine DRG geschieht folgendermaßen (Abb. 3):

1. Der einzelne Behandlungsfall wird zunächst in eine Major Diagnostic Category (MDC) eingeordnet. Dies erfolgt in der Regel in Abhängigkeit vom hauptsächlich betroffenen Körperorgan.
2. Danach erfolgt eine Einordnung des Falles in eine chirurgische, sonstige oder medizinische Partition bzw. in eine Fehlergruppe für unplausible Kodierungen.
3. Anschließend entscheidet die Diagnose und/oder die durchgeführte Prozedur über die Einordnung des Falles in eine Basis-DRG.
4. Auf Grundlage der für jede Basis-DRG festgelegten Wertigkeit der einzeln dokumentierten Complications and Comorbidities wird ein Gesamtschweregrad (Patient Clinical Complexity Level (PCCL)) bestimmt, der dann letztlich die Einordnung des Falles in eine abrechenbare DRG auslöst.

Zum näheren Verständnis dieses Systems sind folgende Leitsätze von Bedeutung:

- Eine DRG ist eine Fallpauschale für den gesamten stationären Aufenthalt
- Eine DRG bildet den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch des definierten Falles ab, der im einzelnen Fall durchaus höher oder niedriger sein kann.
- Eine DRG wird definiert durch die Hauptdiagnose, die durchgeführten Prozeduren, Nebendiagnosen, Komplikationen, ggf. Alter und ggf. Geburtsgewicht des Patienten.
- Der der DRG zugrunde gelegte Ressourcenverbrauch und damit das erlösbare Entgelt wird maßgeblich bestimmt durch dokumentierte Nebendiagnosen und Prozeduren.
- Die DRG wird unmittelbar nach der Entlassung des Patienten anhand der für den Behandlungsfall maßgeblichen Hauptdiagnose festgelegt.
- Die DRGs bilden den gesamten Behandlungsprozess im Krankenhaus ab und stehen nicht einer spezifischen, beispielsweise der entlassenden Krankenhausabteilung zu.

Von weiterer Bedeutung für das Verständnis der DRGs ist es, daß die Entgelte für die DRGs nicht direkt aus dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch, ausgedrückt in einem Geldbetrag, abgeleitet werden. Ähnlich wie es aus Gebührenordnungen, z.B. aus dem vertragsärztlichen Bereich (EBM) oder der GOÄ, bekannt ist, werden die DRGs hinsichtlich ihres Ressourcenverbrauchs zueinander in Beziehung gesetzt und mit Relativgewichten belegt. Dabei bezieht man sich auf den mittleren Kostenaufwand einer Referenz-DRG, beispielsweise der komplikationsfreien Entbindung. Der Erlös einer DRG ergibt

sich dann aus dem Relativgewicht der DRGs und dem Basisfallwert, der zunächst krankenhausindividuell ermittelt wird. Die Grundlagen für diesen Basisfallwert werden bereits durch die Dokumentation im nächsten Jahr (2001) gelegt!

### Auswirkungen der DRGs auf das einzelne Krankenhaus

Die Qualität der medizinischen Dokumentation bildet im neuen Vergütungssystem die unabdingbare Basis für eine adäquate Erlössituation. Stichprobenprüfungen machen deutlich, daß bis zu 90 % der Diagnoseverschlüsselungen auf Basis des ICD 10 falsch oder unvollständig sind. Da die Dokumentation nach ICD 10 und OPS 301 (Operationsschlüssel nach § 301 SGB V) im DRG-System die einzige Grundlage einer leistungsbezogenen Vergütung bildet, können die Folgen einer fehlerhaften und unvollständigen Dokumentation für das einzelne Krankenhaus fatal sein.

Von besonderer Bedeutung für die Anästhesiologie und Intensivmedizin ist die Erfassung der geleisteten Prozeduren nach dem OPS 301. Neben der Kodierung von anästhesierelevanten Nebendiagnosen, die ggf. von Bedeutung für den Schweregrad der DRG sein können, besteht in der exakten Erfassung insbesondere aufwendiger Prozeduren die Chance, anästhesiologische und intensivmedizinische Leistungen adäquat abzubilden. Da der OPS 301 derzeit überarbeitet wird, läßt sich jedoch noch nicht mit hinreichender Sicherheit sagen, inwieweit die Anästhesie und Intensivmedizin in diesem Prozedurenkatalog adäquat abgebildet wird. Denkbar ist nach wie vor, daß anästhesiologische Leistungen überhaupt nicht gesondert nach

dem OPS erfaßt werden. Der BDA und die DGAI haben sich in enger Abstimmung sachgerecht in die Bewertung und Kalkulation der DRGs eingebracht und werden dieses auch weiterhin tun.

### Ausblick

Vergleicht man die bisherigen, vielfältigen Reformversuche im Gesundheitswesen, so hat noch kein Gesetzgeber für das Gesundheitswesen dermaßen weitgehende Reforminhalte mit einem derart engen Zeitplan vorgegeben.

Es ist dringende Aufgabe für die Ärzteschaft und ihre Verbände, bei allem Zeitdruck darauf hinzuwirken, daß die notwendige Sorgfalt bei der Ausgestaltung des DRG-Systems oberste Priorität hat. BDA und DGAI haben wiederholt ihre Bereitschaft erklärt, hieran im Sinne einer leistungsgerechten Vergütung bei einer qualitativ hochstehenden und humanen Krankenversorgung mitzuwirken. Es wird insbesondere für unser Fachgebiet darauf ankommen, als multifunktionaler und interdisziplinärer Dienstleister im Krankenhaus die zu erwartenden strukturellen Umwälzungen kritisch und konstruktiv zu begleiten. Es ist daher bereits jetzt unerlässlich, daß sich jeder Anästhesist intensiv mit den Themen Kosten- und Leistungsrechnung, Qualitätsmanagement und vor allem medizinische Dokumentation beschäftigt.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Alexander Schleppers*  
Referat für Gebührenfragen des BDA  
Sossenheimer Weg 19  
D-65843 Sulzbach.

### DRG-Seminare des BDA

Der BDA wird neben dem 1. DRG-Seminar am 01.12.2000 in Nürnberg (AI 10/2000, S. 774) im Frühjahr 2001 weitere DRG-Seminare anbieten. Bitte achten Sie auf die Ankündigungen in dieser Zeitschrift.

### DRG im Internet:

Aktuelle Informationen finden Sie auf folgenden Seiten:  
[http:// thgms.uni-muenster.de/drg](http://thgms.uni-muenster.de/drg)  
[http:// awmf.org/awmfdh.htm](http://awmf.org/awmfdh.htm)  
[http:// www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)

## Hinweis

### Kerndatensatz Anästhesie - Version 2.0 / 1999

(Anästh. Intensivmed. 9 (40), 649-660, 1999)

In der Veröffentlichung des Kerndatensatzes Anästhesie Version 2.0 / 1999 in Heft 9 / 1999 dieser Zeitschrift sind die obligat auszufüllenden Felder grau hinterlegt. Dabei ist auch das Feld VII (Anästhesietechnik) als obligat gekennzeichnet. Diese Angaben sind jedoch fakultativ. Wir bitten um Beachtung.