

Krankenhaus-Report 2007

„Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 23–47



2	Ein lernendes Vergütungssystem Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem	23
	<i>Norbert Roeder, Holger Bunzemeier und Wolfgang Fiori</i>	
2.1	Ausgangssituation	23
2.2	Datengrundlage für die G-DRG-Systementwicklung	24
2.2.1	Kalkulationsmodell	25
2.2.2	Kalkulation von Zu- und Abschlägen	26
2.2.3	Kostenausreißer	27
2.3	Kernelemente der Klassifikationsänderungen.....	28
2.3.1	Entwicklung des G-DRG-Klassifikationssystem.....	28
2.3.1.1	Abbildung spezialisierter Behandlungsstrukturen und –inhalte über Komplexbehandlungen	29
2.3.1.2	Abbildung von Mehrfachleistungen	31
2.3.1.3	Abbildung von besonderen Schwerpunkten	32
2.3.1.4	Weiterentwicklung der Schweregradbewertung	33
2.3.1.5	Änderungen in der Abfragehierarchie	34
2.3.2	Teilstationäre Leistungen	37
2.3.3	Zusatzentgelte (ZE).....	38
2.3.4	Innovationsfinanzierung unter DRG-Bedingungen.....	39
2.4	Systemreife und zukünftige Entwicklung	41
2.4.1	Systemreife	41
2.4.2	Zukünftige Entwicklung	42
2.5	Literatur.....	45

2 Ein lernendes Vergütungssystem

Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem

Norbert Roeder, Holger Bunzemeier und Wolfgang Fiori

2

Abstract

Das G-DRG-System 2007 weist nur noch wenige Gemeinsamkeiten mit seinem australischen Ursprung auf. Grund sind die notwendig gewordenen Anpassungen, um aus einem Budgetierungsinstrument ein Preissystem zu formen. Neben den tief greifenden strukturellen Veränderungen des DRG-Klassifikationssystems stellen die verbesserte Methodik der Kostenkalkulation, Zusatzentgelte und weiterentwickelte Rahmenbedingungen wichtige Meilensteine auf dem Weg zu einem gerechten DRG-Vergütungssystem dar. Erkauft wurde die differenziertere Abbildung mit einer deutlich gestiegenen Komplexität, die effiziente Abrechnung und Verhandlungen zunehmend belastet. Ob ab 2009 mit einem G-DRG-Preissystem abgerechnet werden kann, hängt insbesondere davon ab, ob für die Finanzierung von schwer pauschalierbaren Spezialleistungen Lösungen gefunden werden können.

The German G-DRG system 2007 bears little resemblance to its Australian origin. This is due to the adjustments which had to be made in order to use the G-DRG system as a pricing system in contrast to a budget finding instrument. Apart from fundamental and structural changes to the DRG classification system an improved methodology for cost calculation, additional payments and a more sophisticated framework constitute important stages in the development of a fair DRG-based reimbursement system. On the other hand, the considerable rise in complexity puts a strain on the efficiency of billing and negotiations. Whether the G-DRG pricing system will be implemented in 2009 depends on whether solutions can be found for financing specialised treatments that are as yet not adequately represented in specific G-DRGs.

2.1 Ausgangssituation

Im Juni 2000 haben die Selbstverwaltungspartner das australische DRG-System (AR-DRG Version 4.1) als Grundlage für das deutsche G-DRG-System ausgewählt. Im Vergleich zu anderen international eingesetzten DRG-Systemen fiel das australische AR-DRG-System insbesondere durch die große medizinische Aktualität und zutreffendste medizinische Differenzierung positiv auf (Roeder/Rochell 2000). Das AR-DRG-System ist ein so genanntes Refined-DRG-System der modernsten DRG-Generation, das neben Hauptdiagnosen und Prozeduren durch ein eigenes Schweregradsystem (Patient Clinical Complexity Level) auch Komorbiditäten berücksichtigt. Die daraus resultierenden über 2000 Schweregradgruppen wurden in

der AR-DRG Version 4.1 zu 661 kostenhomogenen AR-DRGs zusammengefasst. Damit trug das System einer hohen Differenzierung, aber auch den Anforderungen eines praktikablen Abrechnungssystems Rechnung.

Die erste Version 1.0 der G-DRGs entsprach fast unverändert der australischen AR-DRG-Version 4.1, berücksichtigte aber bereits auf Basis deutscher Kostendaten kalkulierte Bewertungsrelationen. Wissenschaftliche Analysen zur Abbildungsqualität stationärer Behandlungsleistungen deutscher Krankenhäuser im G-DRG-System zeigten, dass mit dem Anspruch an ein Preissystem z. T. erhebliche Anpassungen der G-DRG-Systematik zur leistungsgerechten Abbildung der Krankenhausleistungen erforderlich sind (Franz et al. 2003; Glocker et al. 2003; Juhra et al. 2003; Bunzemeier et al. 2003; Fürstenberg et al. 2003; Fiori et al. 2003; Fiori/Roeder 2004; Franz et al. 2004a; Franz et al. 2004b; Glocker et al. 2004; Loskamp/Roeder 2004; Loskamp/Roeder 2006; Franz et al. 2005). Dabei wurde auch deutlich, dass ein Teil der Krankenhausleistungen schwer oder gar nicht pauschal in den Fallgruppen abgebildet werden können und einer besonderen Berücksichtigung z. B. im Sinne von Zusatzentgelten bedürfen.

Die auf Basis dieser Erkenntnisse durchgeführte jährliche Weiterentwicklung des Systems führte zum aktuellen G-DRG-System 2007, das sich nicht nur quantitativ mit mehr als 1000 Fallgruppen und über 100 Zusatzentgelten von der ersten G-DRG-Version 1.0 deutlich unterscheidet, sondern vor allem auch inhaltliche und strukturelle Unterschiede aufweist, die das System einzigartig machen. Besonders hervorzuheben ist hierbei der Versuch der Auflösung der Eindimensionalität bisher bekannter DRG-Systeme. Ursprünglich wurden für die DRG-Gruppierung lediglich eine Hauptdiagnose, eine Hauptprozedur (vereinzelt in Kombination mit einer häufigen „Begleitprozedur“) und bei den Refined-DRG-Systemen zusätzlich Komorbiditäten durch entsprechende Schweregradsysteme berücksichtigt. Die Komplexität der Krankenhausleistungen, insbesondere bei Mehrfachleistungen, und die damit verbundenen Kostenunterschiede zwischen „Standardfällen“ und komplexen Behandlungsfällen können die ursprünglichen DRG-Systeme unter Berücksichtigung der Anforderungen an Anwendung der Fallgruppen als Grundlage für ein Preissystem nicht ausreichend abbilden. Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hat dazu geführt, dass weiterführende Merkmale z. B. in Form von Prozedurenfunktionen wie Eingriffe an mehreren Lokalisationen, die Mehrzeitigkeit von Eingriffen und Komplexleistungen zur sachgerechteren Abbildung der Aufwandsunterschiede genutzt werden.

Dabei ist nicht zu verkennen, dass die weitere Differenzierung des Systems mit steigender Kostenhomogenität der Fallgruppen auch eine Komplexitätssteigerung des Systems selbst nach sich zieht, die die Nutzungsmöglichkeiten des Systems außerhalb der Krankenhausfinanzierung erheblich einschränkt (Abschlussbericht 2006).

2.2 Datengrundlage für die G-DRG-Systementwicklung

Grundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sind die nach einem einheitlichen Schema ermittelten Leistungs- und Kostendaten deutscher Krankenhäuser. Krankenhäuser stellen auf freiwilliger Basis ihre Fallkostendaten dem

DRG-Institut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) jährlich zur Verfügung. Die Qualität der Kalkulationsdaten konnte durch höhere Anforderungen an die Methodik der Kostenkalkulation und durch verschärfte Plausibilitätsprüfungen durch das InEK kontinuierlich verbessert werden. Durch die Teilfinanzierung des Aufwands, der den Krankenhäusern durch die Teilnahme an der Kalkulation entsteht, konnte eine hinreichend große und repräsentative Stichprobe bei gleichzeitig steigenden Qualitätsansprüchen erhalten bleiben. Die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser sowie die Repräsentativität konnten allerdings nicht wesentlich beeinflusst werden. Da die Finanzierung der Kalkulation an die Datenqualität gebunden ist, konnte das InEK jedoch die Plausibilitätskontrollen wesentlich verbessern und einen höheren Anteil nicht plausibler Daten abweisen (Abschlussbericht 2006). Über 200 Krankenhäuser nehmen jährlich an der DRG-Kalkulation teil.

Mit den Kalkulationsdaten steht dem InEK ein Datenpool zur Verfügung, der für die Ausgestaltung der Fallgruppen sowie die Kalkulation der Bewertungsrelationen genutzt wird. An dieser Datenbasis werden die von unterschiedlichen Institutionen im Gesundheitswesen unterbreiteten Vorschläge zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems überprüft und bei Bedarf umgesetzt. Kalkuliert werden Bewertungsrelationen für Hauptabteilungen und Belegabteilungen, vereinzelt auch für teilstationäre Leistungen. Die durch den Gesetzgeber im § 17b KHG vorgegebene Abbildung teilstationärer Leistungen konnte bisher nicht befriedigend realisiert werden, da die Kalkulationsgrundlagen ungenügend waren (Abschlussbericht 2006 und 2007). Bisher existieren lediglich fünf teilstationäre G-DRGs, von denen nur eine bundesweit einheitlich bewertet ist. Auch die Vergütungshöhe für Zusatzentgelte wird anhand der Kalkulationsdaten im InEK bestimmt. Für einen Teil der G-DRGs und Zusatzentgelte können keine bundesweit einheitlichen Bewertungen ermittelt werden; hier erfolgt eine Bewertung durch die örtliche Verhandlungsebene.

2.2.1 Kalkulationsmodell

Trotz der steigenden Qualität der Kalkulationsdaten existieren noch immer methodische Probleme der DRG-Kalkulation, die insbesondere die Abbildung hochspezialisierter Leistungen im G-DRG-System erschweren. Ein wesentliches Problem stellt das der Kalkulation zugrunde liegende Einhaus-Kalkulationsmodell dar, bei dem die Kostendaten aus allen Fallkosten liefernden Krankenhäusern zusammengeführt und ohne weitere Differenzierung nach Versorgungsstufen und Spezialisierungen zur Berechnung der Bewertungsrelationen verarbeitet werden. Die Zusammensetzung der Stichprobe einer G-DRG und das Vorherrschen bestimmter Versorgungsstufen bzw. Spezialisierungen kann die Kalkulation der Bewertungsrelation einer G-DRG entsprechend verfälschen. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die bundesweit nur wenige Fälle in einer kleinen Anzahl von Krankenhäusern betreffen. Diese wenigen Fälle nehmen in der Masse aller Fälle kaum Einfluss auf die Mittelwertbildung der G-DRG. Folge ist eine unzureichende Abbildung dieser Leistungen im G-DRG-System. Auch wenn diese Fehlabbildung bei der über statistische Kennzahlen berechneten Güte des gesamten G-DRG-Systems kaum Einfluss nimmt, kann sie für einzelne Krankenhäuser mit entsprechender Spezialisierung auf diese Leistungen zu Existenzproblemen führen. Die alleinige Betrachtung

tung der Kostenhomogenität einer G-DRG als Kriterium der sachgerechten Leistungsabbildung greift daher zu kurz. Die Durchführung interklinischer Vergleiche bietet dagegen die Möglichkeit, Differenzen im Fallspektrum und in der Behandlungsleistung darzustellen und sachgerecht zu bewerten. So findet zum Beispiel die Therapie des Schlaganfalls mit sehr unterschiedlichen Leistungsinhalten und Kosten in der Inneren Medizin, der Geriatrie, der neurologischen Normalstation, einer Stroke-Unit oder einer Intensivstation sowie in Zusammenhang mit einer Operation und/oder einer spezialisierten frührehabilitativen Behandlung statt, obwohl die Hauptdiagnose identisch ist. Bildet sich z. B. eine seltene Spezialisierung überwiegend im Ausreißerbereich einer DRG-Pauschale ab, so kann die G-DRG aufgrund der Kalkulationsmethodik dennoch sehr hohe Homogenitätskriterien in der Gesamtbetrachtung aufweisen. Abbildungsprobleme der Spezialisierungen im G-DRG-System werden z. T. erst durch interklinische Vergleiche von Verweildauern und/oder Kostendaten ergänzt durch Subgruppenanalysen sichtbar. Werden hierbei Auffälligkeiten gefunden, kann häufig die weitere Analyse der Morbiditätsdaten auf Fallebene klären, ob die Unterschiede zwischen den Kliniken allein auf ein unterschiedliches Behandlungsmanagement anscheinend gleicher Fälle oder auf unterschiedliche Fallspektren innerhalb der untersuchten G-DRG-Fallgruppe zurückzuführen sind. Die Durchführung interklinischer Vergleiche bietet die Möglichkeit, Differenzen im Fallspektrum und in der Behandlungsleistung darzustellen und sachgerecht zu bewerten. Strukturunterschiede müssen bei der Systemanpassung dann berücksichtigt werden, wenn sie sich über unterschiedliche Diagnosen und Prozeduren darstellen lassen und mit unterschiedlichem Ressourcenverbrauch verbunden sind.

2.2.2 Kalkulation von Zu- und Abschlägen

DRGs bieten nur für Standardfälle eine Standardvergütung. Problematisch erweist sich die Vergütung von sog. Ausreißerfällen, insbesondere Fällen, die wesentlich kürzer oder länger als Standardfälle im Krankenhaus verweilen oder bei denen eine Zu- oder Wegverlegung erfolgt ist. Für diese Fälle fallen Zu- oder Abschläge zur Standardvergütung an, die sich in der Regel normativ aus der Bewertungsrelation der Standardfälle ableitet. In der Vielzahl der Fälle handelt es sich aber, wie sich in DRG-Evaluationsprojekten gezeigt hat, um medizinisch-inhaltlich andere Kollektive (Franz et al. 2003; Glocker et al. 2003; Juhra et al. 2003; Bunzemeier et al. 2003; Fürstenberg et al. 2003; Fiori et al. 2003; Fiori/Roeder 2004; Franz et al. 2004a; Franz et al. 2004b; Glocker et al. 2004; Loskamp/Roeder 2004; Loskamp/Roeder 2006; Franz et al. 2005). Eine normative Kalkulation aus Standardfällen führt damit nicht zu sachgerechten Ergebnissen. Ein nicht unerheblicher Anteil der Unterdeckung bei hochspezialisierten Leistungen wird durch wenige Ausreißerfälle verursacht. Kurzlieger stellen häufig Spezialkollektive (definierte Auftragsleistung) mit unterschiedlichen Behandlungsinhalten dar.

Auch die Definition und Ausgrenzung der Hauptleistung bei der Kalkulation der Zu- und Abschläge, die sich aus einem klassisch operativen DRG-Konzept ableitet, ist unter Betrachtung der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems der letzten Jahre immer weniger sachgerecht. So finden sich z. B. die Kosten von Komplexbehandlungen (z. B. Intensivmedizin), die vermehrt als gruppierungsbestimmendes

Attribut eingesetzt werden, nicht in den entsprechend auszugliedernden Kostenstellen und -arten wieder.

Für eine Vielzahl von Kurzliegern wurde eine innovative Lösung über die so genannten impliziten Einbelegungstag-DRGs gefunden. Hierbei handelt es sich um G-DRGs für Eintagesfälle und Mehrtagesfälle, bei denen die resultierende effektive Bewertungsrelation für Eintagesfälle aber auf der Kostenbasis von Eintagesfällen aus der Kalkulationsstichprobe kalkuliert wurde. Bei G-DRGs mit einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen kann so die Höhe der Bewertung für Fälle mit einem Belegungstag ausschließlich aus diesem Fallkollektiv selbst und damit sachgerecht kalkuliert werden. Es handelt sich damit quasi um eine „eigene DRG“ in der DRG“.

G-DRGs, deren zu- oder wegverlegte Fälle sich in der Kalkulation als nicht weniger aufwändig als Standardfälle erweisen, können explizit von der Verlegungsabschlagsregelung ausgenommen werden. Dieses Vorgehen reduziert zumindest Untervergütungen.

Auch für die Langlieger wurden Lösungsansätze entwickelt. Nachdem die pauschale Erhöhung des Langliegerzuschlags von 60 % auf 70 % der durchschnittlichen Tages-Differenzkosten für das G-DRG-System 2004 nicht ausreichte, erfolgt die Berechnung seit der Systemversion 2005 differenzierter. Für einen Teil der G-DRGs mit hoch aufwändigen Langliegern berechnen sich die Zuschläge nun anhand des Median der Langliegertageskosten und damit nicht mehr normativ aus Standardfällen. Dies betrifft aber nur ca. 20 Prozent der G-DRGs. Die Langliegerzuschläge aller anderen G-DRGs werden weiterhin normativ aus den durchschnittlichen Tages-Differenzkosten abgeleitet.

2.2.3 Kostenausreißer

Neben der Problematik des Einhaus-Kalkulationsmodells stellt insbesondere die Abbildung von Kostenausreißern im G-DRG-System eine große Herausforderung für die Systemkonstrukteure dar. Kostenausreißer weisen im Vergleich zu Standardfällen deutlich höhere oder niedrigere Fallkosten auf. Deutlich höhere Kosten sind häufig auf eine extrem hohe Leistungsdichte, Mehrfachleistungen und/oder eine sehr lange Verweildauer zurückzuführen. Dabei zeichnen sich diese Fälle auch dadurch aus, dass die grundsätzliche Diagnose- und Prozedurendokumentation sich von anderen Fällen in der G-DRG nicht signifikant unterscheidet. Variablen, die zur Differenzierung des G-DRG-Systems herangezogen werden könnten, um die Kostenausreißer leistungsgerecht abzubilden, fehlen in diesen Fällen. Dies unterstreicht auch die mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) eingeführte Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). In Bezug auf die Abbildungsproblematik von Kostenausreißern wird §17b des KHG wie folgt ergänzt: „Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.“

Mit einem DRG-System soll und kann nicht das Ziel der Vergütungsgerechtigkeit im Einzelfall verfolgt werden. Vielmehr soll eine gerechte Vergütung für das

Gesamtkollektiv einer DRG über einen längeren Zeitraum (z. B. Finanzjahr) sichergestellt werden. Kumulieren Kostenausreißer aber überproportional häufig in einem Krankenhaus, können dort die resultierenden Defizite der teuren Fälle nicht durch positive Deckungsbeiträge günstiger Fälle ausgeglichen werden.

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hat auch zu einer besseren Abbildung der Kostenausreißer geführt. Dazu haben die verbesserte Abbildung von Mehrfachleistungen, Fallgruppendifferenzierungen wie z. B. Prä-Transplantationsaufenthalte und die aufwandsgerechtere Kalkulation von Langliegerzuschlägen beigetragen. Auch die weitere Öffnung der Dosisklassenobergrenzen von Zusatzentgelten für Arzneimittel (z. B. polyvalente Immunglobuline) sowie Schaffung neuer Zusatzentgelte konnte für einen Teil der Kostenausreißerprobleme zu einer sachgerechteren Abbildung der Kostenausreißer beitragen. Dennoch erscheint eine vollständige Abbildung der Kostenausreißer im G-DRG-Fallgruppensystem kaum realisierbar. Der Erfolg der weiteren G-DRG-Entwicklung und insbesondere die sachgerechte Einsatzmöglichkeit des Systems zur Finanzierung stationärer Leistungen wird stark von den Lösungen zur Abbildung der Kostenausreißer abhängen. Die Möglichkeiten von Lösungen im Fallgruppensystem durch weitere Differenzierung des Systems erscheinen vielfach bereits ausgeschöpft. Kurzfristig müssen deshalb alternative Lösungen zur Refinanzierung der Kostenausreißer gefunden werden, um Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen zu vermeiden.

2.3 Kernelemente der Klassifikationsänderungen

2.3.1 Entwicklung des G-DRG-Klassifikationssystem

Während sich die Rahmenbedingungen seit Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems nur wenig verändert haben, hat sich das G-DRG-Klassifikationssystem inzwischen weit von der australischen Vorlage entfernt. Dies war auch notwendig wegen der geplanten Nutzung im Rahmen eines möglichst umfassenden Preissystems, in dem das einzelne Krankenhaus in der Lage sein soll, mit einer Vielzahl unterschiedlicher Kostenträger abrechnen zu können. Die Anforderungen an die Vergütungsgerechtigkeit und Differenzierungsfähigkeit des G-DRG-Systems sind damit ungleich höher als bei einem Einsatz als reines Budgetierungsinstrument.

Der Gesetzgeber hat die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des G-DRG-Systems beauftragt (§ 17b Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]). Die Selbstverwaltungspartner wiederum haben für die Systementwicklung das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) gegründet und seit 2005 mit einem weit reichenden Mandat zur datengetriebenen Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems und der Zusatzentgeltkataloge ausgestattet. Das InEK hat seitdem bemerkenswerte innovative Konzepte zur Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems entwickelt. Seit der G-DRG-Version 2005 vereinbaren die Selbstverwaltungspartner jährlich den Fallpauschalenkatalog mit G-DRGs für Hauptabteilungen, G-DRGs für Belegabteilungen, teilstationären G-DRGs und Zu-

satzentgelten (Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007).

Die Vorstellung der Vielzahl an Detailänderungen, die im Rahmen der Weiterentwicklung in den jeweiligen Systemjahren erfolgten, kann im Rahmen dieser Zusammenfassung nicht erfolgen. Hierzu verweisen wir auf entsprechende Literatur¹ (Roeder 2006). Tabelle 2–1 zeigt die Entwicklung der G-DRG-Versionen 2003 bis 2007 mit der Anzahl der bewerteten und unbewerteten G-DRGs und Zusatzentgelte.

Im Folgenden sollen daher nur grundlegende und richtungsweisende Systemänderungen thematisiert werden.

2.3.1.1 Abbildung spezialisierter Behandlungsstrukturen und -inhalte über Komplexbehandlungen

Die australischen AR-DRGs definieren sich überwiegend über Diagnosen und (operative/interventionelle) Prozeduren. Spezialisierte Behandlungsstrukturen unterscheiden sich meist nicht durch unterschiedliche Haupt- oder Nebendiagnosen von der Standardversorgung. Die gleiche DRG beschreibt in der Konsequenz nicht den gleichen Leistungsumfang. Wie schon beschrieben, kann z. B. der Schlaganfall in unterschiedlichen Strukturen behandelt werden. Die jeweiligen Ressourcenaufwände sind unterschiedlich und Leistungserbringer unterscheiden sich erheblich in Bezug auf die vorgehaltenen Behandlungsstrukturen. Zur Abbildung unterschiedlicher Behandlungsleistungen in unterschiedlichen Behandlungsstrukturen wurden in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) spezifische OPS-Komplexziffern geschaffen. Tabelle 2–2 und Tabelle 2–3 zeigen, welche OPS-Komplexziffern 2007 für die DRG-Zuordnung oder Zusatzentgelte relevant sein können. Dadurch konnte z. B. auch eine in der australischen Systematik quasi nicht vorhandene Leistungsabbildung für die Geriatrie und die Frührehabilitation erfolgen.

Die Berücksichtigung von OPS-Komplexziffern mit Strukturkomponenten als Voraussetzung für die Kodierfähigkeit ermöglicht neben der Abbildung von Spezia-

Tabelle 2–1
Entwicklung der G-DRG-Versionen 2003 bis 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
G-DRGs gesamt	664	824	878	954	1,082
– bewertet	642	806	845	913	1,035
– unbewertet	22	18	33	41	42
Zusatzentgelte	0	26	71	82	105
– bewertet	0	1	35	40	59
– unbewertet	0	25	36	42	46

Krankenhaus-Report 2007

Wido

¹ Literaturliste unter http://drg.uni-muenster.de/de/informationen/literatur_de.php?

Tabelle 2–2

OPS-Komplexbehandlungen mit DRG-Gruppierungsrelevanz für das G-DRG-System 2007

OPS	Bezeichnung
1-210	Nichtinvasive präoperative Video-EEG-Intensivdiagnostik bei Epilepsie
1-211	Invasive präoperative Video-EEG-Intensivdiagnostik bei Epilepsie
1-213	Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
8-918	Multimodale Schmerztherapie
8-972	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
8-97a	Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen
8-97c	Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
9-402	Psychosomatische Therapie
9-403	Sozial-, neuropädiatrische u. pädiatrisch-psychosomatische Therapie

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

lisierung auch die Berücksichtigung und Sicherung von Struktur- und Prozessqualität und beugt somit den Anreizen zu unerwünschten Leistungsrationierungen durch die fallpauschalierende Vergütung vor. Damit dabei keine Leistungsabgrenzung im Sinne einer „Türschildmedizin“ verfolgt wird, müssen unterschiedliche Leistungsabbildungen durch nachvollziehbare Behandlungsunterschiede begründet sein.

Tabelle 2–3

OPS-Komplexbehandlungen mit Relevanz für die Zusatzentgeltabrechnung 2007

OPS	Bezeichnung
1-940	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
8-975.2	Naturheilkundliche Komplexbehandlung
8-975.3	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (bewertetes ZE)

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Durch die gestiegene Transparenz erhalten Kostenträger einen detaillierteren Einblick in die Behandlungsinhalte und können dies zunehmend zur Leistungsbeurteilung und Leistungssteuerung nutzen. Parallel steigen die Anforderungen an die Dokumentationsqualität und die Komplexität des G-DRG-Systems. Fallprüfungen durch die Kostenträger bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung können häufig nur noch auf Grundlage der gesamten Patientenakte erfolgen.

2.3.1.2 Abbildung von Mehrfachleistungen

Das G-DRG-Klassifikationssystem ist ein eindimensionales System. Das bedeutet, dass jeder Fall nur exakt einer G-DRG zugeordnet werden kann. Sind DRGs nicht exklusiv definiert, kommt der Abfragereihenfolge bei der DRG-Zuordnung eine besondere Bedeutung zu (siehe Abschnitt 2.3.1.5). Die Abbildung von Mehrfachleistungen im G-DRG-System ist damit nur sehr eingeschränkt möglich, wenn nicht additive Vergütungselemente wie Zusatzentgelte (siehe Abschnitt 2.3.3) genutzt werden. Mehrfachleistungen können z. B. mehrere Eingriffe in einer Sitzung, mehrzeitige Eingriffe oder beidseitige anstatt einseitiger Eingriffe darstellen. Aber auch die Kombinationsleistung von Diagnostik und Operation während eines einzigen Aufenthalts in einem Krankenhaus stellt gegenüber der reinen Operation (Auftragsleistung) eine Mehrfachleistung dar. Frührehabilitation, Geriatrie, Palliativmedizin, Isolierung bei multiresistenten Erregern und die Intensivmedizin können auch Mehrfachleistungen darstellen und kommen strukturgebunden in unterschiedlicher Häufung vor. Während die Regelungen zur Fallzusammenführung und den Verlegungsabschlägen in den §§ 2, 3 und 1 Abs. 7 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) gezieltes Fallsplitting und Fehlanreize durch Verlegungsketten verhindern sollen, wurde auch im G-DRG-Klassifikationssystem selbst nach Lösungen gesucht. Neben G-DRGs, die explizit Mehrfachleistungen (z. B. beidseitige Eingriffe oder häufige diagnostisch-therapeutische Kombinationsleistungen) abbilden, wurden spezielle Prozedurenfunktionen entwickelt und zur Definition von G-DRGs verwendet.

Nicht alle Prozedurenfunktionen in Tabelle 2–4 dienen der Abbildung von Mehrfachleistungen. Über die unterstrichenen Funktionen können Mehrfachleistungen direkt identifiziert werden. Andere Funktionen werden so eingesetzt, dass Kombinationsleistungen unabhängig von allen denkbar möglichen Leistungskombinationen operationalisiert beschrieben werden können (siehe Tabelle 2–5).

Die spezifische Einzelleistung (z. B. Operation in Zusammenhang mit Frührehabilitation) geht in Kombinations-DRGs unter, die alleinig unter dem Primat der Frührehabilitation unterschiedliche Fälle innerhalb einer MDC zusammenfassen. Dies kann für Spezialisierungen problematisch sein.

Darüber hinaus werden in Abhängigkeit von der Positionierung einer DRG im Abfragealgorithmus nicht alle Kombinationsleistungen in den dafür vorgesehenen G-DRGs abgebildet (siehe auch Abschnitt 2.3.1.5). Letztlich steigt auch deutlich die Komplexität des G-DRG-Klassifikationssystems; DRG-Bezeichnungen werden schwer intuitiv verständlich (siehe Tabelle 2–5). Nichtsdestotrotz stellt dieser Weg die einzige Möglichkeit dar, Mehrfachleistungen in DRG-Fallgruppen darzustellen. Alternativ könnten jedoch Zusatzentgelte (wie z. B. für 2007 bei der Palliativmedizin) zur Komplexitätsreduktion und einer differenzierteren Abbildung von Mehrfachleistungen beitragen.

Tabelle 2–4
Prozedurfunktionen des G-DRG-Systems 2007

Prozedurfunktionen
– Bestimmte OR-Prozeduren
– Komplexe OR-Prozeduren
– Komplizierende Prozeduren
– Eingriff an mehreren Lokalisationen
– Dialyse
– Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
– Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren
– Intensivmedizinische Komplexbehandlung >552 Aufwandspunkte/ >1104 Aufwandspunkte
– Schweres/Mehrere schwere Problem(e) beim Neugeborenen
– OR-Prozeduren ohne Bezug (regelt Zuordnung zu den Fehler-DRGs 901A-D und 902Z)
– Aufnahmegewicht (wichtig für Zuordnung zur MDC 15 und Fehler-DRGs 963Z)
– Polytrauma (wichtig für Zuordnung zur MDC 21A)
– Prä-Transplantations-Aufenthalt
– Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
– Frührehabilitation

Krankenhaus-Report 2007 WIdO

2.3.1.3 Abbildung von besonderen Schwerpunkten

Über die bereits beschriebenen Anpassungen hinaus erfolgten besonders umfangreiche Anpassungen für die Herz-Kreislauf-Medizin, die Intensivmedizin, die Transplantationsmedizin, die Onkologie, die Neurologie, die Unfallchirurgie und die Orthopädie und im System 2007 für die Kinderheilkunde. Für 2007 wurden

Tabelle 2–5
Beispiele für G-DRGs der Version 2007, deren Definitionen Prozedurfunktionen nutzen

G-DRG	Bezeichnung
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Punkte oder Alter < 16 Jahre
A07B	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit Polytrauma oder komplizierenden Prozeduren oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre

nahezu in allen Hauptdiagnosekategorien nach Angaben des InEK 154 neue Alterssplitts eingeführt. Diese sollen gewährleisten, dass der unterschiedliche Aufwand, der mit der Behandlung von Kindern einhergeht, sachgerechter vergütet wird. Die Anzahl der G-DRGs, für deren Zuordnung das Alter relevant ist, wurde von 106 auf 260 mehr als verdoppelt (Abschlussbericht 2007). Die Ausweitung von pädiatrischen Alterssplitts war möglicherweise dadurch bedingt, dass die Verkürzung der Verweildauer bei Erwachsenen zu einer Reduktion der Kosten führte und sich damit in einem Teil der gemischten Fallgruppen die aufwändigere Behandlung von Kindern kostenintensiver darstellte als die der Erwachsenen in derselben Fallgruppe. Dies war offensichtlich in den Vorjahren nicht der Fall, da der höhere Aufwand bei Kindern wahrscheinlich durch eine längere Verweildauer bei den Erwachsenen kompensiert wurde und die Gesamtkosten sich daher nicht signifikant unterschieden. Die getrennte Abbildung im G-DRG-System 2007 weist jedoch daraufhin, dass die Aufwandsunterschiede bereits 2005 bestanden (dem Jahr, aus dem die Kalkulationsdaten stammen).

Mit den aktuellen Anpassungen folgt das System den Veränderungen. Gleichzeitig nimmt auch die Transparenz bezüglich pädiatrischer Leistungen und Behandlungsinhalte zu, da die Fälle von Kindern und Jugendlichen, die bisher häufig nur einen kleinen Anteil des Gesamtkollektivs einer G-DRG ausmachten, demaskiert werden. Die Entwicklungen der nun eindeutig identifizierbaren pädiatrischen Fallkollektive sind anhand der Kalkulationsdaten besonders genau zu beobachten. Der von den Pädiatern beklagte höhere Aufwand an ärztlicher, pflegerischer und sozialer Betreuung von Kindern und Jugendlichen, der zu unter Umständen erheblichen personellen und technischen Mehrkosten führt, kann spezifisch ausgewiesen und analysiert werden. Gleiches gilt für die vermutlich im Vergleich zu den Erwachsenen unterschiedlichen Verweildauern.

Die Situation allein stehender Kinderkliniken wird sich voraussichtlich durch die bessere Abbildung der pädiatrischen Fallkollektive verbessern. Dennoch müssen weiterhin andere Finanzierungskomponenten und die Sonderstellung dieser Fachkliniken als „Besondere Einrichtungen“ nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG diskutiert werden, wenn diese häufig sehr kleinen Krankenhäuser in der Versorgungslandschaft erhalten bleiben sollen.

2.3.1.4 Weiterentwicklung der Schweregradbewertung

Das System der Berücksichtigung von Aufwandsschweregraden über die Bewertung der Komorbiditäts- und Komplikationslevel (CCL) von Nebendiagnosen und der Berechnung eines Gesamtschweregrades (PCCL) ist im australischen AR-DRG-System besonders weit entwickelt. Normative Anpassungen der Bewertungen einzelner Nebendiagnosen für das deutsche G-DRG-System erwiesen sich als schwierig und konnten daher nur in Einzelfällen umgesetzt werden. Weiterentwicklungen der Diagnoseklassifikation (ICD-10-GM), die eine Dokumentation von Krankheitsstadien und -schweregraden zulassen, machen die aus Australien übernommenen CCL-Bewertungen unter deutschen Rahmenbedingungen jedoch zunehmend unplausibel. Erfahrungen aus der DRG-Echtabrechnung zeigen, dass aufgrund von z. T. erheblichen Erlösdifferenzen die Kodierung von Nebendiagnosen im Rahmen der aufwändigen Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V heftig umstritten ist. Kon-

sequenterweise etablierten sich in der Weiterentwicklung der G-DRGs zunehmend prozedurale Schweregradsysteme wie die Prozedurfunktionen (siehe Abschnitt 2.3.1.2) oder DRG-spezifische Diagnoselisten (z. B. Attribut „komplexe Diagnose“).

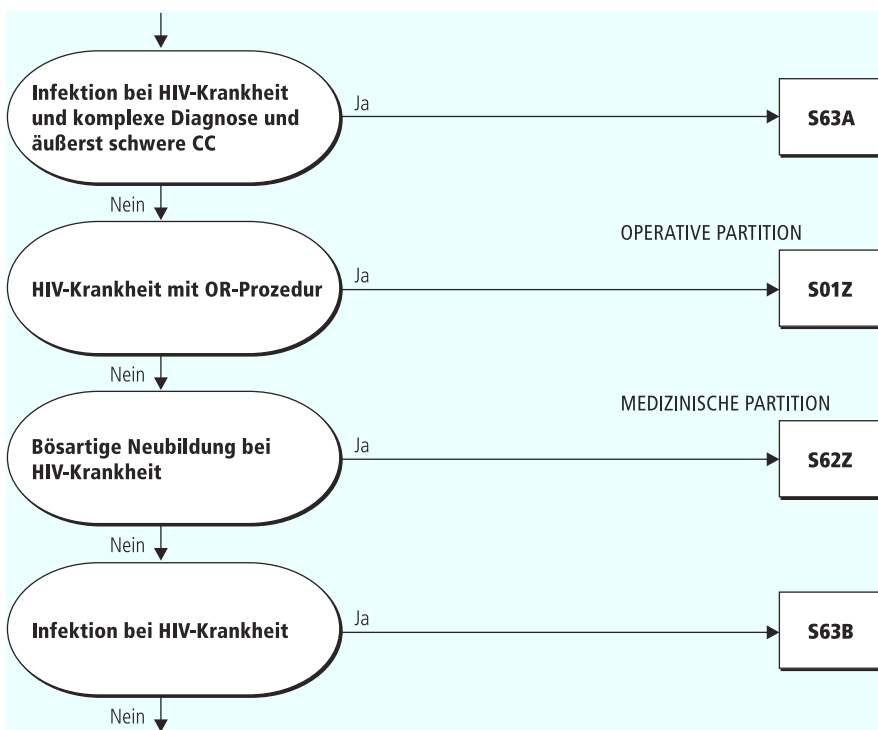
Für das G-DRG-System 2007 wurde erstmalig eine datengetriebene Methodik zur Anpassung der CCL-Matrix entwickelt. Aufgrund der zur Anpassung aufwändigen Rechenarbeit konnten in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit zunächst nur wenige Diagnosen bezüglich einer sinnvollen CCL-Bewertung analysiert werden. Es bleibt abzuwarten, welche Entwicklung die CCL-Matrix in Zukunft nehmen wird.

2.3.1.5 Änderungen in der Abfragehierarchie

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hat zu tief greifenden Veränderungen an den Konstruktionsprinzipien des zugrunde liegenden DRG-Klassifikationssystems geführt. Bei Übernahme des australischen AR-DRG-Abfragealgorithmus fiel auf, dass die Erbringung einer Mehrleistung bei ansonsten gleicher Fallkonstellation nicht selten in einer niedrigeren Vergütung resultierte. Ursache war die streng hierarchische Abfragehierarchie des AR-DRG-Systems auf Basis der DRG-Konstrukte: Hauptdiagnosekategorie ([prä-]MDC), Partition, Basis-DRG und DRG-Splitt. So wurden z. B. interventionelle Katheterleistungen oder Endoskopien regelhaft der „Anderen Partition“ zugeordnet und somit vor entsprechenden medizinisch-konservativen G-DRGs abgefragt. G-DRGs, die Katheterleistungen und Endoskopien abbildeten, wurden bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen überwiegend von diagnostischen Auftragsleitungen mit kurzen Verweildauern und Kosten dominiert, was sich in einer entsprechend niedrigen Bewertung niederschlug. Medizinisch-konservative G-DRGs z. B. für Herzinsuffizienz, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen oder onkologische Diagnosen wiesen meist höhere Bewertungsrelationen auf.

Die Durchführung einer Intervention bei komplexen Fällen führte aufgrund der Verschiebung von einer konservativen in eine interventionelle G-DRG trotz Mehrleistung zu einer Reduktion der Vergütung. Seit der G-DRG-Version 2005 wird die Abfragehierarchie sukzessive verändert und löst sich von der strengen Orientierung an Partitionen und Basis-DRGs. Werden als Folge dieser Änderungen G-DRGs, die sich lediglich über „konservative“ Leistungen (z. B. Chemotherapie) definieren, vor operativen im Abfragealgorithmus berücksichtigt, werden diesen G-DRGs in der Konsequenz natürlich auch operativ behandelte Fälle zugewiesen. Das DRG-Konstrukt „Partition“ verliert damit inhaltlich an Bedeutung. Gleiches gilt für Basis-DRGs, deren einzelne Splitts nicht direkt nacheinander bei der DRG-Zuordnung abgefragt werden. Fälle, die den unterschiedlichen Splitts einer Basis-DRG zugeordnet werden, unterscheiden sich als Folge der geänderten Abfragehierarchie nicht mehr nur durch die Splittkriterien, sondern auch durch die Fallkollektive, die durch die zwischen zwei DRGs-Splitts derselben Basis-DRG abgefragten G-DRGs „abgefangen“ werden. Abbildung 2–1 veranschaulicht diesen Effekt exemplarisch. Die G-DRG-Splitts S63A und S63B gehören zu einer im DRG-Handbuch einheitlich definierten Basis-DRG (S63), die auf Grundlage des PCCLs und dem Vorliegen einer „komplexen Diagnose“ in zwei abrechenbare DRGs gesplittet ist. Zusätzlich

Abbildung 2–1
Darstellung der Abfragehierarchie im G-DRG-System 2007



Krankenhaus-Report 2007

Wido

zu den aus den Definitionen hervorgehenden Unterschieden kann die G-DRG S63A noch Fälle enthalten, die die Kriterien der G-DRGs S01Z bzw. S62Z erfüllen, während in der S63B keine operativ behandelten Fälle oder Fälle mit einer „bösartigen Erkrankung“ mehr enthalten sein können.

Die strenge Hierarchisierung, die mit einer höheren Vergütungsgerechtigkeit einhergeht, führt in der Konsequenz zu einer erheblichen Instabilität. Ändert sich durch ein verändertes Kalkulationskollektiv, veränderte Leistungserbringung, neue G-DRGs, neue Splittkriterien, Änderungen an der CCL-Matrix etc. die Bewertung einer einzigen G-DRG, kann eine komplett neue Abfragehierarchie resultieren. Nicht zu unterschätzen sind die dabei entstehenden Migrationen von Fällen, die trotz gleich bleibender DRG-Definitionen und -Bezeichnungen auftreten. Die Kalkulation muss daher in einem aufwändigen iterativen Verfahren erfolgen, da jede Verschiebung neue Migrationen auslöst und die später abgefragten G-DRGs beeinflusst. Die Veränderung der DRG-Zuordnungshierarchie kann dabei stärkere Einflüsse auf den Katalogeffekt in einem Krankenhaus haben als die Definitionsänderung einzelner DRG-Fallgruppen. Dabei spiegeln die Bewertungsrelationen und der Abfragealgorithmus die Momentaufnahme zwei Jahre alter Kostendaten wider, die von der aktuellen Situation abweichen kann.

Für einzelne Fachabteilungen und Spezialkliniken können Migrationseffekte existenzielle Bedeutung haben, was am Beispiel strahlentherapeutischer G-DRGs aufgezeigt werden soll. Ist die Strahlentherapie die „aufwandsbestimmende“ Leistung, so werden z. B. auch chirurgische Fälle „abgefangen“, die sonst einer später in der Gruppierungshierarchie folgenden G-DRG zugeordnet würden. Durch Anpassungen des G-DRG-Systems werden strahlentherapeutische G-DRGs jährlich an anderer Abfrageposition einsortiert. Damit werden jährlich andere Fallkollektive in diesen G-DRGs abgebildet bzw. andersherum auch ein wechselnder Anteil der strahlentherapeutisch behandelten Fälle von vorher in der DRG-Zuordnung berücksichtigten G-DRGs (hier z. B. hochkomplexe Chemotherapie, OR-Prozeduren, etc.) abgefangen. Tabelle 2–6 zeigt beispielhaft die Vergütungssprünge, die für Fälle mit strahlentherapeutischen Leistungen resultieren können. Auch die Bewertungsrelationen der übergeordneten G-DRGs der MDC werden natürlich anteilmäßig über in den Kostenkalkulationsdaten enthaltene strahlentherapeutische Fälle mit beeinflusst. Diese Phänomene sind überwiegend unabhängig von der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (z. B. in der Strahlentherapie). Neben den Bewertungsrelationen für Inlier sind natürlich auch die (Grenz-)Verweildauern sowie Zu- und Abschlüsse mit betroffen. Da nicht alle Krankenhäuser eine Strahlentherapie vorhalten, sind die resultierenden Vergütungssprünge auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses nicht immer sachgerecht. Anpassungsmechanismen, die auf der Ebene des Gesamtsystems (Einhauskalkulationsmethodik) eine höhere Vergütungsgerechtigkeit ermöglichen, können daher für einzelne Krankenhäuser unter Umständen zu gegenteiligen Effekten führen.

Tabelle 2–6

„Strahlentherapeutische G-DRGs“ der MDC 17 mit Bewertungsrelation (BWR) und Position (Pos.) im Abfragealgorithmus*

G-DRG	Bezeichnung	2007		2006		2005	
		BWR	Pos.	BWR	Pos.	BWR	Pos.
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	6,080	4	4,719	6	4,382	3
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schweren CC	4,061	9	3,522	14	3,415	5
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	2,309	20	2,729	16	3,203	8
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schweren CC	0,921	43	1,143	38	1,327	19

* R07Z/R08Z der G-DRG-Version 2005 entsprechen den G-DRGs R07A/B der Folgeversionen

Für einen Einsatz als Preissystem muss das System stabiler sein, damit die jährlichen Katalogänderungen nicht zu erheblichen Vergütungssprüngen nach unten oder nach oben führen.

In dem Maße, in dem Fälle auf Grundlage unspezifischer, mit hohem Aufwand einhergehender Attribute (Beatmungszeiten, intensivmedizinische Komplexbehandlung, mehrzeitige Eingriffe, Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern) frühzeitig in „Hochkosten-DRG“ abgefangen werden, geht die sachgerechte Abbildung aufwändiger Einzelleistungen unter Umständen wieder verloren. Werden z. B. nur von wenigen Krankenhäusern erbrachte, teure und ehemals zusatzentgeltfähige Leistungen in das G-DRG-Fallgruppensystem reintegriert (Tumorendoprothesen, Stentgraftprothesen), so wird immer ein Teil der Fälle von vorher abgefragten G-DRGs abgefangen, bevor eine Zuordnung zu den spezifischen G-DRGs erfolgt.

Die Verwendung der vom InEK publizierten Kostenmatrix des G-DRG-Browsers, z. B. zur Ermittlung von Personal- und Sach-Sollkosten, liefert für spezialisierte Leistungen daher stark interpretationsbedürftige Ergebnisse. Letzteres ist zwar kein direktes Problem des G-DRG-Systems, dürfte aber den wenigsten Nutzern der Kostenmatrix bewusst sein. Fehlsteuerungen, z. B. bei der hausinternen Leistungsverrechnung, können die Folge sein.

Das Beispiel der Migrationen und Bewertungssprünge bei der Strahlentherapie demonstriert deutlich die Grenzen der Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems. Die systemkonforme Abbildung von seltenen Spezialisierungen und Kombinationsleistungen in DRG-Fallpauschalen unter Verzicht auf die Nutzung alternativer oder additiver Vergütungskomponenten führt in der Konsequenz zu einer deutlichen Zunahme der Fallgruppenanzahl, der Systemkomplexität und einem Verlust der Transparenz.

G-DRGs der Version 2007 repräsentieren häufig keine medizinisch homogenen Kollektive mehr. Fälle, die 2007 über eine bestimmte G-DRG abgerechnet werden, können trotz gleich lautenden DRG-Definitionen und -Bezeichnungen anderen G-DRGs zugeordnet werden. G-DRGs beschreiben zunehmend nur noch für ein Jahr gültige Abrechnungspositionen. Eine Nutzung außerhalb der Leistungsabrechnung z. B. für Qualitätssicherung, Behandlungspfade, medizinische Bedarfs- und Leistungsmengenplanung ist kaum noch möglich. Als Konsequenz schreibt z. B. der Gemeinsame Bundesausschuss die Darstellung der Leistungen nach G-DRGs für den verpflichtenden medizinischen Qualitätsbericht der Krankenhäuser nicht mehr vor.

2.3.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre (tagesklinische) Behandlungen sollen entsprechend der Vorgaben des Gesetzgebers ebenfalls über G-DRGs abgerechnet werden, konnten aber auch für 2007 noch nicht umfassend kalkuliert werden. Es wurden bislang lediglich fünf G-DRGs (davon vier bzgl. der Vergütung krankenhausesindividuell zu vereinbaren) für die teilstationäre Behandlung der Niereninsuffizienz und die geriatrische Komplexbehandlung eingeführt. Somit werden 2007 weiterhin teilstationäre Fälle wie bisher über tagesbezogene, auf der lokalen Ebene vereinbarte Pauschalen abgerechnet.

Im Abschlussbericht des InEK zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 wird die Problematik der Abbildung teilstationärer Leistungen im

G-DRG-System wie folgt dargestellt: „Für eine sachgerechte Abbildung und Kalkulation teilstationärer Leistungen ist ein Konsens über eine Leistungsdefinition dringend erforderlich. Eine fehlende Leistungsbeschreibung führt im Ergebnis zur nicht sachgerechten Hilfslösung, teilstationäre Leistungen über ein Abrechnungsmerkmal zu identifizieren. Ein weiterer Nachteil ergibt sich aus der Tatsache, dass teilstationäre Leistungen für die Abrechnung nach wie vor anders dokumentiert werden müssen als für die Kalkulation.“ (Abschlussbericht 2007)

Mit Ausnahme der Leistungen innerhalb der Onkologie, der Schmerztherapie, der HIV-Behandlung sowie der Dialysen sind teilstationär erbrachte Leistungen innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer zuvor abgerechneten G-DRG auch 2007 erst ab dem dritten Tag nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer (bemessen ab dem Aufnahmedatum des vorherigen stationären Aufenthaltes) über teilstationäre Entgelte gesondert abrechenbar.

2.3.3 Zusatzentgelte (ZE)

Bereits zu Beginn der G-DRG-Einführung wurde deutlich, dass ein Teil der hochspezialisierten Leistungen über Zusatzentgelte, also additive Vergütungskomponenten, abgebildet werden sollte. Die systemkonforme Abbildung dieser Leistungen in DRG-Fallgruppen hätte nur durch Schaffung zahlreicher neuer G-DRG-Splitts erfolgen können. Über Zusatzentgelte abgebildete Leistungen lassen sich in der Regel keinen spezifischen G-DRGs zuweisen, können also bei unterschiedlichsten Diagnosen und in Kombination mit anderen Prozeduren erbracht werden (Beispiel Dialyse). Eine sachgerechte Berücksichtigung im G-DRG-Algorithmus würde demnach eine weitere Differenzierung bestehender Fallgruppen erfordern.

Das InEK nennt folgende Kriterien für die Definition von Zusatzentgelten (Abschlussberichte 2004–2007):

- Streuung über mehrere DRGs,
- sporadisches Auftreten ohne feste Zuordnung zu DRGs,
- definierbare Leistung mit eindeutigen Identifikations- und Abrechnungsmerkmal,
- relevante Höhe der Kosten,
- strukturelle Schieflage bei der Leistungserbringung.

Zur Begrenzung der Fallpauschalenanzahl und Steigerung der Transparenz wurde deshalb die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit zur Etablierung von Zusatzentgelten für schwer pauschalierbare Leistungen genutzt.

Das G-DRG-System 2004 umfasste erstmalig 26 Zusatzentgelte für medizinische Verfahren wie Dialysen, extrakorporale Photopherese oder Retransplantationen von Organen sowie teure Implantate wie Herzunterstützungssysteme oder Neurostimulatoren. 2005 kamen die Zusatzentgelte für Medikamente hinzu, womit die Anzahl auf 71 anstieg. Hierdurch erfolgte eine deutlich aufwandsgerechtere Abbildung insbesondere onkologischer sowie intensivmedizinischer Leistungen.

Fast alle Leistungen des Zusatzentgeltkataloges 2004 werden auch 2007 weiterhin über Zusatzentgelte vergütet. Lediglich die Zusatzentgelte für Tumorendoprothesen sowie Teile der Stentgraftprothesen der Aorta und Neurostimulatoren konnten zwischenzeitlich durch Schaffung spezifischer G-DRGs einer Lösung im

Fallgruppensystem zugeführt werden. Durch die Eindimensionalität und den komplexen Abfragealgorithmus des G-DRG-Systems (siehe auch Abschnitt 2.3.1.5) wird jedoch stets nur ein Teil der Fälle mit den ehemals über Zusatzentgelte finanzierten Leistungen in den dafür vorgesehenen spezifischen G-DRGs abgebildet. Ein anderer Teil wird durch vorher im Abfragealgorithmus berücksichtigte und bezüglich der speziellen Leistung unspezifische G-DRGs „abgefangen“ (siehe auch Abschnitt 2.3.1.5). Eine Abbildung im Fallgruppensystem kann daher auch mit einer abnehmenden Vergütungsgerechtigkeit einhergehen.

Schwerpunktmäßig wurden Zusatzentgelte bislang nur für therapeutische Verfahren eingerichtet. Die einzige zusatzentgeltfähige diagnostische Leistung stellt die „Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“ dar. Grundsätzlich erfüllen einige sehr aufwändige diagnostische Maßnahmen die Zusatzentgeltkriterien, da sie nicht nur mit hohen Kosten einhergehen, sondern auch, weil ein eindeutiger DRG-Bezug häufig nicht vorhanden ist. Zu diesen Leistungen gehören insbesondere bildgebende diagnostische Verfahren wie z. B. PET-, PET-CT- und SPECT-Untersuchungen. Auch aufwändige Laborleistungen wie molekulargenetische Untersuchungen oder die fetale Pathologie qualifizieren sich bei bislang unzureichender Abbildung im G-DRG-System prinzipiell für ein Zusatzentgelt. Diese Leistungen werden nur in einem Teil der Krankenhäuser angeboten und verteuern dort die Krankenhausleistungen z. T. erheblich ohne adäquate Abbildung im G-DRG-System.

Das G-DRG-System 2007 umfasst 105 Zusatzentgelte. Damit ist die Anzahl der Zusatzentgelte seit 2005 nur moderat gestiegen und die zunächst befürchtete Inflation von Zusatzentgelten ausgeblieben. Innovationen bei Arzneimitteln und Medikalprodukten werden dazu beitragen, dass voraussichtlich auch in den kommenden Jahren Zusatzentgelte moderat ergänzt werden müssen. In die Bewertung der Auswirkung von Zusatzentgelten muss aber nicht nur die Anzahl eingehen, sondern vielmehr das Finanzvolumen. Trotz der steigenden Anzahl von Zusatzentgelten sind in Bezug auf alle Krankenhausleistungen in Deutschland weiterhin nur ein kleine Fallzahl und ein kleines Erlösolumen betroffen. Nach Aussage des Geschäftsführers des InEK entfällt im System 2007 circa 1% des Ausgabeolumens für stationäre Krankenhausleistungen auf Zusatzentgelte. Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses können Zusatzentgelte jedoch eine wesentlich größere und existenzsichernde Bedeutung erlangen.

2.3.4 Innovationsfinanzierung unter DRG-Bedingungen

Eine große Herausforderung stellt die zeitnahe Abbildung neuer innovativer Leistungen in fallpauschalierenden Systemen dar. Krankenhäuser, die in der Vergangenheit teure Innovationen nach Anpassungen des Budgets in ihr Leistungsportfolio aufgenommen haben, können diesen Weg heute nicht mehr wählen. Im Rahmen der G-DRG-Einführung konvergieren die leistungsbezogenen Budgets auf den Durchschnitt für ein Bundesland. Dabei werden die Leistungen und die leistungsbezogenen Kosten über DRG-Fallpauschalen verglichen, die häufig besonders spezialisierte teure innovative Leistungen nicht adäquat abbilden. Obwohl das Gesamtbudgetvolumen durch die DRG-Anpassung nicht beeinflusst wird, wird mit der konvergenzbedingten Basisfallwertanpassung das interne Budget zur Finanzie-

rung von Innovationen reduziert, sofern diese nicht in den G-DRGs oder Zusatzentgelten abgebildet sind, was nur bei einem Teil der Innovationen der Fall ist.

Eine Innovation, die Mehrkosten verursacht, muss gesondert finanziert werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Innovation automatisch zu Mehrkosten führt. Der Gesetzgeber hat daher im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im § 6 Abs. 2 festgelegt, dass ab 2005 besondere Regeln für die Finanzierung von Innovationen gelten sollen. Dazu muss nicht, wie von einigen Kostenträgern bisweilen gewünscht, zunächst eine Nutzenbewertung erfolgen, bevor die Innovationsfinanzierung greift. Die Nutzenbewertung kann und sollte aber parallel erfolgen, z. B. durch Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf Antrag von Selbstverwaltungspartnern. Die Entscheidung bezüglich des Ausschlusses der Finanzierung von Leistungen zu Lasten der GKV obliegt, bezogen auf den stationären Bereich, ausschließlich dem Gemeinsamen Bundesausschuss und ist nicht Inhalt der jährlichen Verhandlungen auf der Ortsebene.

Ein Krankenhaus kann beim InEK schriftlich eine Prüfung nach einem formalisierten Verfahren beantragen mit dem Ziel, feststellen zu lassen, ob das neue Verfahren bereits mit den G-DRGs oder mit Zusatzentgelten finanziert wird. Wenn die Innovation nach Meinung des InEK nicht bereits über die DRG-Pauschale oder ein Zusatzentgelt finanziert wird, kann das Krankenhaus vor Ort Innovationsentgelte mit den Kostenträgern verhandeln, sofern diese Innovation nicht durch den gemeinsamen Bundesausschuss aus der Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen wurde.

Die Umsetzung der dargestellten und grundsätzlich sinnvollen gesetzlichen Regelung ist bundesweit sehr uneinheitlich. Teilweise werden die Innovationen zusätzlich zum Budget finanziert. Das ist vom Gesetzgeber auch so beabsichtigt, weil die Finanzierung von Mehrkosten verursachenden Innovationen nicht Bestandteil des Erlösbudgets für die über Fallpauschalen abgedeckten Leistungen sein soll. Teilweise wird von den Kostenträgern vor Ort aber auch verlangt, solche Innovationen aus dem Budget selbst zu finanzieren, was nicht die Intention des Gesetzgebers trifft.

Wenn eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (NUB) vom InEK positiv beschieden wurde (NUB-Status 1), prüft das InEK gleichzeitig, ob das Verfahren für alle Krankenhäuser in die Regelversorgung aufgenommen und durch eine G-DRG bzw. ein Zusatzentgelt finanziert werden soll. Hierzu muss es häufig zusätzlich Daten aus dem Krankenhaus zur Kalkulation im Sinne einer „Ergänzenden Datenlieferung“ anfordern, da die Standardkalkulationsdaten, die der jährlichen G-DRG-Kalkulation zugrunde liegen, zwei Jahre alt sind: Im Jahr 2006 wird basierend auf den Daten des abgeschlossenen Jahres 2005 das DRG-System 2007 kalkuliert. Die Krankenhäuser, die an der Kalkulation teilnehmen, erfassen diese Zusatzdaten in einem sehr differenzierten Verfahren. Kommt es zum positiven Ergebnis, findet sich ab 2007 im bundesweiten Katalog eine Finanzierung dieser Innovation. Mit diesem Verfahren kürzt das InEK die Aufnahme neuer Verfahren in die bundesweit einheitlichen Kataloge ab.

Insgesamt stellt die Finanzierung von Innovationen im Krankenhaus noch eine große Herausforderung dar. Es besteht Nachbesserungsbedarf, wenn das Preissystem ab 2009 voll wirken und auch funktionieren soll. Weiterhin besteht noch das

Problem, dass jedes Krankenhaus einzeln die Prüfung einer neuen Leistung entsprechend der gesetzlichen Regelung beantragen muss. Insbesondere neue Methoden, die an Häusern der Spezialversorgung eingeführt werden sollen, werden in der Regel an mehreren Häusern evaluiert. Versäumt ein Haus, eine Prüfung dieser Methode bis zum 31.10. eines Jahres zu beantragen, geht ein weiteres Jahr für die finanzierte Einführung dieser Leistung verloren. Ein Beispiel hierfür ist die AB0-inkompatible Leber- bzw. Nierentransplantation. Diese wurden für das Verfahrensjahr 2006 nur von zwei Krankenhäusern beantragt (siehe InEK-Veröffentlichung der NUB-Anträge). Prinzipiell kann diese relativ neue und mit erheblichen Mehrkosten vergesellschaftete Methode aber an allen Transplantationszentren eingesetzt werden.

Die Verhandlung der NUB-Entgelte sollte von den übrigen Leistungs- und Entgeltverhandlungen abgetrennt werden. Hierdurch wäre es möglich, die NUB-Entgelte schon nach Antragsergebnis (31.01. eines Jahres) zügig mit den Kostenträgern zu verhandeln und unabhängig von der Gesamtvereinbarung eine Vereinbarung für NUB-Entgelte zu treffen. Nur dann wäre gewährleistet, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch kurzfristig Einzug in die klinische Praxis finden.

2.4 Systemreife und zukünftige Entwicklung

2.4.1 Systemreife

Die Systemreife des G-DRG-System in der fünften, für 2007 gültigen Version hat im Vergleich zur Ursprungsversion 2003 (Version 1.0) durch die Weiterentwicklung erheblich zugenommen. Die Veränderungen über die verschiedenen Entwicklungsjahre des G-DRG-Systems ab seiner Einführung im Jahr 2003 sind so erheblich, dass das G-DRG-System sich vom Grundaufbau seines australischen Muttersystems und anderer DRG-Systeme entfernt hat. Wesentliche Unterschiede bestehen

- im Aufbau der Gruppierungshierarchie innerhalb einer Hauptdiagnosekategorie (MDC),
- in der Berücksichtigung von Komplexbehandlungen (intensivmedizinische Komplexbehandlung, neurologische Komplexbehandlung etc.),
- in der Berücksichtigung von Mehrfacheingriffen,
- in der stärkeren Betonung der Leistungen, um den inhaltlich und bezüglich des Aufwandes unterschiedlichen Behandlungsverfahren bei gleicher Diagnose gerecht zu werden.

Das Zusatzentgeltsystem kommt in ähnlicher Weise auch in anderen DRG-Systemen zum Einsatz, auch wenn es dort nicht in Form einheitlicher Zusatzentgeltkataloge angewendet wird. Andere DRG-Systeme werden häufig nicht im Sinne eines Preissystems, sondern als Budgetfindungsinstrument benutzt. Dabei werden dann besonders aufwändige Zusatzleistungen (Implantate, besonders teure Medikamente etc.) zusätzlich zu den bewerteten DRG-Leistungen bei der Budgetfindung berücksichtigt. Das deutsche G-DRG-System ist damit wahrscheinlich das weltweit beste

Patientenklassifikationssystem, welches im Sinne eines Preissystems eingesetzt werden kann.

Die Abbildung der Standardversorgung dürfte damit weitestgehend gelingen sein. Inwieweit die Bewertung (Vergütung) der Leistungen aber schon sachgerecht ist, kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Dies hängt auch ganz wesentlich von der weiteren Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab. Die für die Standardversorgung notwendigen Leistungen werden in einer Vielzahl von Krankenhäusern vorgehalten und erbracht, der mittlere Aufwand der Leistungen dürfte in allen Krankenhäusern annähernd vergleichbar sein. Schon die Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems der letzten Jahre konzentrierten sich zunehmend auf die Abbildung von Spezialisierungen und Kostenausreißern.

2.4.2 Zukünftige Entwicklung

Trotz des hohen Differenzierungsgrads des aktuellen G-DRG-Systems konnte für einige Problembereiche immer noch keine befriedigende Lösung gefunden werden. Es stellt sich dabei prinzipiell die Frage, inwieweit eine Abbildung dieser zumeist kleinen Fallkollektive in spezifischen DRG-Fallgruppen möglich und zielführend ist. Die Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine Abbildung von Problembereichen im Fallgruppensystem selbst nur noch mit einer deutlichen Zunahme an Komplexität, Intransparenz und Instabilität sowie in der Konsequenz mit einer Steigerung der administrativen Tätigkeiten (Dokumentation, Fallprüfung, Entgeltverhandlungen) erkauft werden kann. In einem budgetierten System gehen Ressourcen, die für administrative Tätigkeiten eingesetzt werden müssen, für die primäre Leistungserbringung am Patienten verloren. Bei der Bewertung von Verweildauerverkürzungen und anderen Messungen von Prozessoptimierungen dürfen diese Entwicklungen bei der ökonomischen Bilanz nicht vergessen werden.

Die Nutzung alternativer und additiver Vergütungskomponenten bietet Möglichkeiten, seltene, aber erheblich zur Heterogenität beitragende Leistungen sachgerecht zu finanzieren, ohne das G-DRG-Klassifikationssystem zu überfordern. Zusatzentgelte bieten sich insbesondere für nicht DRG-/Hauptdiagnosebezogene Leistungen an, die nicht in allen Krankenhäusern erbracht werden. Sie können auch zur sachgerechten Abbildung (verweildauerabhängiger) repetitiver Leistungen (Dialyse, Medikamente/Blutprodukte, aber z. B. auch Strahlentherapie) oder Mehrfachleistungen (Strahlentherapie, Frührehabilitation, Palliativmedizin, etc. in Verbindung mit operativen Leistungen, Intensivmedizin) im prinzipiell eindimensionalen DRG-System beitragen und klinische Bezüge wiederherstellen. Da Zusatzentgelte entgegen der damit verbundenen Assoziationen keine außerbudgetäre Vergütung darstellen und ebenfalls den Erlösausgleichen unterliegen, sind bei sachgerechter und aktueller Bewertung leistungsmengensteigernden (Fehl-) Anreizen natürliche Grenzen gesetzt.

Eine Sonderstellung nehmen Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntG ein (unbewertete G-DRGs nach Anlage 3a/b der Fallpauschalenvereinbarung (FPV), unbewertete ZE nach Anlagen 4/6 FPV, teilstationäre Leistungen und Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG). Prinzipiell ermöglichen diese eine Vereinbarung im Sinne „besonderer Leistungen“ über lokale Sondertatbestände. In unbewerteten G-DRGs können z. B. Leistungen gesammelt werden, für die derzeit keine bundesweit einheitliche Vergütung möglich ist (z. B. Frührehabilitation). Da

eine Homogenität für diese unbewerteten G-DRGs nicht zwingend erwartet werden kann, hat der Gesetzgeber die Vereinbarung einer Fallpauschalierung, aber auch einer Tagespauschalierung vorgesehen. Problematisch ist die Vereinbarung über die Vergütung für diese Leistungen im Rahmen der Entgeltverhandlungen. § 6.1-Entgelte werden einem anderen Budgetbereich mit anderen Ausgleichssätzen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zugeordnet. Die Leistungsmengenplanung und Bepreisung dieser Leistungen gestaltet sich schwierig. Auch wenn § 6.1-Entgelte zu einer sachgerechteren Vergütung der Spezialversorgung beitragen, so sollten diese Ausnahmeregelungen daher auf wenige Tatbestände begrenzt bleiben.

Die bisher erreichte Vergütungsgerechtigkeit ist wegen der gleichzeitig gestiegenen Komplexität mit einer erheblichen Zunahme administrativer Tätigkeiten bei den Leistungserbringern und Kostenträgern verbunden. Beispielsweise gestalten sich die Vorbereitung und Durchführung der Entgeltverhandlungen inkl. der Vereinbarung der Erlösausgleiche sehr komplex, prospektive Vereinbarungen sind häufig nicht möglich. Bei 120 Häusern des Krankenhauszweckverbandes Köln, Bonn und Region stellt sich die Situation so dar, dass vor Juni 2006 kein Haus über einen genehmigten Abschluss verfügte: Bis Dezember 2006 waren es 77% der Häuser, der Rest kam erst 2007 zu einer genehmigten Vereinbarung für das Abrechnungsjahr 2006. Bisweilen schwierig ist die Einigung zu Fragen von kodierbedingten Casemixveränderungen (Upcoding/Rightcoding), des Ausmaßes des Katalogeffektes sowie der Abgrenzung der tatsächlichen Leistungsveränderungen von diesen beiden Effekten. Verzögernd wirken auch, dass die NUB-Rückmeldungen vom InEK erst bis zum 31.1. des Jahres verfügbar gemacht werden können und der zur Orientierung notwendige Landes-Basisfallwert in der Regel noch nicht am Jahresanfang zur Verfügung steht.

Mit der Einführung des G-DRG-Systems ist der Dokumentationsaufwand gestiegen. Es ist gut nachvollziehbar, dass die im Rahmen der Systemweiterentwicklung notwendige Spezifizierung von vielen detaillierten Dokumentationsinhalten (TISS/SAPS-scoring auf der Intensivstation, Dokumentation der Details für die unterschiedlichen Komplexbehandlungscodes, Dokumentation der OPS-Codes für die Gabe von Medikamenten etc.) zu einem Anstieg des Dokumentationsaufwandes im Krankenhaus führt und natürlich auch zu einem Anstieg des Aufwandes bei den Kostenträgern. Dieser Aufwand ist aber unverzichtbar für ein Preissystem, welches den Anspruch einer sachgerechten Leistungsfinanzierung erhebt.

Ob allerdings zum Beispiel Einzelfallprüfungen im derzeit stattfindenden Umfang notwendig und sinnvoll sind, muss kritisch hinterfragt werden. Hierdurch steigt der Aufwand in Krankenhäusern, bei den Kostenträgern und beim medizinischen Dienst der Krankenkassen unangemessen und entzieht damit der Patientenversorgung innerhalb des Gesundheitssystems weitere Mittel. Andererseits können im System natürlich auch Mittel durch Überdokumentation und Fehlabbrechnungen entzogen werden. Leider fehlen systematische und aussagekräftige Untersuchungen zum Beleg der jeweiligen Argumente. Eine Reduktion des administrativen Aufwands könnte dadurch erzielt werden, dass nur noch bei konkretem Verdacht im Einzelfall auf Falschabrechnung geprüft würde (Baller/Oestreich 2005). Der Gesetzgeber verfolgt erste Ansätze hierzu mit der Einführung einer „Prüfgebühr“ im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Eine aktuelle Publikation widmet sich intensiv diesem Thema (Becker et al. 2007).

Förderlich wären auch klarere Definitionen von Schnittstellen zu anderen Leistungs- und Finanzierungsbereichen (z. B. ambulant, vor-/nachstationär, teilstationär, vollstationär, Frührehabilitation, Rehabilitation), um den Leistungsinhalt der G-DRGs klarer abzugrenzen. Auch Abrechnungsregeln (z. B. Komplikationsregelung für Wiederaufnahme, Beurlaubung) und Dokumentationsvorgaben (z. B. lösrelevante Kodieralternativen bei identischem Sachverhalt) sind zu schärfen.

An der Systemanpassung sind unterschiedliche Institutionen und Ebenen beteiligt, was die stimmige Anpassung des Gesamtsystems extrem komplex gestaltet:

- Grundlegende Systemrahmenbedingungen müssen durch den Gesetzgeber festgelegt werden. Dabei muss nochmals zwischen bundes- und landesspezifischen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten unterschieden werden. Auch das die Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS pflegende DIMDI ist als Bundesinstitut dem BMG unterstellt.
- Die Kalkulation des DRG-Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalogs obliegt dem InEK, dessen Gesellschafter zwar die Selbstverwaltungspartner (DKG, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, Verband der privaten Krankenversicherung) sind, das jedoch weitgehend selbständig die Systemanpassung vornimmt. Dabei muss es sich auf eine datenbasierte und transparente Anpassungsmethodik beschränken. Abrechnungsregeln (FPV) und Kodierrichtlinien werden in Organen der Selbstverwaltung konsentiert. Sind andere Sektoren von Anpassungsnotwendigkeiten mit berührt, kommen weitere Akteure mit ins Spiel.
- Nicht selten wirken Entscheidungen an einer Stellschraube des Systems auch an ganz anderer Stelle. Die Möglichkeiten der Weiterentwicklung und Feinadjustierung des G-DRG-Systems sind auch davon abhängig, inwieweit die oben genannten Institutionen in der Lage sind, *gemeinsam* zielführende Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen.

Auch für die Kostenträger führt das G-DRG-System abhängig vom Differenzierungsgrad selbstverständlich zu Umverteilungen bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen. Kostenträger, deren Versicherte z. B. eine höhere Morbidität aufweisen, müssen bei einer differenzierteren Abbildung im G-DRG-System entsprechend auch höhere Rechnungssummen begleichen. Sofern sich dies negativ auf einen gerechten Wettbewerb zwischen den Kostenträgern auswirkt, so sind Lösungen außerhalb des G-DRG-Systems, z. B. im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zu finden. Keinesfalls darf die Weiterentwicklung zu einer sachgerechteren Abbildung von Krankenhausleistungen im G-DRG-System dadurch behindert werden.

Mit der 2009 endenden Konvergenzphase stellt sich die Frage, wie G-DRG-System weiter eingesetzt werden soll. Das Gesetzgebungsverfahren wird 2008 erfolgen müssen, erste Weichen werden dabei bereits 2007 gestellt. Aus diesem Grund muss antizipiert werden, welches Entwicklungspotenzial das G-DRG-System noch besitzt und wo die Grenzen der Finanzierung über bundesweit bepreiste G-DRGs liegen.

Probleme bei der Abbildung über G-DRGs werden seltene und heterogene Fallkollektive verursachen. Zu diesen gehören sowohl hoch spezialisierte Leistungen als auch die Gruppe der Kostenausreißer. Hier ist eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System auch mittelfristig schwierig. Ebenso wenig kann über G-DRGs

eine adäquate Finanzierung aller Versorgungs- und Vorhaltungsstrukturen erfolgen. Die systematische Verteilung der Konvergenzgewinner und -verlierer veranschaulicht dies eindrücklich. Nicht jede im derzeitigen Vergütungssystem unwirtschaftlich erscheinende Versorgungsstruktur erbringt tatsächlich ihre Leistungen unwirtschaftlich. Bereiche, die aufgrund von Vorhalteleistungen nicht wettbewerbsfähig sind (z. B. hochspezialisierte Leistungen in der Maximalversorgung, flächendeckende Versorgung abseits von Ballungszentren in sehr kleinen Krankenhäusern, tropenmedizinische Einrichtungen, etc.) benötigen, wenn der Erhalt dieser Strukturen erwünscht ist, eine Ko-Finanzierung ihrer Vorhaltungsstrukturen

Auch für Bereiche, in denen durch ökonomische und sektoral begrenzte Anreize Fehlsteuerungen mit einem Verlust an Behandlungsqualität drohen, müssen Alternativen gefunden werden. Dabei sollten bei klarer Definition von Schnittstellen die Hindernisse zur sektorenübergreifenden Leistungserbringung abgebaut werden. Fehlanreize, die durch die episodienorientierte und streng sektorale Finanzierung über DRGs entstehen (z. B. bei der Behandlung chronischer Erkrankungen), müssen transparent gemacht und reduziert werden. Dazu sind noch ernsthafte Anstrengungen zur Versorgungsforschung notwendig, um negative Auswirkungen der DRG-Finanzierung auf die Versorgungsqualität zeitnah erkennen und entsprechend gegensteuernd reagieren zu können. Notwendige Rationalisierungsentscheidungen sollten transparent erfolgen und auch politisch verantwortet werden. Leistungserbringer dürfen durch Budgetzwang und Mengenbegrenzung nicht zu einer ethisch bedenklichen Triage bei der Leistungserbringung / Patientenauswahl mit drohenden haftungsrechtlichen Konsequenzen gezwungen werden.

2.5 Literatur

- Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007“. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg, 15. Dezember 2006, <http://www.g-drg.de>.
- Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006“. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg, 20. Dezember 2005, <http://www.g-drg.de>.
- Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005“. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg, 20. Dezember 2004, <http://www.g-drg.de>.
- Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004“, Band I–II. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg, den 20. Dezember 2003, <http://www.g-drg.de>.
- Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Versionen 2002–2006. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH), <http://www.g-drg.de>.
- Baller S, Oestreich K. Das DRG-System prägt den Arbeitsalltag. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102: A3006–9.
- Becker A, Pfeuffer B, Beck U. MDK Aufwandspauschalen – Fakten versus Phantasie. KU 2007; 6: 508–12.
- Bunzemeier H, Juhra C, Fiori W, Frühmorgen P, Caspary WF, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Gastroenterologie: Abbildungsqualität gastroenterologischer stationärer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schilling 2003; ISBN 3-934849-54-7.
- Fallpauschalenvereinbarungen (FPV) 2005–2007, <http://www.g-drg.de>.

- Fiori W, Bunzemeier H, Franz D, Hensen P, Irps S, Loskamp N, Siebers L, Wenke A, Roeder N. G-DRG-Version 2006 – Komplexer aber gerechter? *Arzt und Krankenhaus* 2005; 11 (Sonderdruck).
- Fiori W, Franz D, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Rheumatologie: Abbildungsqualität und Anpassungsbedarf akutrheumatologischer Behandlungen im G-DRG-System. Münster: Schüling 2003; ISBN: 3-934849-97-0.
- Fiori W, Loskamp N, Roeder N. Vorstellung und Bewertung der Deutschen Kodierrichtlinien. Wesentliche Änderungen. DRG-Dokumentation 2005, f&w 2005; 1: 62–72.
- Fiori W, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Rheumatologie: Zusatzauswertung Kinder- und Jugendrheumatologie. Abbildungsqualität und Anpassungsbedarf akutstationärer kinder- und jugendrheumatologischer Behandlungen im G-DRG-System. Münster: Schüling 2004; ISBN: 3-86523-003-2.
- Franz D, Engels R, Juhra C, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Orthopädie / Unfallchirurgie: Abbildungsqualität orthopädischer und unfallchirurgischer stationärer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2003; 3-934849-52-0.
- Franz D, Glockner S, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Hämatookologie. Abbildungsqualität stationärer hämatookologischer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2004; 3-865-23004-0.
- Franz D, Glockner S, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Onkologie - Solide Tumore: Abbildungsqualität stationärer onkologischer Therapien solider Tumore und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2004; ISBN 3-865-23-005-9.
- Franz D, Roeder N, Alberty J. DRG-Evaluationsprojekt Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie: Abbildungsqualität stationärer Therapien der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2005; ISBN 3-86523-035-0.
- Fürstenberg T, Fiori W, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Dermatologie: Abbildungsqualität stationärer dermatologischer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2003; ISBN 3-934849-53-9.
- G-DRG German Diagnosis Related Groups, Versionen 1.0 – 2007, Definitionshandbücher, Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus gGmbH (InEK gGmbH), <http://www.g-drg.de>.
- Glockner S, Loskamp N, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Radioonkologie: Abbildungsqualität radioonkologischer stationärer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2003; ISBN 3-934849-51-2.
- Glockner S, Haag C, Franz D, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Knochenmarktransplantation: Abbildungsqualität stationärer Knochenmark- und Stammzelltransplantationen und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2004; 3-865-23013-X.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification – (ICD-10-GM), Versionen 2004–2007, Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), <http://www.dimdi.de>.
- Juhra C, Loskamp N, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Endokrinologie: Abbildungsqualität stationärer endokrinologischer Therapien und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling 2003; ISBN 3-934849-66-0.
- Loskamp N, Roeder N. DRG-Evaluationsprojekt Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Abbildungsqualität stationärer MKG-Chirurgischer Behandlungen und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems. Münster: Schüling-Verlag 2004; ISBN 3-86523-011-3.
- Loskamp N, Roeder N. DRG-Benchmarkprojekt 2005: Benchmarking stationärer MKG-Chirurgischer Behandlungen in Hauptfachabteilungen im Jahr 2005 und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems 2006. Münster: Schüling-Verlag 2006; ISBN 3-86523-050-4.
- Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS), Versionen 2.1 – 2007, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), <http://www.dimdi.de>.
- Report-Browser der Kostenkalkulationsdaten G-DRG V2005/2007, V2004/2006 sowie der § 21-Daten (2005/2006), siehe <http://www.g-drg.de>.

- Roeder N, Rochell B. Zwischenbericht zum Projekt „Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) in der Herzchirurgie“, Stand 5. Mai 2000. [http:// www.dkgev.de](http://www.dkgev.de).
- Roeder N. Gutachten zum Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2007 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Berlin 2006. <http://www.dkgev.de/pdf/1318.pdf>.
- Roeder N. Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. DRG-Research-Group, Münster, Mai 2003. <http://www.dkgev.de>.
- Roeder N. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005/2006/2007. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. DRG-Research-Group, Münster, Mai 2004/2005/2006. <http://www.dkgev.de>.
- Roeder N, Bunzemeier H, Loskamp N, Fürstenberg T, Fiori W, Sitterlee C. DRG-Transparenz durch klinische Profile. *Das Krankenhaus* 2003, 4: 289–92.
- Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. DRG-Research-Group, Münster, Juni 2007. <http://www.dkgev.de>.
- Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H, Wenke A, Lillteicher F. Fallmengenplanung 2005 als Grundlage der Budgetfindung. *Das Krankenhaus* 2005, 4: 297–316.
- Roeder N, Fiori W, Loskamp N. Finanzierung der Diagnostik und Therapie der Epilepsie über G-DRG-Fallpauschalen, *Z Epileptol* 2003, 4: 345–49.
- Roeder N, Fiori W, Loskamp N, Bunzemeier H, Juhra C, Hensen P, Rochell B. Strategische Kodierung – Schlüssel zum DRG-Erfolg? *Das Krankenhaus* 2003, 10: 780–8.
- Roeder N, Fiori W, Ringelstein EB. Schlaganfallbehandlung im deutschen DRG-System 2006. *Der Nervenarzt* 2006, 2: 221–8.
- Roeder N, Fiori W, Wenke A. Methodik zur Bewertung von nicht bewerteten DRGs. *Das Krankenhaus* 2006, 2: 120–3.
- Roeder N, Hensen P. Externe und krankenhausespezifische Standards. Konstruktiver Umgang mit der Fallpauschalierung. *Das Krankenhaus* 2005, 9: 748–56.
- Roeder N, Hensen P, Fiori W, Bunzemeier H, Franz D, Rochell B. Zusatzentgelte im DRG-System 2005. Aufwändige Teilbereiche werden ausgegliedert und stärken das Fallpauschalensystem. *f&w* 2004, 6: 566–74.
- Roeder N, Rochell B, Irps S, Schlottmann N, Henneke M, Schmidt M. Abbildung ökonomischer Schweregrade im australischen DRG-System – Basis für die deutsche Adaptation. *Das Krankenhaus* 2000, 12: 987–99.
- Roeder N, Rochell B. Adaptation des AR-DRG-Systems an die deutsche Behandlungswirklichkeit. *Das Krankenhaus* 2001, 12: 1081–92.
- Roeder N, Rochell B, Glocker S. Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung (I). *Das Krankenhaus* 2002, 9: 702–9.
- Roeder N, Rochell B, Glocker S. Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung? (II). Oder stimmt das: Gleiches Geld für gleiche Leistung? *Das Krankenhaus* 2002, 10: 794–800.
- Roeder N, Siebers L, Frie M, Bunzemeier H. DRG-Akzeptanz verbessern. Kliniker erreichen mit klinischen Leistungsgruppen. *Das Krankenhaus* 2006, 5: 390–401.
- Schnittstellenbeschreibung gemäß § 21 KHEntgG, Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG, <http://www.g-drg.de>.
- Tecklenburg A, Schaefer O, Bömeke C. Separate Vergütung für Patienten mit Extrem-Kosten. „Es wäre fatal abzuwarten, bis das DRG-System perfekt ist.“ *f&w* 2006, 2: 148–52.
- Tuschen KH, Braun T, Rau F. Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe. *Das Krankenhaus* 2005, 11: 955–60.
- Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung – FPV 2007) vom 19.09.2006, <http://www.g-drg.de>.
- Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2007 (VBE 2007), <http://www.g-drg.de>.