

Palliativmedizin und G-DRGs

Hermann Ewald, Gabriele Lindena

Das G-DRG-System

Das Fallpauschalen- oder G-DRG-System (G-erman D-iagnosis R-related G-roups) ist ein Finanzierungssystem für medizinische Maßnahmen im Krankenhaus, das aus dem australischen DRG-System entwickelt wurde. Seine Struktur ist besonders für die „Fälle“ geeignet, bei denen gut definierbare medizinische Tätigkeiten ausgeführt werden. In Bereichen, in denen überwiegend klare Diagnosen und eindeutig definierte Prozeduren im Vordergrund stehen, ist es daher am besten einsetzbar.

Vereinfacht dargestellt wird ein Patient anhand der Hauptdiagnose einer von 23 medizinischen Hauptkategorien (MDC) zugeordnet (MDC = M-ajor D-iagnostic C-ategory). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Nebendiagnosen und der im OPS-301-Katalog (OP-erationen S-chlüssel lt. § 301 Sozialgesetzbuch V) definierten Prozeduren erfolgt dann die Eingruppierung in eine spezifische Fallpauschale (DRG).

Um zu einem konkreten Erlösbetrag zu kommen, wird den DRGs zunächst ein relativer Wert zugeordnet, der aus den Kosten- und Leistungsdaten errechnet wird, die die Kalkulationskrankenhäuser¹ an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) schicken. Mit dem Basisfallwert multipliziert, ergibt sich dann der tatsächliche Erlös für die erbrachte Leistung.

Der so erhaltene Betrag wird noch anhand der Aufenthaltsdauer modifiziert. Liegt die tatsächliche Aufenthaltsdauer außerhalb eines vom InEK für die entsprechende DRG festgelegten Zeitrahmens, wird der Erlös durch tagesbezogene Abschläge beim Unterschreiten oder Zuschläge beim Überschreiten dieses Zeitrahmens angepasst.

Außerdem gibt es für einige Einzelleistungen Zusatzentgelte, die dann noch addiert werden. Damit die Zuordnung in diesem System funktioniert, ist für jeden Krankenhausaufenthalt des Patienten nur eine Hauptdiagnose zulässig.

Problematik in der Palliativmedizin

Für die Palliativmedizin ist die Vergütung im DRG-System aus verschiedenen Gründen denkbar ungeeignet. Häufig gibt es schon bei der Aufnahme eines Patienten mehrere Diagnosen, die aus medizinischer Sicht als Hauptdiagnose in Frage kommen. Aufgrund der raschen Dynamik der Erkrankung z.B. bei onkologischen Patienten kann die Problematik im Verlauf der Behandlung wechseln, aber nur eine Diagnose kann als Hauptdiagnose ausgesucht werden. Viele spezifisch palliativmedizinische Leistungen sind im OPS-Katalog nicht gelistet und werden dadurch im DRG-System nicht berücksichtigt. Der Allgemeinzustand (ECOG-Status) der Patienten geht bisher nicht in die Kalkulation ein und die Mitbetreuung der Angehörigen ist im System nur bedingt vorgesehen. Externe Faktoren wie die Verfügbarkeit ambulanter Palliativdienste und stationärer Hospize oder die Wohnsituation der Patienten und die Verfassung pflegender Angehöriger beeinflussen die Verweildauer, sind aber im System nicht als kostenrelevante Faktoren integriert.

Aus Sicht des Gesetzgebers wurde das G-DRG-System trotz der bekannten Mängel eingeführt, da es als „lernendes System“ konzipiert ist.

In jedem Jahr werden deshalb die Zuordnungs- und Vergütungsregeln vom InEK anhand der Leistungsdaten aller deutscher Krankenhäuser und der Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser

überprüft. Wo erforderlich, findet daraufhin eine entsprechende

Anpassung von Kodierrichtlinien, ICD-10-Katalog, OPS-Katalog und G-DRGs statt. Dabei werden auch die Eingaben von Fachgesellschaften und anderen Gruppen zur Anpassung des G-DRG-Systems berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Überarbeitung werden im Dezember jeden Jahres in einem entsprechenden Abschlussbericht des InEK veröffentlicht, der auf der Internetseite des Instituts zum Download zur Verfügung steht.

Sabatowski, Radbruch, Nauck, Roß, Zernikow: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland
2005, Hospiz Verlag 2005

Aktueller Stand

In den Jahren 2003 (freiwillig) und 2004 wurde die Bewertung der Fälle nach G-DRG-Kriterien

budgetneutral durchgeführt, d.h. es wurde zwar eine Kalkulation der Erlöse auf G-DRG-Basis durchgeführt, das ursprüngliche Klinikbudget wurde aber auch bei Differenzen zum G-DRG-Budget nicht verändert. Gleichzeitig wurde das G-DRG-System in diesem „Testlauf“ bereits schrittweise an das deutsche Gesundheitswesen angepasst.

Ab dem Jahr 2005 erfolgt nun eine stufenweise Angleichung des bisher kalkulierten Klinikbudgets an die über das G-DRG-System errechneten Erlöse², wobei in vielen Fällen eine Verringerung des Budgets befürchtet wird.

Für die Palliativmedizin ist das besonders kritisch, da Palliativstationen als personalintensive Bereiche mit besonders aufwendigen Patienten bisher nicht gesondert erfasst werden. Die dort kodierten Hauptdiagnosen werden ebenso in anderen Abteilungen mit weniger aufwendigen Patienten und deutlich schlechterem Personalschlüssel kodiert.³

Für die Berechnung der Relativgewichte der G-DRGs durch das InEK, aus denen dann die Erlöse der Kliniken ermittelt werden, hat das aus Sicht der Palliativmedizin negative Folgen. Es ist zu erwarten, dass die Kosten zwangsläufig zu niedrig kalkuliert werden und infolgedessen die Vergütung der palliativmedizinischen Behandlung auf Palliativstationen nicht ausreichend finanziert wird.

Dieser Effekt wird dadurch noch verstärkt, dass Palliativpatienten aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl bei der Kalkulation der einzelnen DRGs das Relativgewicht kaum beeinflussen können.

Prinzipien der Kodierung

Eine exakte Kodierung ist kurzfristig die Voraussetzung für eine sachgerechte Vergütung (soweit diese systemkonform möglich ist), langfristig ist sie unabdingbar, um das G-DRG-System so gut wie möglich an die Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems anzupassen. Obwohl die Kostenkalkulation nur aus den Daten der Kalkulationskrankenhäuser durchgeführt wird, sind auch die Daten aller übrigen Krankenhäuser wichtig, da aus der Summe aller abgerechneten Fälle die Homogenität des G-DRG-Systems überprüft wird. Es ist daher wichtig, dass die Deutschen Kodierrichtlinien von allen Palliativstationen möglichst einheitlich interpretiert werden. Ein entsprechendes Abstimmungstreffen wurde im Januar 2005 von der Gruppe „stationär“ der AG Strukturen und Definitionen der DGP organisiert. Die Ergebnisse sollen zeitnah auf der Internetseite der DGP veröffentlicht werden.⁴

Generell sollten auf allen Palliativstationen, die dem empfohlenen Standard⁵ entsprechen, für Palliativpatienten folgende Codes eingegeben werden:

- **Nebendiagnose Z51.5 (Palliativbehandlung)**
- **OPS 8-982 (palliativmedizinische Komplexbehandlung)**
- **Fachabteilungsschlüssel 3752 (diese Angabe muss über die Verwaltung des Krankenhauses erfolgen, nicht bei der Kodierung der Fälle auf den Stationen)**

Ausblick

Im Rahmen der jährlichen Anpassung des G-DRG-Systems hat die DGP mit ihren Eingaben in den Jahren 2003 und 2004 bisher erreicht, dass der OPS-Kode 8-982 „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ für 2005 eingeführt wurde. Dieser Code hat für 2005 noch keine Abrechnungsrelevanz, er kann aber bei der Kalkulation des InEK möglicherweise als Kostentrenner erkannt werden. Im Idealfall könnte das InEK in Kombination mit dem Fachabteilungsschlüssel für Palliativstationen bei Patienten mit gleicher Hauptdiagnose über diese Differenzierung Kostenunterschiede finden, die dann zu einer sachgerechteren Vergütung der Palliativstationen führen würden.

Derzeit laufen die Vorarbeiten für die Eingaben 2005, die bis zum 31.3.2005 eingereicht sein

müssen. Die eingereichten Vorschläge werden dann auch auf der Internetseite der DGP als PDF-Dateien zum Download veröffentlicht.⁶

1. Kalkulationskrankenhäuser sind Krankenhäuser, die sich freiwillig dazu verpflichtet haben, dem InEK ihre Kosten- (und Leistungsdaten) genau aufgeschlüsselt zur Verfügung zu stellen. Im Jahr 2003 waren das in Deutschland insgesamt 148 Krankenhäuser mit 2.9 Mio Fällen. Das sind 8,5% der Krankenhäuser und 16,3% aller Fälle (Quelle: InEK Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005“ vom 20.12.2004 S. 8). Krankenhäuser, die als Kalkulationshäuser dem InEK ihre Kostendaten zur Verfügung stellen, müssen dabei immer die Daten aller Abteilungen einbringen. Es ist nicht möglich, nur die Daten einzelner Bereiche (z.B. von Palliativstationen) zu schicken.

2. Entsprechend dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz von Dezember 2004 wird diese Budgetangleichung in 5 Stufen von 2005 - 2009 durchgeführt. Dabei wird die Veränderung der Budgets der Krankenhäuser ebenfalls stufenweise auf ein Maximum von 3% begrenzt, wenn Mindererlöse durch die DRG-Abrechnung entstehen. Angleichungsstufen: 2005: 15%, 2006-2008: je 20%, 2009: 25% des Differenzbetrages zwischen ursprünglichem Budget und G-DRG-Budget.

Begrenzung der Mindererlöse: 2005: 1%, 2006: 1,5%, 2007: 2%, 2008: 2,5%, 2009: 3% des Budgets.

3. Roeder N, Klaschik E, Cremer M et al (2002) DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Behandlung Schwerstkranker pauschalierbar? Das Krankenhaus 12:1000-4.

4. Das Treffen fand nach Redaktionsschluss des Wegweisers Hospiz und Palliativmedizin 2005 statt, sodass Ergebnisse hier noch nicht aufgeführt werden konnten.

5. Minimalstandards:

Personal: Leitender Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, 1 Stationsarzt pro 6,5 Patienten, 1,2 Vollzeitpflegekräfte pro Patient, 160 Std. Palliative Care Kurs für pflegerische Leitung/Stellvertretung und 30% der übrigen Pflegekräfte, andere Therapeuten mit insgesamt 6 Std. pro Patient und Woche (möglichst mit 40 Std. Palliative Care Kurs).

Räume: abgeschlossener Bereich mit in der Regel 8-12 Betten, nur 1-/2-Bettzimmer, Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige, Wohnzimmer.

Abläufe: Definition und regelmäßige Überprüfung von Therapiezielen, tägliche Übergabe im Team, wöchentliche Teambesprechungen, standardisierte Symptom-/Verlaufsdokumentation, Konsiliardienst, interne Fortbildung.

6. Weitere G-DRG-Informationen sind im Internet u.a. unter folgenden Adressen verfügbar:

www.dgpalliativmedizin.de (DGP); www.g-drg.de (InEK); www.dimdi.de (DIMDI); <http://drg.uni-muenster.de> (DRG-Research-Group Uni Münster).