

H. Lehnert · Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten,  
Otto-von-Guerike Universität Magdeburg

# DRG's in der Inneren Medizin

## Positionspapier der Strukturkommission der DGIM

### Präambel

Die Ständige Kommission „Struktur, Krankenversorgung, Wissenschaftsfragen“ hat die Aufgabe, zeitnah zu wichtigen Strukturfragen der Inneren Medizin Positionspapiere zu formulieren. Diese werden dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin vorgelegt und sind Basis für Stellungnahmen der DGIM in ihren Publikationsorganen sowohl für die Ärzteschaft wie auch für die Öffentlichkeit.

Der Strukturkommission gehören die folgenden Mitglieder an:

- Prof. Dr. H. Lehnert/Magdeburg (Sprecher)
- Prof. Dr. J. Meyer/Mainz
- Prof. Dr. J.F. Riemann/Ludwigshafen
- Prof. Dr. W. Seeger/Gießen
- Prof. Dr. M. Weber/Köln

Als erstes Thema für eine Stellungnahme durch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wurde die Problematik der diagnosis related groups (DRG's) gewählt.

### Grundsätzliche Anmerkungen

Das DRG-System ist seit dem 1.1.2003 an zahlreichen deutschen Krankenhäusern als ein sogenanntes lernendes Vergütungssystem eingeführt. Dies ist die konsequente Folge der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) durch das Bundesministe-

rium für Gesundheit und Soziale Sicherung im September 2002 gewesen. Hiermit wurden die Voraussetzungen für die sogenannte optionale Anwendung des Deutschen DRG-Systems im Jahre 2003 geschaffen. Nach dem § 17, Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hatten Krankenhäuser das einseitige Optionsrecht, ihre allgemeinen voll- und teilzeitstationären Krankenhausleistungen ab diesem Datum über das neue Vergütungssystem abzurechnen. Zahlreiche kritische Anmerkungen an den unterschiedlichen Leistungen und Leistungsbereichen der DRG-Fassung haben – erfreulicherweise – dazu geführt, dass der Bundestag am 22. Mai in zweiter und dritter Lesung das erste Änderungsgesetz zum Fallpauschalengesetz beschlossen hat. Nach diesem Änderungsgesetz wurden die Möglichkeiten für die Selbstverwaltung erweitert und Öffnungsklauseln für zusätzliche oder alternative Finanzierungen von Leistungen oder Einrichtungen geschaffen.

Diese Möglichkeiten des Gesetzgebers und ihre Umsetzung sind unbedingte Voraussetzung dafür, dass sich das neue Fallpauschalensystem auch als ein tatsächlich lernendes System erweist und der Sachverstand seiner Partner, in erster Linie Bundesärztekammer und Fachgesellschaften, integriert wird.

Im Zeitrahmen des DRG-Systems ist vorgesehen, dass in den Jahren 2003 und 2004 die Einführung budgetneutral erfolgt; ab dem Jahre 2004 müssen alle deutschen Krankenhäuser nach den DRG's abrechnen. Die sogenannte Kon-

vergenzphase beginnt im Jahre 2005. Hier wird der Basisfallwert als Orientierungsgröße für das jeweilige Bundesland vorgegeben und es muss eine Absenkung des Basisfallwertes für die Krankenhäuser erfolgen, deren individueller Basisfallwert über dieser Größe liegt. Dieser Prozess (Konvergenzphase) soll im Jahre 2007 abgeschlossen sein. Zurecht weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass kaum damit gerechnet werden kann, eine sachgerechte Abrechnung aller Krankenhausleistungen bis zum Jahr 2007 zu erzielen. Sonderregelungen müssen daher ein kontinuierliches Merkmal dieses Systems sein, um eine möglichst große Flexibilität zu erhalten und auch den Einfluss der Bundesländer in diesem Prozess zu stärken. Potenziell ist dies durch das Änderungsgesetz möglich, da bisher nur schwer abbildbare Leistungen noch bis zum Jahr 2006 über krankhausindividuelle Vergütungsvereinbarungen bezahlt werden können.

Mit dem DRG-System soll ein vollständig neuer Ansatz des Entgeltsystems realisiert werden. Während sich das heutige (alte) Fallpauschalen- und Sonderentgeltssystem direkt an erbrachten Leistungen orientiert (Beispiel: operativer Eingriff), steht nun die Erkrankung des Patienten im Vordergrund. Von der Hauptdiagnose ausgehend wird überprüft, wie diese behandelt wird, z.B. konservativ oder chirurgisch. Dies impliziert bereits die wesentliche inhärente Problematik der DRG's, da der Patient für die gesamte Behandlung in einem Krankenhaus nur

einer einzigen DRG zugeordnet wird, und unterschiedliche Behandlungen und Komorbiditäten in einem dergestalt eindimensionalen System nur selten adäquat berücksichtigt werden können. Patienten werden also unter Berücksichtigung ihrer kodierten Haupt- und Nebendiagnosen und Leistungen sowie einer Reihe weiterer Kriterien wie beispielsweise Entlassungssituation und Aufenthaltsdauer einer DRG zugeordnet. Wesentliche Voraussetzung der korrekten Zuordnung ist damit die vollständige und korrekte Kodierung, die nach ICD-10 und der Prozedurenklassifikation OPS-301 erfolgt. Es wird für jede DRG ein relatives Kostengewicht festgelegt, wobei sich der Erlös des Krankenhauses je Patient aus einem definierten Basisfallpreis und dem DRG-Relativgewicht errechnet. Das Produkt dieser genannten Parameter stellt den DRG-Erlös pro Fall dar, das Relativgewicht wird dabei eingeschätzt nach dem Umfang der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen innerhalb eines bestimmten Behandlungsablaufes.

Es ist unstrittig, dass sich die DRG's in der Inneren Medizin in Deutschland auf Strukturen, Prozesse und auch Ergebnisse der Behandlung im hohen Maße auswirken werden. Ebenso unstrittig ist, dass durch die DRG's – und dies z. T. antizipatorisch – eine Spezialisierung und Zentralisierung ausgelöst wurde, die Folge auch eines verschärften Wettbewerbes ist.

Die bisherigen Erfahrungen in den Vereinigten Staaten und Australien zeigen, dass mit den DRG's bislang keine messbare Änderung der Behandlungsqualität erbracht wurde. In nennenswertem Umfang ist es auch noch nicht zu einer Verhinderung des Kostenanstieges der stationären Behandlungen gekommen, wenngleich eine Abschwächung des Kostenanstieges sich abzeichnen scheint. Es muss allerdings befürchtet werden, dass in erheblichem Maße durch dieses System die poststationäre Versorgungsqualität der Patienten beeinflusst wird. Rückgang der Verweildauer und Rückgang der Sterblich-

keit im Krankenhaus waren in einigen Untersuchungen verbunden mit einer deutlichen Verschlechterung der poststationären Situation und einem Anstieg der Morbidität und Mortalität. Die wesentliche Problematik besteht also v.a. in unterschiedlichen und teilweise konträren Erwartungen. Das Bundesgesundheitsministerium sieht in erster Linie eine Verbesserung der Qualität und auch der ökonomischen Bedingungen, die Bundesärztekammer sieht – und auftragsgemäß völlig zurecht – erhebliche Risiken in der Aufrechterhaltung eines gleichermaßen hochqualifizierten Angebotes in Diagnostik und Therapie. Diese unterschiedlichen Sichtweisen können nur durch kontinuierlichen Dialog angenähert respektive überbrückt werden. Dies ist damit gleichzeitig Ziel dieses Positionspapiers.

### **Notwendigkeit der Positionierung durch die DGIM**

In einer gemeinsamen Stellungnahme haben Bundesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im September 2002 zurecht darauf hingewiesen, dass ein Vergütungssystem, das Krankenhauserlöse von jährlich bis zu 50 Milliarden Euro verteilen soll, nur unter für alle Beteiligten transparenten Bedingungen eingeführt werden kann. Bis dato fand eine Einbindung der Bundesärztekammer sowie der AWMF und ihrer Fachgesellschaften nicht oder nur unzureichend statt. Unzureichend abgebildete Leistungsbereiche und damit grundsätzlich die Adaptation des australischen DRG-Systems an die deutsche Behandlungsrealität erfordert den Sachverstand der Fachgesellschaften. Dies gilt v.a. auch wegen der besonderen Forderung in Deutschland, möglichst 100% der Behandlungskosten über DRG's abzubilden. Das ist in anderen Ländern nicht der Fall; hier existieren Zuzahlungen, um eine adäquate Behandlung der Patienten und auch die Herstellung der Vergütungsgerechtigkeit sicherzustellen.

Es ist unstrittig, dass die Fallgruppen, in denen die Verweildauer der Patienten individuell bei gleicher Diagnose- und Prozedurenkonstellation variiert, oder bei denen der Personal- bzw. Sachkostenanteil in Abhängigkeit vom Patientengut der jeweiligen Indikationsstellung variiert, außerordentlich schwierig mit Hilfe von DRG's abzubilden ist. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme vom 17.3.2003 noch einmal dezidiert darauf hingewiesen, dass dies insbesondere für Bereiche wie

- Dermatologie,
- (Früh-)Rehabilitation,
- Geriatrie- und Palliativmedizin,
- Intensivmedizin,
- Pädiatrie und Kinderchirurgie,
- Hämatologie, Onkologie und Strahlentherapie,
- Transplantationsmedizin,
- Unfallchirurgie,
- Behandlung zusätzlicher Behinderungen und chronische Erkrankungen insbesondere in der Rheumatologie und Neurologie sowie
- besondere Therapiekonzepte und Schwerpunktbildungen

gilt. Dies soll exemplarisch für einige dieser Bereiche aufgeschlüsselt werden.

### **Chronische Erkrankungen**

In anderen Ländern wird die Behandlung chronischer Erkrankungen nicht über DRG's vergütet. Dies gilt beispielsweise für die Rheumatologie, die Palliativmedizin und den Diabetes. Hier findet sich ein sehr variabler Einsatz von Sachkosten z.B. aufgrund regionaler Unterschiede in den Versorgungsstrukturen (Beispiel einer Einflussgröße: Möglichkeit der Akutreha). Außerdem treten in diesen Bereichen erhebliche Verweildauervariationen auch bei gleicher Haupt- und Nebendiagnosen Konstellationen auf, da die Verläufe aufgrund einer letztlich nicht messbaren Komplexität erheblich divergieren.

### Kostenintensive Therapie

Ein Beispiel hierfür ist die onkologische Therapie. Aus einer reinen Sachkosten-sicht bereiten Medikamente, Strahlentherapie, Tumorchirurgie oder Stammzelltransplantationen große Probleme. Bei gleicher Hauptdiagnose können die Tagestherapiekosten in einem erheblichen Umfang variieren. Allerdings wird hier mit dem selben Prozedurencode dokumentiert. Das deutsche DRG-System sieht hier, im Gegensatz zu anderen Ländern, keine Zusatzzahlungen vor. Schließlich können die Behandlungsmuster außerordentlich unterschiedlich sein; sie können mehrzeitig in sehr kostenheterogenen Abschnitten erfolgen oder auch einzzeitig sein.

### Intensivmedizin

Unverändert ist die Intensivmedizin in den DRG-Systemen ungenügend abgebildet. Der Aufwand ist außerordentlich differenziell in Abhängigkeit von den Möglichkeiten des Hauses und der Erkrankungsart. Insbesondere Universitätskliniken haben mit ihrem hohen Anteil an speziellen Therapieformen äußerst hohe Intensivtherapiekosten. Diese sind sowohl durch eine andere Personalstruktur als auch durch höhere Sachkosten verursacht. Patienten, die im Krankenhaus (z.B. auf einer Intensivstation) versterben, erhalten unabhängig von dem Ausmaß der therapeutischen Maßnahmen einen niedrigen Komorbiditäts- und Komplikationslevel. Teure Therapieformen können daher nicht adäquat erstatten werden.

### Ausschlussdiagnostik

Gerade für die Innere Medizin ist die ungenügende Abbildung der z.T. hochkomplizierten Ausschlussdiagnostik in den bestehenden DRG's ein erhebliches Problem. Komplizierte diagnostische Schritte zum Ausschluss z. B. einer endokrinen Hypertonie, einer Hypophyseninsuffizienz, einer malignen Grunderkrankung bei entsprechender klini-

scher Symptomatik oder einer organischen Ursache einer Diarrhöe sind z.T. sehr aufwändig, haben aber keinen Einfluss auf die Gruppierung, da die ausgeschlossene Diagnose nicht die DRG-relevante Haupt- oder Nebendiagnose sein darf. Dieses Problem betrifft in hohem Maße spezialisierte Einrichtungen und auch hier insbesondere Universitätskliniken. Jedem Internisten ist die Bedeutung einer solchen Ausschlussdiagnostik auf das Beste vertraut und weiß, in welchem hohen Maße dies den täglichen Arbeitsablauf beeinflusst.

### Innovationen

Auch wenn das DRG-System primär als lernendes System konzipiert ist, können neue diagnostische oder therapeutische (innovative) Verfahren nur mit einer erheblichen Verzögerungsphase in diesem System abgebildet werden. Die Möglichkeit von Zuzahlungen ist bisher nur marginal im Fallpauschalengesetz erwähnt. Dies ist in anderen Ländern möglich. Eine zeitnahe Berücksichtigung von relevanten Innovationen ist für das Deutsche DRG-System also unbedingt zu fordern.

### Weitere Problemfelder

- Hoher Dokumentationsaufwand bei der Bewältigung der neuen Fallpauschalen im Krankenhaus. Bereits heute beläuft sich der durchschnittliche Dokumentationsaufwand je Arzt und Arbeitstag auf rund 3 Stunden und 15 Minuten in der Inneren Medizin. Angesicht dieses hohen Aufwandes und des real vorhandenen Attraktivitätsverlustes des Arztberufes ist hier dringend über Rationalisierungs- bzw. Entlastungspotenziale in den Krankenhäusern nachzudenken.
- Fehlende Gegenfinanzierung der unbezahlten Überstunden und die nicht umgesetzte Bewertung ärztlicher Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit statt als Ruhezeit.
- Die fehlende Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung unter

DRG-Bedingungen als Sonderfinanzierungstatbestand.

- Die fehlende Gegenfinanzierung von Leistungsverlagerungen zwischen dem stationären und anderen Versorgungsbereichen.
- Schließlich: die lokalen Versorgungsstrukturen bei der Kalkulation und Festsetzung der Kostengewichte dürfen nicht unberücksichtigt bleiben. In Deutschland haben sich in unterschiedlichen Ländern und Regionen unterschiedliche, aber eben durchaus auch gleichermaßen effiziente, Strukturen entwickelt. Diese müssen in der Vergütung so behandelt werden, dass wir auch weiter erfolgreich arbeiten können. Beispiele sind etwa die Versorgungsstrukturen in der Diabetologie oder Rheumatologie, die in Abhängigkeit von der Existenz von Schwerpunktpraxen oder Kliniken zur Frührehabilitation erheblich differieren.

### Möglichkeiten der Problemlösung

Der Deutsche Ärztetag hat den Gesetzgeber und die Vertragsparteien der Selbstverwaltung aufgefordert dafür Sorge zu tragen, dass das G-DRG-Vergütungssystem mit den betroffenen Berufsgruppen für eine sachgerechte Finanzierung des voll- und teilstationären Patientenversorgungskontext mit den angeschlossenen Versorgungsbereichen angepasst und weiterentwickelt werden kann. Ein medizinisches Vergütungssystem, das unter weitgehendem Ausschluss des Sachverständigen der betroffenen Berufsgruppe konstruiert wurde, könne nicht die Realität und schon gar nicht den ökonomischen Sollstandard abbilden. Diese Formulierungen finden die vorbehaltlose Zustimmung der Strukturkommission der DGIM, die eindeutig viele offene Fragen vor einem abrechnungswirksamen Einsatz des DRG-Systems sieht. Die wesentlichen Fragen, die die DGIM (und im Prinzip jede medizinische Fachgesellschaft) stellen muss, sind v.a. die folgenden:

- Wird die durch die vorhandenen Strukturen garantierte Behandlungswirklichkeiten im DRG-System abgebildet? Hierbei muss natürlich auch berücksichtigt werden, dass innerhalb eines solchen neuen Systems auch die Effektivität der vorhandenen Strukturen überprüft werden müssen. Nicht jede Diagnose- oder Behandlungs- oder Therapiestruktur wird übernommen werden können. Eine regelmäßige Überprüfung ist ja schon unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten notwendig.
- In welchem Umfang sind moderne (kürzlich eingeführte) Diagnose- und Therapieverfahren berücksichtigt? Dies gilt insbesondere auch für den Punkt der Innovationen.
- Wie weit sind unterschiedliche Behandlungskonstellationen berücksichtigt? Dies gilt insbesondere für Mehrfachbehandlungen bei Patienten mit komplexen Erkrankungen, Verlegungen in einem Krankenhaus aber auch innerhalb eines Krankenhauses aber auch zwischen Krankenhäusern, Möglichkeiten der Frührehabilitation bei chronischen Erkrankungen etc..
- Ist eine Identifizierung der Krankheitsbilder, die definitiv nicht durch DRG's abbildbar sind und daher gesondert finanziert werden müssen, gewährleistet? Öffnungsklauseln sind hier also zu fordern.

Für die hier genannten Probleme erschließen sich eine Reihe von Lösungsmöglichkeiten, die nur in einem dauerhaften Dialog durch Einbeziehung der medizinischen Fachgesellschaften geschaffen werden können. Solche Lösungsmöglichkeiten umfassen übergeordnet Folgendes:

**Neue Therapieoptionen.** Es muss sicher gestellt werden, dass neue Therapieoptionen, die einen eindeutigen Nutzen für den Patienten erbringen, aus ökonomischen Erwägungen innerhalb eines pauschalierenden Vergütungssystems

angeboten werden. Zusatzkosten sind auf der Ebene der Selbstverwaltung zu klären.

**Berücksichtigung der bestehenden (gewachsenen) medizinischen Versorgungsstrukturen.** Auf solche unterschiedliche regionale Versorgungskonzepte wurde bereits oben eingegangen. Diese müssen Eingang finden in ein differenziertes Vergütungssystem. V.a. aber darf ein pauschalisierendes System nicht zu einer Auflösung funktionierender Versorgungsstrukturen führen, ohne das ein neues und ähnlich effektives System entstanden ist. Es ist absehbar, dass das DRG-System unter Berücksichtigung der bestehenden Versorgungsangebote zur Verlagerungen von Leistungen aus dem teureren stationären Bereich in den ambulanten Bereich führen wird. Zudem werden mehr Leistungen auch in der Rehabilitation und in der Heimpflege erbracht. Die strikte Trennung ambulanter und stationärer Versorgung muss damit zukünftig, sicher auch im Sinne einer integrierten Versorgung, überdacht werden.

**Bildung neuer DRG's.** Dies gilt insbesondere für Bereiche wie Palliativmedizin, Geriatrie, onkologische Therapiemodalitäten, weitere chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes) oder Nuklearmedizin. Übergeordnete Lösungsmöglichkeit ist hier eine Verbesserung der Codierung und Neucodierung. Beispielsweise werden Diabetiker, die wegen ihrer Polyneuropathie behandelt werden, in die HDK 1 (Nervensystem) eingruppiert. Patienten die primär wegen ihres Diabetes oder wegen multipler Komplikationen des Diabetes behandelt werden, werden in die HDK 10 (endokrines System) gruppiert. Damit können also auch endokrinologische Fälle in nicht-endokrinologische DRG's gruppiert werden, machen dort aber nur oft einen kleinen Teil der Fälle aus. Allerdings sind sie oft aufwändiger als andere Fälle, die wegen einer anderen Grunderkrankung in die selbe DRG eingruppiert werden. Entsprechend sollte hier

z. B. jeder konservativ behandelte diabetologische Fall in die HDK 10 eingruppiert werden. Ein anderes Beispiel betrifft nuklearmedizinische Fälle. In die DRG K 64 (endokrine Erkrankung) werden alle Fälle gruppiert, bei denen eine endokrinologische Hauptdiagnose vorliegt und die nicht-operativ und nicht-invasiv therapiert werden. Ein Patient mit einer Schilddrüsenerkrankung, der zwei Tage zur Diagnostik in einer medizinischen Klinik war, wird ebenso in diese Gruppe eingruppiert wie der Schilddrüsenpatient, der bei einem Schilddrüsenmalignom eine Radiojodtherapie in einer nuklearmedizinischen Einrichtung erhalten hat. Dadurch kommt es zu einer Vermischung von primär konservativ behandelten Fällen mit solchen, die deutlich aufwändiger sind. Diese Fälle sollten also in einer eigenen DRG gruppiert werden. Dies sind Beispiele dafür, dass eine Neugruppierung und „ständige Pflege“ der DRG's notwendig sind.

**Zusatzentgelt.** Ebenfalls geboten ist die Vergütung eines Teils der variablen Kostenanteile über Zusatzentgelt; dies betrifft insbesondere Medikamente und Sachkosten. In ähnlicher Weise sind (zumindest temporäre) Zusatzentgelte für den Einsatz innovativer Verfahren zu fordern, die eine nachgewiesene (evidenzbasierte) positive Wirkung besitzen.

**Fraktionäre Therapie.** Bei bestimmten Fallgruppen stellt eine fraktionäre Therapie den Behandlungsstandard dar (z.B. radio-onkologische Therapie, endokrine Orbitopathie, Stomatherapie etc.), hier müssen besondere Abrechnungsregeln getroffen werden. Schließlich ist ein wesentlicher Punkt der, dass bei Kalkulation der Fallpauschalen das gesamte Leistungsspektrum berücksichtigt werden muss und damit v.a. auch die Kosten für die ärztliche Weiter- und Fortbildung in die Vergütung hineinzurechnen sind. Nur so kann eine dauerhaft hochwertige Versorgung der Patienten gewährleistet werden.