

# **Die Einführung der AR-DRG in der Bundesrepublik Deutschland – Ein Situationsbericht**

von

**Dr. Jörg Weidenhammer**

**Volker Bahr**

Kiel, Herbst 2001

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>DRGs – Was ist das? .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Der Stand der Entwicklung .....</b>	<b>4</b>
2.1	Was bereits geschah? .....	4
2.2	Wo stehen wir in Deutschland gegenwärtig? .....	6
2.3	Was kommt noch auf uns zu? .....	8
<b>3.</b>	<b>Anforderungen an das Krankenhausmanagement und die Ärzteschaft.....</b>	<b>10</b>

## Autoren

### **Dr. med. Jörg Weidenhammer,**

- Geschäftsführender Gesellschafter der TCC Trans Clinic Consultants GmbH, Saarbrücken &
- Geschäftsführender Gesellschafter der IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH, Kiel.

### **Volker Bahr,**

- Assistent der Geschäftsführung der TCC Trans Clinic Consultants GmbH, Saarbrücken &
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter der IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH, Kiel.

## 1. DRGs – Was ist das?

„DRG-Systeme („Diagnosis Related Groups“) sind Systeme zur Klassifikation von stationären Behandlungsfällen in Akutkrankenhäusern. Sie berücksichtigen nicht nur ärztliche, sondern auch ökonomische Aspekte. Hauptsächliche Einsatzgebiete sind: Kostenträgerrechnung (Fallkalkulation), Betriebsführung und Betriebsvergleiche, fallpauschalisierte Vergütung“<sup>1</sup>.

Ende der 60er Jahre stand im Vordergrund der Entwicklung die Suche nach einem Instrument für Inanspruchnahmeüberprüfung und Qualitätssicherung. Durch die Weiterentwicklung Mitte der 70er Jahre entstand dann das Konzept der Vergütung von Fallpauschalen<sup>2</sup>. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass das Prospective Payment System (PPS) in den Vereinigten Staaten im Jahre 1983 als Kostendämpfungsmaßnahme in den Gesundheitsausgaben eingeführt wurde<sup>3</sup>.

Die wichtigsten Begriffe und Abkürzungen lauten:

- DRG:** Diagnosis Related Group = Zusammenfassung von Diagnosen und Prozeduren zu klinischen- und aufwandshomogenen Behandlungsfallgruppen
- AR-DRG:** Australian Refined Diagnosis Related Groups (refined: durchgängige Bewertung der Fallgruppen mit differenzierten Schweregraden)
- MDC:** Major Diagnostic Category = organbezogene Gliederung der DRG zu Hauptdiagnosengruppen
- CCL:** Complication and Comorbidity Level = Schweregradeinteilung einer definierten Anzahl von Diagnosen (AR-DRG 4.1 = 2.802 Diagnosen)
- PCCL:** Patient Clinical Complexity Level = mathematisch ermittelter Fallschweregrad

---

<sup>1</sup> Wolfram Fischer, Art. Grundzüge von DRG-Systemen, in: Arnold / Litsch / Schellschmidt (Hg.), Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart/New York 2001, S.13

<sup>2</sup> Wolfram Fischer, Art. Diagnosis Related Groups (DRGs): Eine Beschreibung, in: MHK, 22. Erg.-Lfg. Oktober 1999, S.20+21

<sup>3</sup> Rosanna M. Coffey / Daniel Z. Louis, Art. Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA, in: Arnold / Litsch / Schellschmidt (Hg.), Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart/New York 2001, S.33

## 2. Der Stand der Entwicklung

### 2.1 Was bereits geschah?

Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner Leistung ordentlich, jedoch kompliziert.

Obwohl unter Umständen verschiedene Ärzte den gleichen Patienten mit einer gesundheitlichen Einschränkung versorgen, erfolgt doch die Finanzierung dieser Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland für folgende unterschiedlichen Leistungsbereiche uneinheitlich:

- a) Niedergelassene Ärzte
- b) Krankenhäuser
- c) Rehabilitation

Zusätzlich geraten Leistungserbringer wie Patient in einen Dschungel administrativer Zuständigkeiten:

- a) BMG versus BMA
- b) Bund versus Länder
- c) Krankenkassen versus Pflegeversicherung  
versus Rentenversicherung

Dabei sind insbesondere in den letzten Jahren verstärkt Anstrengungen unternommen worden, Entwicklungstendenzen zumindest in der Krankenhausfinanzierung zu initiieren:

- a) Erlös pro Bett pro Tag
- b) Fallpauschalen und Sonderentgelte
- c) Diagnosis Related Groups
- d) Duale Finanzierung → Monistik

In vielen anderen Industrienationen werden Akutkrankenhäusern für die von ihnen erbrachten Leistungen durch Aufwandspauschalen mithilfe sogenannter DRG-Systeme entgolten.

Dabei kommen in verschiedenen Nationen verschiedene, mehr oder minder verwandte Systeme zum Einsatz:

Australien	AR-DRG 4.1, AN-DRG
Belgien	APR-DRG
Dänemark	NordDRG
Finnland	NordDRG
Frankreich	GHM 4.5
Großbritannien	HRG, HBG
Irland	HCFA-DRG 12.0
Italien	HCFA-DRG 14.0
Niederlande	DBC
Norwegen	NordDRG
Österreich	LDF
Portugal	HCFA-DRG 15.0
Schweden	NordDRG
Schweiz	AP-DRG
Tschechien	AP-DRG
Ungarn	HBC
USA	HCFA-DRG, SR-DRG, RDRG, APR-DRG
Wales	HRG

In allen Ländern hat die Einführung dieser Systeme einen starken Kostendruck auf die Krankenhausträger ausgeübt, eine immense innerbetriebliche wie externe Transparenz der erbrachten Leistungen erzeugt und ging mit der Entwicklung von Qualitätssicherungs- wie –steigerungsprogrammen einher.

## 2.2 Wo stehen wir in Deutschland gegenwärtig?

Ein erster Einstieg in das jetzt einzuführende System war Mitte der neunziger Jahre die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelte für einen Teil der Krankenhausleistungen.

Kurze Zeit später finden erste DRG-Systeme (AP-DRG) als internes Controllinginstrument zumeist in größeren Häusern und Kliniken oder Gruppen Anwendung. Auch kommt es zur Bildung von ersten Benchmarkgruppen.

Im ambitionierten Gesundheitsstrukturgesetz 2000 vom Dezember 1999 taucht mit einem sehr engen Zeitplan im KHG §17 der Begriff ‚DRG‘ auf.

Nach einem intensiven Diskussionsprozess erfolgt im Juni 2000 die Systementscheidung zwischen den GHM und den AR-DRG zugunsten der AR-DRG mit anschließenden Vertragsverhandlungen um die Grupper-Rechte.

Inzwischen sind eine große Reihe von Vorbereitungs- und Anpassungsarbeiten abgeschlossen worden:

- Veröffentlichung der notwendigen Modifikationen der Schlüssel OPS 301 und ICD 10;
- Vereinbarung der Zu- und Abschlagstatbestände nach § 17 b Abs. 1;
- Verabschiedung einer 6. Änderungsverordnung zur BpflV;
- Übersetzung und Anpassung der Kodierrichtlinien aus dem Australischen;
- Erstellung von Kodier- und Kalkulationsregeln.

Zum besseren Verständnis die aktuellen Entscheidungen und Ereignisse:

Erscheinungsdatum	Inhalt
Bis 31-12-2001	Festlegung der Kalkulationsmethodik
	Kalkulation der deutschen Kostengewichte auf Basis einer repräsentativen Krankenhausstichprobe
	Kalkulationsbasierte Anpassung des deutschen Groupers und der Kodierregeln
	Vereinbarung der deutschen DRG-Fallgruppen und Relativgewichte durch die Selbstverwaltung

	Vereinbarung der Bewertung der Zu- und Abschläge
<b>19-09-2001</b>	Die Deutsche Krankenhausgesellschaft veröffentlicht die vollständigen Dt. Kodierrichtlinien. Mit den speziellem Teil liegt nun das verbindliche Regelwerk vor.
<b>29-08-2001</b>	Das BMG veröffentlicht einen Entwurf zum Fallpauschalen-Gesetz, der von der Bundesregierung beschlossen ist. Ebenso ist die amtliche Begründung erhältlich sowie die Mitteilung des BMG.
<b>20-08-2001</b>	Das DIMDI stellt auf seinen Seiten die neue Version 2.1 des Kataloges der Operationsschlüssel nach § 301 SGB V in der 2. Revision mit Stand vom 15.08.2001 zur Verfügung und gibt dazu einen Kommentar ab.
<b>13-07-2001</b>	Entgegen dem BMG bietet die DKG einen Kompromissvorschlag für die Einführung des DRG-Systems an. Krankenhäuser sollten ab Anfang 2003 freiwillig in das DRG-System einsteigen können. Die verpflichtende Umstellung des Entgeltsystems soll erst ab 01.01.2004 erfolgen. Frühumsteiger könnten sich eine längere budgetneutrale Phase sichern.

## 2.3 Was kommt noch auf uns zu?

Ab 01.01.2002:

- Verbindliche Einführung der Deutschen Kodierrichtlinien 2002
- Einführung des OPS-301 Version 2.1
- Beginn des Zeitraums der Datenerfassung zur Kalkulation der deutschen Relativgewichte

Zum 01.07.2002:

- Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG für den Zeitraum 01.01.2002 bis 30.04.2002 an die InEK GmbH

Bis 31.12.2002:

- Festlegung des Basisfallpreises für 2003
- Gemeinfreie Bereitstellung der jeweils gültigen Version durch die Selbstverwaltung
- Jährliche Anpassung der Klassifikation bis zum 30.09. des laufenden Jahres für das folgende Jahr

Ab 01.01.2003:

- Budgetneutrale freiwillige Einführung des australischen DRG-Systems
- Einführung des Fallpauschalen-Gesetzes (FPG) insb. Krankenhaus-Entgeltgesetz (KHEntgG)
- Veröffentlichung des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes
- Budgetverhandlungen gem. § 3 KHEntgG = § 6 BPfIV mit Ausgleichen zu 95% bei Mindererlösen und zu 75% bei Mehrererlösen
- Aussetzung des Krankenhausbetriebsvergleichs (derzeit wieder fraglich)
- Budgetsteigerungen nach § 71 SGB V im Rahmen der Grundlohnsummenrate i.V.m. § 6 (1) BPfIV bzgl. der Ausnahmetatbestände

- Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG für den Zeitraum 01.01.2002 bis 31.12.2002 an die InEK GmbH

Ab 01.01.2004:

- Budgetneutrale verpflichtende Einführung des deutschen DRG-Systems (Fallpauschalenkatalog nach deutschen Versorgungsverhältnissen und mit deutschen Relativgewichten)
- Budgetverhandlungen gem. § 3 KHEntgG = § 6 BPfIV mit Ausgleichen zu 40% bei Mindererlösen und zu 65% bei Mehrererlösen
- Ausgliederung der Kosten der Ausbildungsstätten aus dem DRG-Budget

Ab 01.01.2005:

- Budgetverhandlungen nach KHEntgG über Leistungsmengen gem. DRG-Fallpauschalenkatalog (FP und Zusatzentgelte)
- Veröffentlichung des landesweiten Basisfallwertes
- Anpassung des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes:  
KH-BFW  $\cdot$  L-BFW = Differenz davon  $\frac{1}{3}$  x Fallzahl = Budgetabsenkung
- weiterhin Budgetausgleiche

Ab 01.01.2006:

- Anpassung des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes:  
KH-BFW  $\cdot$  L-BFW = Differenz davon  $\frac{1}{2}$  x Fallzahl = Budgetabsenkung

Ab 01.01.2007:

- Einführung eines Gesetzes zur budgetrelevanten Anwendung des deutschen DRG-Systems
- Veröffentlichung des bundesweiten Basisfallwertes

### **3. Anforderungen an das Krankenhausmanagement und die Ärzteschaft**

Die Einführung eines neuen Entgeltsystems beinhaltet zwangsläufig Änderungen in der Organisation der Krankenversorgung.

Die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems führte in den USA und in Australien zu einem starken Rückgang der Verweildauer (USA ca. 30 % der deutschen Verweildauer, Australien ca. 40 % der deutschen Verweildauer).

Um zukünftig zu den Gewinnern im Krankenhausbereich zu gehören, sind Veränderungen in der Organisation der Krankenversorgung notwendig.

Hierzu gehören:

- 1.)
  - die Optimierung der ärztlichen Dokumentation durch die Identifizierung der Fälle mit potentiellen Kodierfehlern,
  - Korrektur der Kodierung anhand von Krankenakten,
  - Fehlervermeidung durch Schulung der Dokumentierenden,
  - interne Evaluation der Kodierqualität und Vergleich von nationalen Ergebnissen;
- 2.)
  - die Verkürzung der Verweildauer durch die Nutzung der in der Bundespflege-satzverordnung 1996 eingeführten vor- und nachstationären Behandlung,
  - Vernetzung der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten (Krankenhaus als zentrale Struktur in der integrierten Versorgung),
  - Verbesserung der Behandlungsprozesse (Behandlungspfade = Clinical Pathways),
  - Schaffung von Intermediate-Care Bereichen,
  - Definition des Leistungsspektrums,
  - Kooperation mit ambulanten Pflegeeinrichtungen (z.B. Überleitungspflege);
- 3.)
  - die Ökonomisierung des Ressourceneinsatzes durch die Verbesserung der Behandlungsprozesse durch Definition von Behandlungspfaden (Clinical Pathways),
  - Einführung der abgestuften Pflege,
  - Intensivpflege
  - Intermediate-Care-Pflege
  - Regelpflege
  - Low-Care-Pflege;

- 4.) - die Sicherung der Qualität und des Services durch eine hohe Ergebnisqualität (Prozessqualität, Strukturqualität, QM),  
 - einen hohen Servicelevel (Patientenorientierung).

Das AR-DRG-System gliedert sich in 661 Diagnosefallgruppen mit je nach Ressourcenverbrauch unterschiedlicher Kostenbewertung. Grundlage zur Erreichung einer DRG-Fallgruppe ist die Verschlüsselung der während der stationären Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen.

Grundlage der erfolgreichen Einführung des neuen Leistungsvergütungssystems ist eine Verbesserung der Dokumentationsqualität. Die notwendigen und die systematischen Arbeitsschritte sollten frühzeitig geplant werden.

Schritte	Was ?	Wer ?	Beschreibung
1	Gründung einer berufsgruppenübergreifenden Projektgruppe (Ärzte, Verwaltung, EDV-Abteilung)	Krankenhausleitung	Entwicklung der im Krankenhaus notwendigen Arbeitsschritte zur Sicherstellung der Dokumentation im Rahmen des neuen Entgeltsystems
2	Definition des internen Prozesses für die Diagnosen- und Prozedurendokumentation	DRG-Projektgruppe	Konzeptionierung des zu künftigen Kodierungs- und Dokumentationsprozesses (zentral: Dokumentationsassistenten dezentral: behandelnde Ärzte)
3	Überprüfung der vorhandenen Software auf zukünftige Funktionalität für den Dokumentationsprozess	EDV-Abteilung, spätere Nutzer	Ist die derzeit vorhandene Software für den zukünftigen Dokumentationsprozess verwendbar? Festlegung auf neue bzw. zusätzliche Software für den Dokumentationsprozess
4	Planung der Ausstattung der Arbeitsplätze mit Hard- und Software	EDV-Abteilung, spätere Nutzer	Festlegung auf Hardware- und Softwareprofil Entwicklung der späteren Infrastruktur (Wo?, Wieviel?)
5 (fakultativ)	Erstellung von Kodierregeln	kodierkundige Mitarbeiter, kodierende Mitarbeiter	Erstellung hauseigener Kodierregeln unter ICD-10 und OPS 301. hausinterne Veröffentlichung der Kodierregeln. regelmäßige Aktualisierung dieser Regeln
6	Entwicklung eines Schulungskonzepts	Verwaltung, Innerbetriebliche Fortbildung, EDV-Abteilung, kodierende Mitarbeiter	Ermittlung des Schulungsbedarfs Festlegung des Schulungsinhalts (Soft-, Hardware, Kodierung, Dokumentation) Planung der Schulungsressourcen (Räumlichkeiten, Personal)
7	Aufbau einer Unterstützungsstruktur für den Dokumentationsprozess	Krankenhausleitung	Wie wird unterstützt? (Intranet, Hotline, vor Ort) Wer unterstützt? Was wird unterstützt?
8	Aufbau eines Dokumentationscontrollings	Krankenhausleitung	Aufbau des Berichtswesens Inhalt des Berichtswesens Kommunikationsweg für das Berichtswesen