

DRG und Zusatzentgelte

Leistungsförderung oder Mengenausweitung?

Der Beitrag gibt eine Antwort auf die Frage, ob Zusatzentgelte im deutschen G-DRG-System zu einer Mengenausweitung oder Leistungsförderung beigetragen haben, und betrachtet zudem die Allokationsfunktion und die Mittel der Abbildungsgüte.

Peter Rowohlt

DAK Gesundheit,
Abteilungsleiter Krankenhaus-
leistungen

Korrespondenz:
DAK Gesundheit
Peter Rowohlt
Nagelsweg 27-31
D-20097 Hamburg
Tel. 0049 40 239 610 96

Das deutsche G-DRG-System ist im Vergleich zum Swiss-DRG-System von deutlich mehr Zusatzentgelten geprägt. Spricht der Gesetzestext nach § 17b, Abs. 1 S. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) davon, dass für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen ist, öffnet Satz 12 das System dann zur weiteren Differenzierung mit der Formulierung «Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren ...» [1].

Die Frage, ob die Zusatzentgelte im G-DRG-System zu einer Mengenausweitung oder Leistungsförderung beitragen, soll deshalb um die weiteren Betrachtungs-

aspekte Allokationsfunktion und Mittel der Abbildungsgüte erweitert werden.

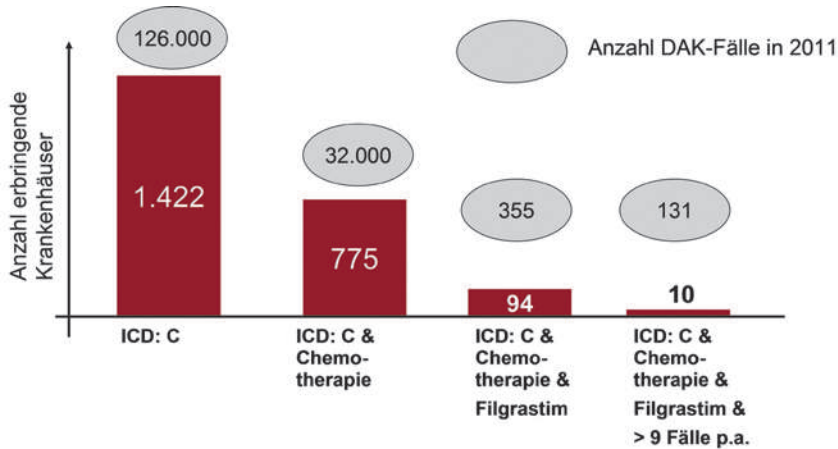
Aus den Krankenhausabrechnungsdaten der deutschen Krankenversicherung DAK-Gesundheit des Jahres 2011 lässt sich am Beispiel des Zusatzentgeltes ZE40 für die Gabe von Filgrastim darstellen, ob und inwieweit die jeweiligen Funktionen erfüllt sind.

Filgrastim (Granulozyten-Kolonie stimulierender Faktor G-CSF) wird u. a. dann als Medikament gegeben, wenn aufgrund einer Chemotherapie bei Krebserkrankungen die Anzahl bestimmter weisser Blutkörperchen (neutrophiler Granulozyten) auf zu niedrige Werte abzusinken droht und dadurch die Gefahr für Infektionen ansteigt [2].

Das Zusatzentgelt ZE40 teilt sich in 19 dosisabhängige Entgelte auf und wird über die Kodierung des OPS-Codes 6-002.10 bis 6-002.1j ausgelöst.

Abbildung 1

Verteilung von stationären Krankenhausfällen mit bösartigen Neubildungen (ICD10: C) und weiteren Eingrenzungskriterien in Deutschland.



Die Leistungsverteilung von stationären Fällen zur Behandlung bösartiger Neubildungen mit den weiteren Kriterien Chemotherapie, Chemotherapie und Gabe von Filgrastim, sowie die Häufung des letztgenannten Kriteriums auf zehn und mehr Fälle je Haus im Jahr 2011 innerhalb der rund 1,5 Millionen stationären Krankenhausfälle, die jährlich mit der DAK-Gesundheit abgerechnet werden, verläuft so wie in Abbildung 1 dargestellt.

Von den zehn Kliniken, die mehr als neun dieser schweren Fälle geführt haben, sind sieben Universitätskliniken. Acht der Häuser haben mehr als 1000 Betten, kein Haus hat weniger als 600 Betten. Alle Häuser sind überregionale Maximalversorger.

Häufig vorkommend ist die Kombination der DRG E71B (Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äusserst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplexer Biopsie der Lunge) mit dem Zusatzentgelt ZE40-04 (Parenterale Gabe von Filgrastim, 250 Mio IE bis unter 360 Mio IE). Im Jahr 2011 betrug das Relativgewicht der DRG 1,127 cw, was mit einer gerundeten Baserate von 3000 Euro zu einem Erlös von ca. 3380 Euro geführt hat. Die das Zusatzentgelt erbringende Klinik bekommt über das Zusatzentgelt weitere 476,90 Euro Erlöst [3].

Damit erfüllt das Zusatzentgelt seine leistungsfördernde Funktion, denn die erbringende Klinik erhält für die medizinisch notwendige besondere und aufwendigere Leistung eine kostendeckende zusätzliche Vergütung. Es besteht kein Anreiz, diese Leistung wegen mangelnden Deckungsbeitrages nicht zu erbringen.

Eine Mengenausweitung ist im Zusatzentgeltbereich aus verschiedenen Gründen nicht zu befürchten:

- Zusatzentgelte sind innerhalb der deutschen Krankenhausfinanzierung teil der sog. «Erlössumme», also des zwischen Kliniken und Krankenversicherern prospektiv verhandelten Budgets,

und sie unterliegen danach dem Ausgleich bei einem ex post festgestellten Über- oder Unterschreiten dieses Planbudgets. Eine grosse Anzahl an zuvor nicht vereinbarten Zusatzentgelten zu erbringen und abzurechnen, kann also dazu führen, dass bei einer Budgetüberschreitung Anteile der Erlöse wieder an die Krankenversicherer zurückgezahlt werden müssen [4].

- Alle abgerechneten Leistungen der Krankenhäuser unterliegen einer strengen Rechnungsprüfung durch die Krankenversicherer, die sich bei Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit einer erbrachten und abgerechneten Leistung an eine neutrale medizinische Instanz wenden können (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung – MDK), um die Rechnung gutachterlich überprüfen zu lassen [5]. Ein extremes Abrechnungsverhalten fällt den Krankenversicherern sofort auf und wird einer Überprüfung unterzogen. Medizinisch unberechtigt häufig erbrachte, Zusatzentgeltpflichtige Leistungen würden mithin nicht gezahlt werden.
- Der Anteil der Zusatzentgelte an den Gesamtbudgetvolumen der deutschen Krankenhäuser liegt nach Analyse der DAK-Krankenhausesentgelte, wie auch nach Analyse der Krankenhausesentgeltdaten des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) in Deutschland bei ca. 3%. Maximalversorgende Universitätskliniken haben Anteile von bis zu 5%, die aus Zusatzentgelten erlöst werden. Zusatzentgelte können somit keine vollkommene Trendumkehr eines Wirtschaftsplanes herbeiführen. Mit ihnen steht und fällt der ökonomische Gesamterfolg eines Klinikums nicht. Mit der Entwicklung der Morbidität nicht zu begründende Mengensteigerungen finden im allgemeinen DRG-Bereich aktuell statt. Eine explosionsartige Entwicklung der Zusatzentgelte ist nicht zu beobachten.

Die Betrachtung des Allokationseffektes ist für einen Krankenversicherer von grosser Bedeutung.

Dahinter steht die einfache, aber für einen Krankenversicherer so wichtige Thematik der Versorgungssicherheit und der Verteilungsgerechtigkeit.

Sobald Kliniken einen Anreiz erfahren, Behandlungen wegen per se nicht gedeckter Kosten nicht mehr zu erbringen, gerät die medizinische Versorgung in Gefahr. Es ist ja grade nicht von Krankenversicherern gewollt, dass Patienten die notwendige medizinische Versorgung nicht erfahren, nur weil das Finanzierungssystem eine gerechte Erstattung der dadurch entstehenden Kosten nicht zulässt. Die Zusatzentgelte sind nach Überzeugung der gesetzlichen Krankenversicherer ein geeignetes Mittel, im Bereich spezieller und kostenintensiver Behandlung diese Anreizschaffung zu vermeiden. Das Universitätsklinikum soll für die Gabe von Filgrastim mehr erhalten als das Haus der Grund- und Regelversorgung, das zwar ebenfalls den an Krebs erkrankten Patienten auf niedriger

Versorgungsstufe behandeln und diese Behandlung abrechnen darf, aber an den Maximalversorger verlegt, sobald Komplikationen entstehen.

Über das zuvor bereits dargestellte Finanzierungssystem der prospektiv zwischen Krankenhaus und Krankenversicherern zu verhandelnden Budgets haben Krankenversicherer so die Möglichkeit, an der stationären Versorgungslandschaft aktiv zu partizipieren und Versorgung zu gestalten. Innerhalb der Budgetverhandlungen können geplante Leistungen im Zusatzentgeltbereich oder dem Feld der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) mit einem Maximalversorger deutlich voluminöser abgebildet werden, als würden Leistungen dieser Qualität von einem kleinen Haus der Grund- und Regelversorgung gefordert werden. Nicht selten lehnen die Verhandlungsführer der Krankenversicherer in diesen Häusern solche Forderungen nicht nur der Höhe nach, sondern des Grundsatzes wegen und unter Verweis auf Maximalversorger in zumutbarer Entfernung rundweg ab.

Tragen Zusatzentgelte zur Robustheit des Systems und seiner Abbildungsgüte bei? Die Antwort lautet aus deutscher Sicht sehr überzeugt «Ja».

Eine Pauschalierung dieser Leistungsvergütung beispielsweise in Form einer Einkalkulation in einschlägige DRG würde an dieser Stelle folglich den Nicht-Erbringer belohnen und den Erbringer benachteiligen. Das kann nicht im Sinne eines Versicherers sein.

An dieser Stelle möchte der Autor darauf hinweisen, dass bei der Recherche zu dem Vortrag natürlich auch Gespräche mit Medizincontrollern von Schweizer Maximalversorgern geführt wurden. In der Schweiz kann neben den DRG kein Zusatzentgelt für die Gabe von Filgrastim abgerechnet werden, gleichwohl hat ein Schweizer Klinikum mit der Angabe der folgenden Daten das Problem konkretisiert: In diesem Haus wurden in 2012 rund 5600 Fälle mit Haupt- oder

Nebendiagnose ICD 10: C für bösartige Neubildung behandelt. Dabei wurde in 1290 Fällen eine Chemotherapie angewandt. In wiederum 216 dieser Fälle musste Filgrastim verabreicht werden. Wie rechnet der Schweizer Kollege diese Fälle mit der Krankenversicherung ab? Ist diese Leistung beispielsweise in der textgleichen DRG E71B im SwissDRG-Katalog einkalkuliert und jedes Spital, das einen an Lungenkrebs erkrankten Patienten behandelt, erhält unabhängig von der tatsächlichen Erbringung Vergütungsaufschläge für die Gabe von Filgrastim? Womit unterscheidet sich im Erlös nun der Maximalversorger vom Grundversorger? An diesem Beispiel wird der Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit und der unterschiedlichen Abbildungen in Deutschland und der Schweiz noch einmal sehr deutlich.

Abschliessend ergibt sich daraus auch die Antwort auf die Frage, ob die Zusatzentgelte zur Robustheit des Systems und seiner Abbildungsgüte beitragen. Die Antwort lautet aus deutscher Sicht sehr überzeugt «Ja». Dabei sollte es für die Schweiz und die SwissDRG AG weniger darum gehen, sich von der Anzahl der Zusatzentgelte in Höhe von aktuell 155 im G-DRG-System irritieren zu lassen. Dieser Eindruck entsteht bei deutschen Beteiligten immer, wenn fast schon reflexartig diese «hohe» Anzahl in Deutschland und die dafür fehlende Kalkulationsgrundlage in der Schweiz vorgehalten wird. Aber «hoch» ist relativ. Es geht nicht darum, ob 3, 14, 20, 50 oder 100 Zusatzentgelte für die Schweiz richtig sind. Es geht vielmehr darum, dass wie im vorgenannten Beispiel so viele Zusatzentgelte dem Schweizer DRG-System hinzugefügt werden, bis Verteilungsgerechtigkeit hergestellt ist und dort, wo hochspezialisierte Medizin erbracht wird, diese auch adäquat vergütet wird.

Referenzen

- 1 § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG.
- 2 <http://de.wikipedia.org/wiki/Filgrastim>.
- 3 Fallpauschalenkatalog 2011, Anlage 5, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEk), www.g-drg.de
- 4 § 4 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz KHEntgG.
- 5 § 275 Sozialgesetzbuch Fünft.