

F. Berthold<sup>1</sup>  
R. Herold<sup>2</sup>

## Die Pädiatrische Onkologie und Hämatologie auf dem Weg in die neue Krankenhausfinanzierung

*Pediatric Hematology and Oncology in Germany: On the verge of a new reimbursement system*

### Rahmenbedingungen

Am 1. März beschloss der Bundesrat das Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz, FPG). Damit wird die bisherige Mischvergütung von Krankenhäusern aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten abgeschafft und auf gänzlich neu strukturierte Fallpauschalen („Diagnosis Related Groups – DRG“) umgestellt. Ziel dieser Neuorientierung auf eine mehr leistungsbezogene Vergütung ist es, die Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung zu verbessern und von festen Budgets („Deckelung“) wegzukommen. Das derzeitige System der Mischfinanzierung führt im Durchschnitt zu hohen Verweildauern, weil weitgehend nach Tagen bezahlt wird. So betrug die akutstationäre Verweildauer 1999 in Deutschland 9,9 Tage, während sie in Ländern mit DRG-Abrechnungssystemen wie in Österreich (5,9 Tage), in den USA (5,9 Tage) und in Frankreich (5,5 Tage) deutlich kürzer war. Problematisch bei der Vergütung nach Tagesätzen ist außerdem, dass die konkrete Behandlung für die Abrechnung keine Rolle spielt, was im Rahmen der modernen Medizin zu Missverhältnissen zwischen der tatsächlichen Leistung und der Vergütung führen kann. „Es ist allerdings nicht geplant, über die Einführung der DRGs zusätzliches Budget in die Krankenhäuser zu geben, das Gegenteil ist der Fall. Ziel ist die Umverteilung zwischen den Krankenhäusern. Es wird Gewinner und Verlierer geben“ (Karl Heinz Tuschen, Ministerialrat im Bundesministerium für Gesundheit). Um dies zu ermöglichen, soll in Deutschland im Gegensatz zu Australien und allen anderen Ländern mit DRG-Systemen künftig die Krankenhausfinanzierung fall- und flächendeckend, d. h. zu 100% über DRGs erfolgen (Ausnahme: Psychiatrie). Die Leistungskosten sollen vor der allgemeinen Einführung

2005 auf der Grundlage deutscher Ist-Kosten kalkuliert werden, welche im Wesentlichen mit den derzeit abgerechneten Kosten gleichgesetzt werden.

Das DRG-Fallpauschalensystem fasst eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen und Prozeduren zu einer überschaubaren Anzahl von Abrechnungsgruppen (DRGs) mit jeweils vergleichbarem wirtschaftlichem Aufwand zusammen. Es muss daher primär als kaufmännisches Instrument und kann nicht als Werkzeug zur Definition und Umsetzung medizinischer Inhalte verstanden werden. Die Selbstverwaltung hatte sich im Vorfeld zu diesem Gesetz am 27. 6. 2000 für das Australien Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG)-System als Grundlage für die neuen Fallpauschalen in Deutschland entschieden. Mit 661 Fallgruppen erschien es hinreichend differenziert, ohne durch zu hohe Komplexität impraktikabel zu werden.

Das australische System wird hauptsächlich als Klassifikationsgrundlage verwendet. Beachtenswert für die Pädiatrie ist, dass ein eigenes pädiatrisches Kapitel fehlt. Darüber hinaus orientieren sich die Kapitel nicht an Fachabgrenzungen, sondern an Organsystemen. Auch wenn damit weder australische Erstattungsbeträge noch australische Medizin nach Deutschland transferiert werden sollen, ist derzeit noch völlig offen, ob die sehr unterschiedliche Struktur der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie in Australien bzw. in Deutschland eine leistungsgerechte Abbildung im deutschen System zulässt. Dies betrifft beispielsweise den häufigen Wechsel zwischen stationärer, poliklinischer und tagesklinischer Betreuung, der den Patienten und der differenzierten Behandlungsdurchführung bisher ein hohes Maß an Flexibilität ermöglicht. Ganze Berufsstände wie die Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes fürchten derzeit um ihre Existenz,

### Institutsangaben

<sup>1</sup> Zentrum für Kinderonkologie der Universität  
Köln

<sup>2</sup> Charité Campus Virchow-Klinikum, Koordinationszentrale Kompetenznetz Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Frank Berthold · Zentrum für Kinderonkologie der Universität zu Köln · Joseph-Stelzmann-Straße 9 · 50924 Köln · Tel. + 49-221-4784380 · Fax + 49-221-4784689 · E-mail: frank.berthold@medizin.uni-koeln.de

### Bibliografie

Klin Pädiatr 2002; 214: 145–148 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0300-8630

da ihre Leistungen mit den derzeitigen Prozedurenkatalogen nicht abbildbar sind, d. h. bei der Kalkulation von Kosten mit Hilfe des neuen Klassifikationssystems als nicht erbracht erscheinen.

Um die Interessen der GPOH sachgerecht formulieren und vor Entscheidungsträgern der Selbstverwaltung und der Politik vertreten zu können, wurde am Rande der Halbjahrestagung am 25. 11. 2000 eine Arbeitsgruppe gegründet (AG-DRG der GPOH). Sie ist aktives Mitglied in der verbändeübergreifenden pädiatrischen DRG-Arbeitsgruppe, die sich unter der Federführung der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland etabliert hat (AG-DRG der GKInD).

### Zeitplan des Fallpauschalengesetzes

Der Zeitplan für die DRG-Einführung sieht eine freiwillige Abrechnung nach den neu zu entwickelnden Fallpauschalen ab 1. 1. 2003 vor. Die verbändeübergreifende Arbeitsgemeinschaft DRG der GKInD warnt vor dieser Option, da die Strukturen des Systems noch nicht ausreichend auf deutsche Verhältnisse angepasst sind. Ab 1. 1. 2004 wird die Abrechnung nach dem DRG-System verpflichtend sein. Die Einstiegsphase 2003–2004 wird budgetneutral erfolgen: Wie bisher werden Budgets für die Krankenhäuser vereinbart und die Preise der Fallpauschalen aus den hausindividuellen Budgets errechnet (Top-Down-Analyse). Ab 1. 1. 2005 schließt sich im Jahresabstand eine dreistufige Angleichung der unterschiedlichen Krankenhausbudgets auf landeseinheitliche Preise an, so dass ab 2007 gleiche Preise für gleiche Leistungen gelten sollen.

### Berechnungsgrundlage

Ab 2005 errechnet sich der Fallerlös aus dem (extern vorgegebenen) Basisfallwert und dem aus den Falldaten ermittelten DRG-Kostengewicht (Fallerlös = Kostengewicht × Basisfallwert), wobei Patienten mit durchschnittlichem Aufwand ein Kostengewicht von 1 haben. Der durchschnittliche ökonomische Fallschweregrad pädiatrisch-onkologischer Patienten wird durch den Mittelwert aus den Kostengewichten der Fälle beschrieben (Fallschwere-Index = Case-mix-Index [CMI] = Summe der Kostengewichte/Anzahl der Fälle). Das Gesamtbudget einer pädiatrisch-onkologischen Abteilung wird aus Case-mix-Index × Fallzahl × Basisfallwert + Zuschläge-Abschläge errechnet. Während Basisfallrate und verschiedene Zu- bzw. Abschläge zentral vorgegeben sind, spiegeln Case-mix-Index und Fallzahl das individuelle Leistungsspektrum entsprechend der Dokumentation wider. Damit wird das Abteilungsbudget für Personal, Verbrauchsmittel etc. künftig nicht mit den Krankenkassen verhandelt, sondern maßgeblich durch die Leistungen und eben durch die Verschlüsselung dieser Leistungen in der Abteilung bestimmt. Einige Kinderkliniken haben am sog. Pre-Test (Überprüfung der Dokumentations- und Kalkulationsinstrumente) und der Rohfallkosten-Kalkulation teilgenommen und können so erste deutsche Kosten- und Leistungsdaten vorlegen.

Hochschulambulanzen werden in Zukunft nicht mehr aus dem Gesamtvergütungstopf der kassenärztlichen Vereinigung bezahlt. Die Hochschulen treffen selbst mit den Krankenkassen

Vereinbarungen und werden auch direkt von den Krankenkassen vergütet. Auch dies ist eine wichtige Neuerung für unser Fachgebiet, da die ambulante Betreuung unserer Patienten praktisch ausschließlich von kideronko- und hämatologischen Krankenhausambulanzen mit einem Schwergewicht an den Universitätskliniken und so gut wie nicht durch niedergelassene, spezialisierte Kinderärzte erfolgt. Innerhalb eines Hauses werden die Erlöse, die prinzipiell der entlassenden Abteilung gutgeschrieben werden, mit den leistungserbringenden Instituten und mitbehandelnden Stationen zu teilen sein. Für diese interne Leistungsverrechnung sind noch Verteilungsmodelle zu entwickeln, die entsprechend der DRG-Philosophie nicht einfach auf Tagesabrechnungen oder verschiedene Punktwerte bisher verwendeter Leistungskataloge zurückgreifen können. Daher sollte bei jeder Entlassung auch auf die Vollständigkeit der Diagnosen- und Prozedurenkodierung mitbehandelnder oder verlegender Abteilungen geachtet werden.

### Vergütung des medizinischen Fortschritts

Durch regelmäßige Überprüfung der Kostengewichte sollen neu entstehende kostensenkende und kostenerhöhende Effekte z. B. im Gefolge medizinischen Fortschritts berücksichtigt werden können. Zudem können für innovative Verfahren, die noch nicht von den Fallpauschalen erfasst sind, örtliche Vergütungsvereinbarungen für eine begrenzte Zeit getroffen werden. Von besonderer Wichtigkeit für die pädiatrische Onkologie und Hämatologie ist, dass der Versorgungsanteil für klinische Studien laut Gesetz künftig von den Krankenkassen zu tragen ist (§ 8 Abs. 1 Satz 2 FPG und Bundesministerium für Gesundheit, Pressereferat: „Informationen zum Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser [Fallpauschalengesetz-FPG]“ vom 26.3.2002, Seite 6).

### Qualitätssicherung

Das Fallpauschalengesetz erweitert die bereits im Fünften Buch des Sozialgesetzes vorgeschriebene Verpflichtung zur Qualitätssicherung, wofür die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität von Krankenhausleistungen zu vereinbaren haben. Dazu gehören die Definitionen sächlicher und personeller Voraussetzungen sowie ein Mindestmengenkatalog. Ab 2004 dürfen Leistungen, die in dem Mindestmengenkatalog enthalten sind, dann nicht erbracht werden, wenn die erforderliche Mindestfallzahl voraussichtlich nicht erreicht werden wird. Da gerade in der pädiatrischen Onkologie sich größere Erfahrung erst ab einer gewissen jährlichen Patientenzahl akkumulieren kann, sollte die GPOH als Fachgesellschaft sich dafür einsetzen, onkologische Erkrankungen (bis zu einem Alter von 18 Jahren) in den Mindestmengenkatalog aufzunehmen und zu definieren (beispielsweise nach der Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr und Einrichtung). Alle Krankenhäuser sind zukünftig verpflichtet, Qualitätsberichte mit Darstellung von Struktur- und Ergebnisqualität und die Umsetzung des Mindestmengenkatalogs regelmäßig zu veröffentlichen.

## Kodierung von Diagnosen und Prozeduren

Mit der Einführung des DRG-Systems in Deutschland wird die Qualität der Kodierung zur Existenzfrage. Diese Herausforderung kann für die Pädiatrie, die anders als chirurgische Fächer kaum Erfahrung in der Dokumentation von Prozeduren hat, kaum größer sein. Die medizinische Dokumentation muss daher bis auf weiteres als Chefsache betrachtet werden.

Die Arbeitsgruppe DRG der GPOH hat im November 2001 Kodierempfehlungen für die Diagnosen nach ICD-10 (Version 2.0 SGB V vom 15.11.2000) und für Prozeduren nach OPS-301 (Version 2.1 SGB V vom 16.8.2001) herausgegeben. Sie sind auch in dem Kodierleitfaden für die Kinder- und Jugendmedizin (AG DRG der GKinD), die Empfehlungen für die gesamte Pädiatrie zusammenfasst, integriert. Die einheitliche und medizinisch korrekte Kodierung wird darüber entscheiden, welches ökonomische Gewicht einzelne Ziffern erhalten werden. Da häufig mehrere Kodiermöglichkeiten denkbar sind (z.B. Diagnosecodes für Hirntumoren), sollte nur in begründeten Ausnahmefällen von den empfohlenen Kodierungen abgewichen werden. Eine Besonderheit des australischen DRG-Systems ist, dass die so genannten Nebendiagnosen erheblich für die Fallgruppenzuordnung sind. Daraus folgt die Notwendigkeit, jede irgendwie wichtige Diagnose und Komplikationen auch tatsächlich zu dokumentieren. Nach den Erfahrungen aus anderen Ländern mit DRG-Systemen steigt pro Patient die Anzahl der Diagnosen in Arztbriefen und Abrechnungsdokumenten im Vergleich zur Zeit vor der DRG-Einführung, d.h. die Patienten werden zunächst scheinbar kränker. Eindringlich zu warnen ist aber vor medizinisch nicht klar zu rechtfertigendem „Upcoding“, da dies durch die regelmäßig geplanten Fallüberprüfungen erkannt und mit schweren ökonomischen Einbußen geahndet werden wird. Oberstes Prinzip der Kodierung muss die medizinische Sachgerechtigkeit sein. Die dokumentierenden Ärzte und Studienassistenten sollten immer wieder darauf hingewiesen werden, dass sie nur dafür verantwortlich sind. Die Umsetzung der Diagnosen und Prozeduren in ökonomische Größen ist nicht ihre, sondern die Aufgabe der Verwaltungspartner.

## Entwicklung neuer Codes

Viele Aspekte der Pädiatrie im Allgemeinen und in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie im Besonderen sind bisher unberücksichtigt. Mit Ausnahme der Neugeborenenperiode, die über Gewichtsklassen gut abgebildet ist, wird beispielsweise der erheblich höhere Pflegeaufwand für Säuglinge und Kleinkinder unter drei Jahren nicht berücksichtigt. Ziel der verbändeübergreifenden pädiatrischen DRG-Arbeitsgruppe (GKinD) ist es, einen Alterssplit bei drei Jahren einzuführen. (Treffen beim Bundesministerium für Gesundheit am 23.4.2002). Während die meisten kideronko- und hämatologischen Diagnosen auf den ICD-10 adäquat abbildbar sind, fehlen Ziffern für wesentliche zeit- und ressourcenaufwändige Prozeduren. Beispiele für solche Lücken sind „Zellbiologische Diagnostik“, „Zellprozessierung“, „Komplexe Chemotherapie“, „Katheterpflege“, „Schmerztherapie“, „Diagnosegespräch“, „Schulungen“, „Interdisziplinäre Beratungen“, „Tumormaterialversorgung“ und sämtliche Diagnosen- und Beratungsziffern des psychosozialen Dienstes. Die AG-DRG der GPOH hat solche Ziffern definiert und in den Kodier-

empfehlungen veröffentlicht, so dass sie in jeder pädiatrisch-onkologischen Abteilung erfassbar und mittels interner elektronischer Systeme (z.B. DOSPO) dokumentierbar sind. Der Nachweis der Häufigkeit solcher für unser Fachgebiet wesentlichen Leistungen dürfte ein wichtiges Argument für die Aufnahme in den OPS durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sein. Die jährlich erfolgende Anpassung der Diagnosen- und Prozedurenziffern war in den vergangenen beiden Jahren nur auf einige wenige Korrekturen beschränkt. Änderungsvorschläge wurden bisher bis zum 30.4. eines jeden Jahres vom DIMDI entgegen genommen. Die neue Version wird zum 31.7. veröffentlicht und ist ab dem 1.1. des Folgejahres offiziell gültig. Die GPOH hat ihre Vorschläge in den verbändeübergreifenden GKinD-Antrag integriert und fristgerecht eingereicht. Dem sind umfangreiche Abstimmungsprozesse – insbesondere im Bereich der psychologischen, psychosozialen und psychosomatischen Verbände unter Federführung der Psychosozialen Arbeitsgruppe in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) – vorausgegangen.

## Modellprojekt Fallkostenermittlung

Die bisher geltenden Budgets der Krankenhäuser basieren auf Selbstkosten-Deckungsanalysen (Top-Down), wurden aber nie richtig patienten- oder leistungsbezogen ermittelt, weil die konkrete Behandlung bisher für die Abrechnung keine Rolle gespielt hat. So ist die Datenlage über die tatsächlichen Kosten einer Behandlung ausgesprochen dünn. Die Behandlung onkologisch kranker Kinder und Jugendlicher ist zudem erheblich aufwändiger als sie in den örtlichen Krankenhauskosten pauschal ausgewiesen werden. Der erheblich höhere Beratungsbedarf, die zeit- aufwendigere Durchführung von Prozeduren und die psychosoziale Betreuung sind überhaupt nicht erfasst. Über einen Zeitraum von drei Monaten wurden deshalb von einer renommierten Beratungsfirma in einer Modellklinik die tatsächlichen Fallkosten ermittelt. Dabei wurden die Gesamtkosten von 3 374 stationären Behandlungstagen und 789 ambulanten Besuchen bei 53 Kindern mit Chemotherapie und 9 Patienten mit Stammzelltransplantationen erfasst. Die Auswertung dieser Bottom-Up-Analyse erfolgt derzeit. Die Ergebnisse sollen mit den DRG-ermittelten Fallkosten verglichen werden, um zu realitätsbezogenen Relativgewichten und damit Krankenhauserlösen zu kommen.

## Ausblick

Die neue Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen erfordert ein Umdenken im medizinischen Alltag. Der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie kommt dabei ihre im Vergleich zu anderen Subdisziplinen entwickelte Patientennähe sicherlich zu Gute. Sie dürfte auch beim organisatorischen DRG-Ziel einer prozessorientierten, interdisziplinären Patientenversorgung schon gut vorangeschritten sein. Auch die EDV-technischen Voraussetzungen sind unseres Wissens vielerorts schon gut entwickelt, zumal mit DOSPO auch eine fachspezifische und schnittstellenfähige Software zur Verfügung steht (wenn auch Verbesserungen vor der generellen Einführung noch nötig sind). Als Hauptproblem muss die Kodierqualität der Diagnosen und Prozeduren erkannt und organisatorisch umgesetzt werden. Die Abteilungslei-

ter sind dafür verantwortlich (Prozessverantwortlichkeit). Viele noch ungelöste Probleme im Umfeld (fehlende pädiatrische und onkologische Prozedurenziffern, noch nicht definierte deutsche Relativgewichte, zu wenige pädiatrische Erlösgruppen, fehlende Grouper-Software) sollten nicht dazu verführen, diese Aufgaben nicht ausreichend ernst zu nehmen.

### **Danksagung**

Die ausgezeichnete Kooperation mit der fachgruppenübergreifenden Arbeitsgemeinschaft DRG der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (AG-DRG der GKind; Geschäftsführerin Frau N. Lutterbüse) soll hier hervorgehoben werden. Die Arbeit der AG-DRG der GPOH wird durch das Kompetenznetz Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (KPOH) unterstützt.