

Georg Hoffmann¹

DRG und Labor: Erfahrungen aus Deutschland

Als die letzten Silvesterraketen zum Jahreswechsel 2003/2004 verglüht waren, begann für deutsche Krankenhäuser ein neues Zeitalter: der Eintritt in ein DRG-System, das – gemessen an der bisherigen Vergütungsarithmetik – eine Wendung um 180° bedeutete. Auch wenn sich die Geschichte nie 1:1 wiederholt, sind für die Schweiz ab 2012 ähnliche Änderungen und Konsequenzen für die Labor Diagnostik zu erwarten.

Bis dato ruhte der Herr (sprich: der Chefarzt) am siebten Tage gern, um in seiner Abteilung eine durchschnittliche Verweildauer von über zehn Tagen zu erzielen. Allenfalls der Patient wurde unruhig, weil man nach einer Woche «noch immer nichts gefunden hatte» oder nach dem Wochenende noch einmal «die Laborwerte kontrollieren» wollte. In Wirklichkeit wurde etwa ab dem siebten Tag das Geld verdient, das zur Kompensation der teuren ersten Woche oft auch dringend benötigt wurde.

Auf die Diagnose kommt es an

Am 1. Januar 2004 wendete sich das Blatt: Ab nun wurde nicht mehr der Kranke, sondern der Chefarzt am siebten Tag unruhig, weil zum Beispiel bei einem Herzpatienten mit der DRG F42A eine längere Verweildauer bares Geld kostete (Abb. 1). Wie in allen Ländern, die DRG-Fallpauschalen anstelle tagesgleicher Entgelte einführten, achtet man heute auch in Deutschland auf eine möglichst rasche Entlassung und ist bemüht, die Diagnostik einschliesslich Labor auf die ersten Tage des Aufenthaltes zu konzentrieren. Schliesslich steht die Abkürzung DRG (*Diagnosis Related Groups*) für «diagnosebezogene Vergütungsgruppen»: Auf die Diagnosen kommt es bei der DRG-Vergütung nämlich besonders an. Sie müssen deshalb nicht nur möglichst frühzeitig bekannt sein, um das voraussichtliche Entgelt abzuschätzen, sondern auch komplett – also einschliesslich aller Nebendiagnosen – kodiert werden, weil sich daraus nach einem speziellen Schlüssel die Fallschwere errechnet. Je

schwerer der Fall, desto höher die Pauschale.

Diagnostische Kompetenz

Aus diesen wenigen Tatsachen lassen sich die Erfahrungen deutscher Krankenhauslaboratorien mit dem DRG-System im Wesentlichen herleiten. Was sich ab 2004 vor allem änderte, war die Leistungsverdichtung im Routine-labor: Die Unterschiede zwischen Tag und Nacht, zwischen Werk- und Feiertagen haben sich nivelliert, und da die Zahl der MTAs nicht zu-, sondern eher abnahm, musste im Bereich der Labo-automation aufgerüstet werden. Deutsche Krankenhäuser mit bis zu 500 Betten werden heute weitgehend ohne eigene MTAs von niedergelassenen Laborärzten versorgt. Deshalb verlagert man Notfalluntersuchungen immer mehr auf POCT-Geräte (*Point-of-Care-Testing*), die dann vom Stationspersonal bedient werden. Dies löst das Problem aber nur teilweise, denn so geht diagnostische Kompetenz verloren, und zudem bedeutet patientennahe Diagnostik eine erhebliche Mehrbelastung der Ärzte und Pflegekräfte sowie einen hohen Schulungs- und Zertifizierungsaufwand durch POCT-Beauftragte.

Eine fast zwangsläufige Folge von DRGs ist ferner die strikte Reglementierung des Anforderungsverhaltens auf den Stationen – gerade auch bei Laboruntersuchungen. Hier kann man rückblickend zwei Phasen unterscheiden: In den ersten Jahren wurde alles, was potenziell Geld kostete, eingeschränkt – also auch die Zahl der Laboranforderungen. Aus den USA war allerdings bekannt, dass der unselektive Verzicht auf diagnostische Leistungen gleichzeitig zum Rückgang der DRG-Vergütung führte, weil diese ja definitions-

DRG et laboratoire: l'expérience de l'Allemagne

En 2004, l'Allemagne a modifié son système de tarification hospitalier: elle a passé des tarifs journaliers aux forfaits par groupes apparentés par diagnostic ou DRG (*Diagnosis Related Groups*). Pour le laboratoire de diagnostic, les conséquences essentielles se reflètent dans le fait que les systèmes DRG contraignent à l'accélération des processus et à la codification de tous les diagnostics susceptibles de remboursement. Le débit des analyses devient plus rapide. Il s'ensuit un nivellement des différences de charge de travail entre les services de jour et de nuit, ou entre jours ouvrables et jours fériés, et une automatisation accrue des processus de laboratoire. D'autre part, afin d'éviter la perte de la maîtrise des coûts ou la négligence de certains résultats déterminants pour le remboursement, il faut que les établissements hospitaliers appliquent une rigueur particulière dans la réglementation des exigences au sein du système de tarification forfaitaire par diagnostic. En conséquence logique, il faut mettre en œuvre les itinéraires cliniques (*pathways*) au sein des systèmes informatiques, à l'hôpital et au laboratoire (SIH et SIL) et traduire les résultats d'analyse pathologiques dans les codes chiffrés de la classification CIM.

gemäss auf Diagnosen basierten. Expertenbefragungen im Mutterland der DRGs ergaben, dass die Laborleistungen zunächst um etwa 50 Prozent zurückgingen, um dann wieder auf das alte Niveau zu steigen. Ein Laborarzt der berühmten *Mayoklinik* in Rochester berichtete, dass US-Krankenhäuser, die aus falscher Sparsamkeit ihr Labor aufgaben, später häufig selbst schliessen mussten, weil ihre Erlöse einbrachen.

¹ Prof. Dr. med. Georg Hoffmann, Verlag Trillium GmbH, D82284 Grafath, www.trillium.de

Ein Wachhund hilft

Um diesem absehbaren Fehlverhalten gegenzusteuern, entwickelte der Autor 2003 eine (im Internet kostenlos verfügbare) Datenbank namens *DRG Watchdog*, die zu jeder Fallkonstellation – zum Beispiel Herzinfarkt mit und ohne Komplikationen – alle vorgesehenen Vergütungen anzeigt und auch Hinweise gab, welche diagnostischen Voraussetzungen für eine der Fallschwere adäquate Vergütung gegeben sein mussten. Das Programm wird noch immer jährlich aktualisiert und kann unter www.watchdog-online.de aufgerufen werden. Für den Herzinfarkt gibt es derzeit beispielsweise zwölf verschiedene DRGs mit Vergütungen zwischen rund 2000 und 28000 Euro (Abb. 2).

Das Programm trug in der Frühphase der DRG-Einführung dazu bei, dass die Laboranforderungen in Deutschland «nur» um etwa 20 Prozent zurückgingen. Stattdessen wurden nutzlose Laborprofile durch höherwertige, gezielte Tests ersetzt, wodurch die Laborbudgets in den Krankenhäusern, die den Watchdog aktiv nutzten, unter dem Strich konstant blieben. Viele Laborleiter gingen auch dazu über, bei positiven Befunden die erlösrelevanten ICD-Ziffern (*International Classification of Diseases*) automatisch an das Medizincontrolling zur korrekten Kodierung (sog. *right coding*) zu übermitteln.

Nach sieben Jahren DRG-Erfahrung sind diese Ziffern auf den Stationen mittlerweile bekannt oder werden von

Softwaremodulen zur «DRG-Optimierung» angezeigt. Die aktuelle Herausforderung liegt eher in der Steuerung aller klinischen Prozesse einschliesslich der Diagnostik. Wenn jeder das Rad neu erfindet, laufen die Kosten schnell aus dem Ruder; grundsätzlich verlangen also pauschalierte Vergütungen nach normierten Vorgehensweisen. Man spricht dabei von klinischen bzw. diagnostischen Pfaden (*pathways*), die meist in Form von Entscheidungsbaumdiagrammen auf Papier erstellt und dann in das Krankenhaus- oder Laborinformationssystem (KIS, LIS) übertragen werden. Solche Pfade sind in allen Ländern, die DRGs einführen, eine gewissermassen natürliche Folge der Fallpauschalen. In der Anfangsphase werden sie von Ärzten und Pflegekräften oft als «Kochbuchmedizin» abgelehnt, um dann nach etwa fünf bis sieben Jahren umso vehementer gefordert zu werden. In dieser Phase befindet sich Deutschland zurzeit.

Labordiagnostik treibt Entwicklung voran

Der Labordiagnostik kommt hier eine entscheidende Rolle und Verantwortung zu, die Entwicklung voranzutreiben, ohne von ihr getrieben zu werden. Die Fachverbände der Labordiagnostik und Diagnostica-Industrie, DGKL e.V. (Bonn) und VDPGH e.V. (Berlin) haben sich dabei frühzeitig eingebracht: Arbeitsgruppen wurden gebildet, Softwareentwicklungen gefördert und Empfehlungen publiziert. Zahlreiche Artikel mit inzwischen schon fast historischem Wert können im Internet unter www.trillium.de heruntergeladen werden (Suchbegriff «DRG»). Aktuell gibt der Autor dieses Beitrags zusammen mit Kollegen das erste deutsche Praxishandbuch labor-diagnostischer Pfade heraus. Band 1 wurde bei der Medica 2011 in Düsseldorf vorgestellt.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Georg Hoffmann
Verlag Trillium GmbH
D82284 Grafath
ghoffmann@trillium.de

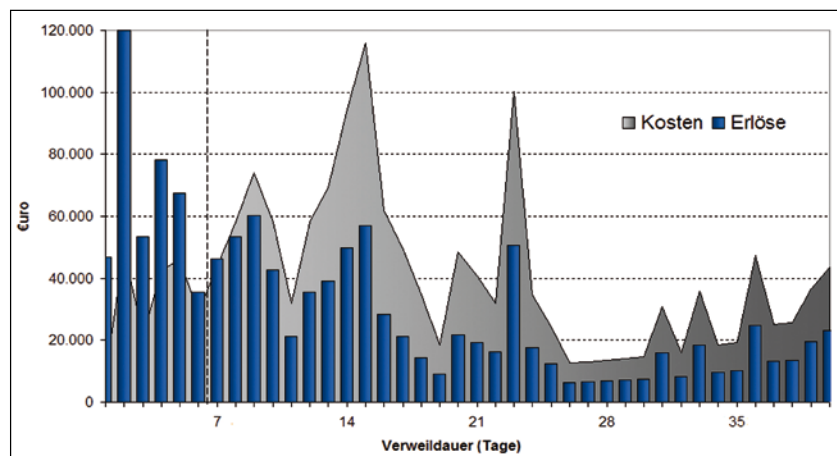


Abb. 1: Gegenüberstellung von Fallkosten (Fläche) und DRG-Erlösen (Säulen) bei insgesamt 312 Patienten mit kardialen Erkrankungen (DRG F42A). In der ersten Woche resultierte aus der Differenz zwischen Kosten und Erlösen ein Nettogewinn, der am Tag 2 am höchsten war. Im vorliegenden Beispiel wurden etwa 15 Prozent der Patienten tatsächlich nach dieser kurzen Zeit bereits wieder entlassen, so dass auch die gesamte Diagnostik in zwei Tagen abgeschlossen sein musste. Bei den Patienten mit einer Verweildauer von mehr als einer Woche wurden nur noch Verluste erwirtschaftet. Die Originaldaten aus dem Medizincontrolling eines Krankenhauses wurden freundlicherweise von Dr. Nadine Schmid-Pogarell, München, zur Verfügung gestellt.

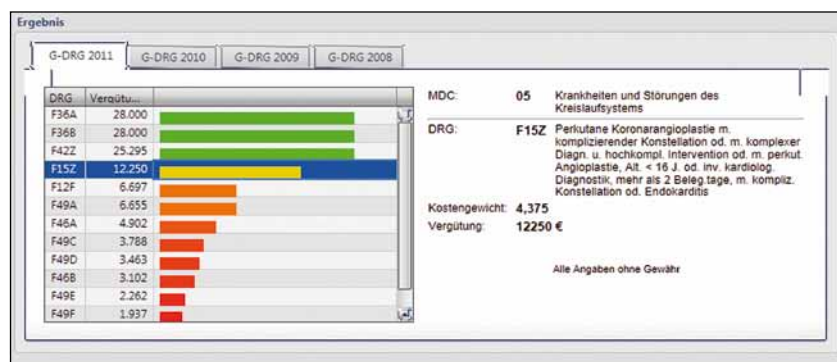


Abb. 2: Vergütungsbeispiel im deutschen DRG-System (www.watchdog-online.de): Für den akuten transmuralen Vorderwandinfarkt (ICD I21.0) gibt es aktuell je nach Fallkonstellation zwölf unterschiedliche DRGs mit Vergütungen zwischen etwa 2000 und 28000 Euro. Bei Klick auf einen Balken werden rechts die Bedingungen, die zur jeweiligen Vergütung führen, angezeigt (zum Beispiel 12250 Euro bei der DRG F15Z mit komplexer Diagnostik und/oder Intervention).

Dieser Artikel ist mit der kooaba Paperboy Bilderkennung verknüpft. Mit der App lassen sich Zusatzinfos und Links direkt auf Ihr Smartphone bringen.