

Analyse der Abbildungsqualität großer Eingriffe an Kopf und Hals in den G-DRG-Systemen 2004 - 2007

K. Franz, D. Franz, N. Roeder, K. Hörmann, J. Alberty



Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde - Universitätsklinikum Münster (Direktor: Prof. Dr. med. W. Stoll)

Einführung:

Bei der Einführung des deutschen DRG-Systems bestanden für große onkologische Eingriffe an Kopf und Hals erhebliche Zweifel an einer sach- und leistungsgerechten Abbildungsqualität. Durch ein bundesweites DRG-Evaluationsprojekt HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie wurden datenbasierte Anpassungsvorschläge erarbeitet, die seit 2004 zu erheblichen Veränderungen der DRG-Struktur geführt haben (Abbildung 1).

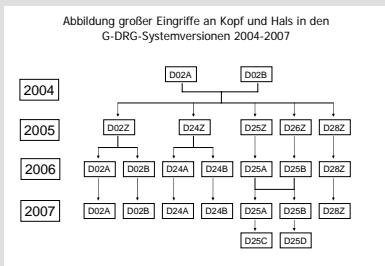


Abbildung 1: Abbildung großer Eingriffe an Kopf und Hals in den G-DRG-Systemversionen 2004-2007

Fragestellung:

Ziel der Studie war die vergleichende Analyse komplexer chirurgischer Eingriffe an Kopf und Hals in den G-DRG-Systemen 2004 - 2007.

- Es sollten (1) die sach- und leistungsgerechte Refinanzierung dieser Leistungen geprüft,
- (2) die ökonomischen Umverteilungen insgesamt und klinikindividuell quantifiziert und
- (3) zukünftiger Anpassungsbedarf aufgezeigt werden.

Material und Methodik:

Datengrundlage

Datenquelle waren 518 Fälle aus 27 HNO-Hauptabteilungen. Diese entstammen dem prospektiven Datenpool des DRG-Evaluationsprojektes Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. Einschlusskriterium war eine Eingruppierung in die Basis-DRG D02 Große Eingriffe an Kopf und Hals des G-DRG-Systems 2004. Sammlung der Daten gemäß §21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) der eingeschlossenen Fälle und Ergänzung um gesondert dokumentierte, fallbezogene Leistungen.

Fallmigration

Gruppierung der Falldaten aller 518 Fälle gemäß den G-DRG-Algorithmen 2004, 2004/2005, 2004/2006 und 2005/2007 (GetDRG®, Fa. GEOS, Nürnberg).

Bezugsgrößeneffekt

Berücksichtigung des Bezugsgrößeneffektes zwischen Version 2004 und 2005 durch Absenkung der Bewertungsrelationen 2004 um 4,8% gegenüber 2005.

Statistische Kennzahlen:

Berechnung der Varianzreduktion (R^2) und des Homogenitätskoeffizienten der Kosten gemäß der vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK, Siegburg) publizierten Formeln je Systemversion für alle Fälle und für Normallieger mit den statistischen Funktionen von MS-Excel®. Abgrenzung der zufälligen und der zielgerichteten Varianzreduktion. Euro-Berechnungen basieren auf einem Basisfallwert von 2.700 €.

Ermittlung der Aufwandsäquivalente

Beurteilung der ökonomischen Homogenität einer DRG durch Ermittlung von Aufwandsäquivalenten. Diese entsprechen dem mittleren ökonomischen Aufwand der jeweils zu bewertenden Leistung.

Ermittlung eines standardisierten Basisaufwands pro Patient (z. B. Visite, Routinelabor etc.) ergänzt um fallbezogene aufwändige Leistungen. Ausführliche intraoperative Personal- und Sachkostenerfassung der Verbrauchsmaterialien.

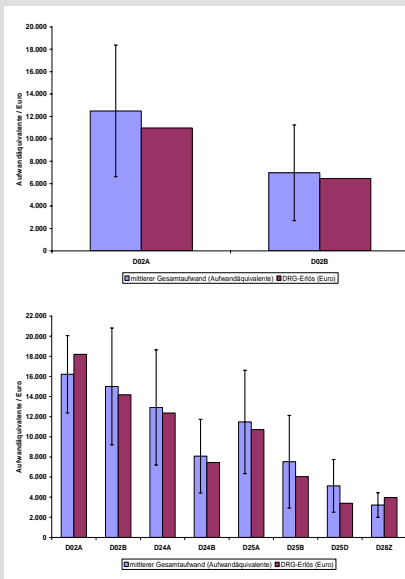


Abbildung 2: G-DRG-System 2004 (oben) und 2007 (unten): Vergleich Fallerlös (€) und mittlerer Gesamtaufwand der Stichprobe (Aufwandsäquivalente), ergänzt um 1. StAbw.

R ² -Anstieg	Alle Fälle	Normal-lieger
2005/2004	50,7%	44,1%
2006/2005	25,0%	36,7%
2007/2006	3,2%	5,2%
2007/2004	94,3%	107,3%

Tabelle 1: Veränderung der Varianzreduktion für die einzelnen Jahre und für 2007/2004

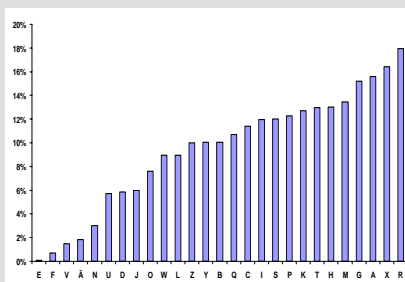


Abbildung 3: mittlere klinikindividuelle DRG-Erlösveränderung pro Fall 2007 im Vergleich zu 2004 in %

Ergebnisse:

G-DRG-System 2004 (Abbildung 2): Große Eingriffe an Kopf und Hals wurden der zweifach gesplitteten Basis-DRG D02 Große Eingriffe an Kopf und Hals zugeordnet.

Die Differenzierung erfolgte anhand der Patienten-Komorbidity. Die Komplexität des operativen Eingriffs wurde nicht berücksichtigt. Maligne und benigne Fallkonstellationen wurden zusammengefasst. Bei näherungsweise gleichem Vergleich der Euroerlöse und der mittleren Aufwandsäquivalente je Fall zeigten sich Kostenunterdeckungen von -13,9% (D02A) und -7,8% (D02B).

G-DRG-System 2007 (Abbildung 2): Erweiterung der Anzahl der relevanten G-DRGs auf acht. Primäres Differenzierungskriterium ist die Komplexität des operativen Eingriffs, sekundär gefolgt von der Patienten-Komorbidity, dem Patientenalter sowie einer Trennung maligner und benigner Erkrankungen. Erstmals Berücksichtigung von Kombinationseingriffen bei großen lappenchirurgischen Operationen. Kostenüberdeckungen zwischen 12,2% (D02A) und 30,8% (D28Z). Kostenunterdeckungen zwischen -5,1% (D24A) und -26,5% (D25B).

Varianzreduktion (R^2) (Tabelle 1) & Homogenitätskoeffizient: R^2 -Anstieg 2007 im Vergleich zu 2004 um 94,3% (alle Fälle) bzw. 107,3% (Normallieger). Zielgerichtete Varianzreduktion (aller Fälle) 2007 um Faktor 19,4 höher als die zufällige. Mittlere prozentuale Steigerung des Homogenitätskoeffizienten der Kosten 2004-2007 um 9,7% (Normallieger).

Klinikindividuelle ökonomische Konsequenzen (Abbildung 3): Ökonomische Umverteilung von DRG-Erlösen zu komplexeren Eingriffen. Hiervon profitierten vor allem Maximalversorger und Universitätsklinik. Mittlere klinikindividuelle Erlöszuwächse pro Fall zwischen 3 € und 517 €.

Diskussion:

Klassifikatorische Perspektive: Das G-DRG-System 2007 bildet große onkologische HNO-Eingriffe sachgerechter ab als die Systemversion 2004. Kostenunterdeckungen existieren nur noch in bestimmten Bereichen. Die Differenzierungskriterien „Komplexität des operativen Eingriffs“, Patienten-Komorbidity und Dignität der Grunderkrankung sind medizinisch-ökonomisch belastbare Parameter für deutlich aufwandhomogenere Fallgruppen. Darüber hinaus wurde eine weitere Homogenisierung der Ressourcenaufwände durch Ausgliederung von Subgruppen in neue DRGs erreicht. Die auch 2007 noch bestehenden Kostenunterdeckungen v. a. für mittlere Eingriffe sollten kurzfristig ausgeglichen werden.

Medizinische Perspektive: Parallel zur Erhöhung des Differenzierungsgrades des G-DRG-Systems resultiert eine deutliche Zunahme der Systemkomplexität. Dies kann die DRG-Akzeptanz der Klinikern verringern. Onkologisch tätige Kliniker müssen sich alljährlich mit den Veränderungen des G-DRG-Systems auseinandersetzen, um eine korrekte Fallgruppierung zu erreichen und den Differenzierungsgrad des DRG-Systems zu nutzen. Dies bedeutet in der Praxis, daß der onkologische Operateur die relevanten OPS-Kodes und die dadurch angesteuerten DRGs kennen sollte, um einen sachgerechte Finanzierung zu gewährleisten!

Zukünftige Entwicklungen:

Zukünftig ist eine steigende Therapiekomplexität bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Malignomen mit vermehrtem Einsatz multimodaler Therapiekonzepte und Konzentration an spezialisierten Zentren absehbar. Auf diesen Zentren lastet dann ein höheres Kostenrisiko. Es ist notwendig, diese Entwicklungen durch eine zeitnahe Abbildung innovativer Therapiekonzepte im G-DRG-System abzubilden. Darüber hinaus könnte für besonders komplexe Patientengruppen eine Lösung auch außerhalb des Fallpauschalen-Kataloges erwogen werden, wie sie z. B. durch unterschiedliche Basisfallwerte in Abhängigkeit von der Versorgungsstufe oder eine Ausdifferenzierung der Zusatzentgelte gegeben wären.

Literatur:

- Franz, D., Roeder, N., Alberty, J. (2005) DRG-Evaluationsprojekt Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. Schöningh-Verlag Münster, ISBN 3-86523-035-0
- Franz, D., Franz, K., Roeder, N., Hörmann, K., Fischer, R.J., Alberty, J. (submitted) Analyse der Abbildungsqualität großer operativer Eingriffe an Kopf und Hals in den G-DRG-Systemen 2004 bis 2007