VERGÜTUNG 01.04.2014

Zerschnittene Vergütung: Hat die Vergütung Einfluss auf die Verfahrenswahl?

Vor elf Jahren wurde der Strukturwandel im deutschen Krankenhausbereich eingeleitet und das in Australien primär in der Qualitätssicherung eingesetzte Diagnosis Related Groups (DRG) als neues Abrechnungssystem für somatische Krankenhausleistungen installiert. Eingeführt wurde ein Fallpauschalensystem insbesondere mit den Zielen, die Liegezeit in deutschen Krankenhäusern zu verkürzen, die Bezahlung von medizinischen Leistungen in Krankenhäusern zu vereinheitlichen und die Kostensteigerungen für Krankenhausaufenthalte zu begrenzen [1]. Nicht mehr die Verweildauertage sind für die Erlösberechnung bestimmend, sondern die Hauptdiagnosen und erbrachten Prozeduren. Seitdem beherrscht die Verwendung richtiger ICD-10- und OPS-Kodes unseren chirurgischen Alltag. Während die Verweildauer in den Krankenhäusern weiterhin rückläufig ist, steigt die Zahl der Operationen und Behandlungen stetig [2]. Keinesfalls führt dies jedoch zu einer Besserung der allgemeinen Erlössituation deutscher Krankenhäuser. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) fehlen auch weiterhin jedes Jahr rund drei Milliarden Euro, um die Kliniken auf einem modernen Stand zu halten [3].

Ambulant oder stationär?

Ein immerfort beliebtes Thema ist das allgemeine Klagelied, dass die Hernienchirurgie ein defizitäres Zusatzgeschäft sei und allenfalls noch operatives Beiwerk darstelle. Zurückzuführen ist das Bild einer nicht mehr kostendeckenden Hernienchirurgie sicherlich vor allem auf den Sachverhalt, dass insbesondere die Leisten- und Schenkelhernienoperationen bei Patienten mit guter Allgemeinkonstellation heute primär ambulant durchgeführt werden sollen und dies von den Krankenkassen über den MDK nachverfolgt wird. Dies lässt sich auch daran ablesen, dass sich innerhalb von zehn Jahren die Menge der ambulanten Krankenhauseingriffe mit knapp 1,9 Millionen Operationen (1.865.319) verdreifacht hat, während es 2002 noch 575.613 Eingriffe gewesen sind [2]. Der Druck zur stärkeren ambulanten Leistungserbringung erfordert jedoch eine auf dieses Versorgungssetting abgestimmte OP-Infrastruktur sowie effizientere Prozesse. Nur dann können heute positive Deckungsbeiträge erwirtschaftet werden.

Während die Pauschalen bei komplexen viszeralchirurgischen Behandlungen durch aufwendige Prozeduren, Nebendiagnosen und Apparatezeiten mit Zusatzbeiträgen erlösrelevant aufgeladen werden, unterschreiten die Vergütungen in der komplikationsarmen Hernienchirurgie den erreichbaren Deckungsbeitrag häufig. Die fortlaufende Verbesserung der Kalkulationsgrundlage der jährlichen DRG-Kalkulation im Sinne einer aufwandsgerechteren Kostenzuordnung führt einerseits zu einer Steigerung ressourcenaufwendiger Prozeduren

und Fälle und andererseits zu einer Abwertung einfacherer Fallkonstellationen. Dafür verantwortlich sind auch die Chirurgen selber, indem Verweildauern immer weiter gesenkt und somit zukünftige Erlösabschläge erst ermöglicht werden. Ein Durchbrechen dieser Abwärtsspirale kann nur durch die konsequente Ausgliederung einfacher operativer Eingriffe bei ansonsten gesunden Patienten hinein in das ambulante Setting bedeuten. Dadurch wird eine bessere Schärfung und Aufwertung der stationär behandelten Fälle erreicht und weitere Kurzeitaufenthalte mit erheblichen Abschlägen vermieden. Erste Anzeichen spiegeln sich durch ein kontinuierlich gestiegenes Relativgewicht der Leistenhernienchirurgie in den DRG-Katalogen wieder. Diese Entwicklung ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die Fälle mit sehr geringem Ressourcenaufwand heute primär ambulant erbracht werden und dass der Anteil der aufwendigen Hernienoperationen innerhalb der stationären Kalkulationsstichprobe zugenommen haben und somit auch die Sachkosten anteilig angestiegen sind. Jedoch werden diese positiven Vergütungseffekte dahingehend aufgehoben, indem hohe Abschläge durch nachträgliche Kürzung unter der vorgebenden Mindestverweildauer hingenommen werden müssen.

Eine zukünftige Ausweitung des ambulanten Operierens wird unausweichlich sein

Schon jetzt werden in den USA, Dänemark und Kanada über 80% aller Leistenbruchoperationen ambulant durchgeführt, während es in Deutschland gerademal 6 % sind [4]. Diese ungleiche internationale Verteilung weist darauf hin, dass nicht allein ärztliche, sondern dass vielmehr finanzielle, versicherungstechnische, geographische oder politische Gründe verantwortlich sind, die bestimmen, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird.

In Deutschland bestehen bereits heute vielfache Optionen für die Krankenhäuser an der ambulanten Leistungserbringung teilzunehmen: ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB, ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und belegärztliche Leistungen. Zusammengefasst sind 91,1 % aller deutschen Krankenhäuser mit über 50 Betten in mindestens einem der ambulanten Tätigkeitsgebiete aktiv [5]. Obwohl der Gesetzgeber reichlich Versorgungsformen zur Verfügung stellt, fehlt es weiterhin an einer funktionierenden und leistungsanreizenden Vergütung, die das ambulante Operieren interessanter macht. Im europäischen Vergleich liegen die Vergütungen für ambulante Eingriffe in Deutschland weit unter denjenigen der Nachbarländer. Auch der privatärztliche Bereich macht da leider keine Ausnahme. Eine Studie der KV Bayern aus dem Jahr 2010 unternahm eine ökonomische Gegenüberstellung des ambulanten Operierens und der vollstationären Erbringung derselben Leistung aus Perspektive der für die Krankenkassen entstehenden Kosten. Im Ergebnis zeigt sich für fast alle der untersuchten Operationen eine deutlich höhere Vergütung für den Fall einer Leistungserbringung im stationären Bereich. Ambulante Operationen waren in der Regel deutlich geringer vergütet als eine vergleichbare stationäre Aufnahme des Patienten [5]. Insofern bleibt es dabei, dass unter rein ökonomischen Gesichtspunkten, das stationäre Verfahren dem ambulanten Operieren vorzuziehen ist, solange seitens der Kostenträger kein nachhaltiges Umdenken stattfindet.

Was bedeutet dies für die Praxis?

Die Entscheidung, ob ein Eingriff stationär oder ambulant erfolgt, sollte schon im Erstgespräch mit dem Patienten getroffen werden. Hierbei hat der Arzt aber nicht nur den Patientenwunsch, sondern auch die Kriterien zur stationären Behandlungsnotwendigkeit (G-AEP) zu berücksichtigen. Um einer späteren Fehlbelegungsprüfung gemäß 17 c Abs. 4 Satz 9 KHG standhalten zu können, sind die Tatbestände bei einer stationären Behandlung zwingend, z. B. durch entsprechende Nebendiagnosen zu kodieren, bzw. in Freitextform zu dokumentieren. Es gilt die Grundregel, dass primäre Leistenhernien bei gesunden jungen Patienten (< 55 Jahre) immer ambulantes Potential bergen und dementsprechend einer ambulanten Verfahrensweise zugeordnet werden sollten. Wird dies seitens des Patienten nicht gewünscht, sollte es speziell vermerkt werden.

Erlössicherung am Beispiel der Leistenhernienchirurgie

Die Operationen der Leisten- und Schenkelhernien sind im DRG Katalog kein simpler Kode, sondern folgen einem komplexen Algorithmus der sicherstellt, dass auch komplexe Hernienreparationen aufwandsgerecht vergütet werden. Die Leisten- und Schenkelhernienoperationen werden dabei in fünf DRGs hinsichtlich Alter, Komplexitätsgrad und doppelseitiger Operationen differenziert. Hinzu kommt, dass ein Ressourcenaufwand für ergänzende plastische Rekonstruktionen der Bauchwand ebenfalls in der DRG Berücksichtigung findet. So lassen sich durch eine gründliche körperliche Untersuchung hilfreiche Zusatzinformationen einholen. Nicht selten finden sich ergänzende Befunde z. B. in Form einer symptomatischen Nabelhernie, die einer simultanen Versorgung zugeführt werden könnte und somit eine Änderung der DRG herbeiführt. Weiter sollte gezielt nach Voroperationen gefragt werden. Häufig sind die durchzuführenden Operationen Rezidiveingriffe und fallen somit in die Gruppe der komplexen Hernienreparationen. Daher ist eine genaue Anamneseerhebung nicht nur für den operativen Verlauf entscheidend, sondern sichert zusätzlich bei richtiger Kodierung die aufwandsbezogenen Erlöse. Dagegen hat die Entscheidung, ob laparoskopisch oder offen, ob mit oder ohne Netz operiert wird, keinen Einfluss auf die DRG-Zuordnung.

Die abschließende Kodierung stützt sich auf verschiedene Elemente

Es sollte darauf geachtet werden, ob alle versorgten Hernien richtig erfasst wurden und mit den ICD-10-Kodes und den OPS-Kodes übereinstimmen. Wurde z. B. im Rahmen einer laparoskopischen Operation eine weitere Hernie gesichert und diese simultan mitversorgt, muss dies in der vorangelegten ICD-10 und OPS-Kodierung geändert

werden, um den operativen Mehraufwand auch abzubilden. Obwohl sich die DRG weniger nach den zugrundeliegenden Diagnosen, sondern vielmehr nach der durchgeführten Prozedur definiert, ist die korrekte Wiedergabe aller Nebenerkrankungen entscheidend, sobald diese Einfluss auf die Wahl des Operationsverfahren gehabt haben. Während die Kodierung bei Standardeingriffen eher unspektakulär ausfällt, sind komplexe operative Versorgungen immer genauestens zu verschlüsseln. Der erhöhte operative Aufwand eines Darmeingriffes bei eingeklemmter Hernie oder die operative Behebung einer Komplikation in Form einer Gefäßnaht kann nur dann erlösseitig berücksichtig werden, wenn diese Leistungen auch dokumentiert und kodiert wurden.

Gibt es Optimierungsbedarf?

Die DRGs sind keine Hilfsmittel der medizinischen Leistungserbringung, sondern lediglich ein Instrument der Leistungsverrechnung. Die alleinige Ausführung der Kodierung durch den Krankenhausarzt ist aufgrund seiner mittlerweile erreichten Komplexität nicht nur ineffizient, sondern führt auch zu einer Vernachlässigung seiner patientengebundenen Aufgaben. Insofern ist eine sachgerechte Kodierung nur durch eine eigens dafür ausgebildete Fachabteilung möglich. Allerdings kann auch ein hochprofessionelles Controlling nur das abrechnen, was der Fallpauschalenkatalog an zugeordneten DRG´s vorsieht. Häufig werden unterschiedliche Hernienlokalisationen wie Leisten- und Nabelhernien zu einer gemeinsamen erlösrelevanten DRG zusammengefasst. Dies hat zur Folge, dass unterschiedliche Materialverbräuche der jeweiligen Operationen in die jährliche Neukalkulation einfließen. Auf diese Weise werden die ressourcenaufwendigen Operationen wie die IPOM-Reparation bei Nabelhernien und einfachen ventralen Hernien unterrepräsentiert. Rein ökonomisch betrachtet, wäre diese Art der Versorgung unter der derzeitigen Erlössituation unrentabel und kann nur durch eine ausgewogene Mischkalkulation wieder aufgefangen werden [6]. Daher braucht es, ähnlich wie bei anderen Fachdisziplinen, Sonderentgelte und Zusatzkodiermöglichkeiten, um aufwandsgerechte Erlöse weiterhin in der Hernienchirurgie sicherzustellen.

Literatur

[1] A. Vera: Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse, in: Das Gesundheitswesen, 71. Jg. (2009), Nr. 3, S. 161 f.

[2] Gesundheit, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011

[3] Pressemitteilung der „Deutsche Krankenhaus Gesellschaft“ , 31.01.2014

[4] Toftgaard C, Parmentier G (2006): International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice. In: Day Surgery. Development and Practice. Lemos P, Jarrett P, Philip B (eds) International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), Clássica Artes Gráficas, Porto

[5] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012

[6] Overhaus M, Schaudienst CB, Nohl Y, Vilz TO, Hirner A, Standop J, Türler A, Kalff JC, Schäfer N.: Kosten- und Risikoanalyse der Hernienreparation. Der Chirurg, September 2011, Volume 82, Issue 9, pp 813-819

Wilke R. Zerschnittene Vergütung: Hat die Vergütung Einfluss auf die Verfahrenswahl? Passion Chirurgie. 2014 April, 4(04): Artikel 02_09.