Wolfram Fischer

Warum viele «Diagnosis Related Groups» (DRGs) keine diagnosebezogenen Gruppen sind

Unterschiedliche finanzielle Anreize bei der Vergütung von Krankenhausleistungen inklusiv oder exklusiv der ärztlichen Leistungen

Dezember 2007

Medizinische DRGs sind diagnosebezogen

Natürlich, die Überschrift stimmt nur bedingt: Bei konservativen Behandlungen sind DRGs sehr wohl diagnosebezogen. Wenn keine Prozedur codiert ist, bestimmt die Hauptdiagnose die Zuteilung einer DRG.

Eingriffe werden aufgrund der Prozedur klassifiziert

Bei operativen Fällen hingegen wird die DRG gewöhnlich anhand der aufwändigsten Prozedur bestimmt. Während in vielen DRG-Systemen in solchen Fällen immerhin noch die Hauptkategorie («Major Diagnostic Category» [MDC]) aufgrund der Hauptdiagnose ermittelt wird, gibt es auch DRG-Systeme, welche bereits für diesen ersten Kategorisierungsschritt die aufwändigste Prozedur verwenden. (Dazu gehören z. B. das HRG-System aus Grossbritannien, das LDF-System aus Österreich, das IR-DRG-System aus den USA und das CMG+-System aus Kanada.)

Weshalb Prozeduren?

Aber weshalb werden entgegen dem aus der Bezeichnung «DRG» ableitbaren Programm überhaupt Prozeduren zur Klassifikation verwendet? Die Grundidee von DRG-Systemen wäre es ja, aufgrund des Patientenzustandes die Soll-Kosten der zu erwartenden Behandlung zu vergüten und es den Leistungserbringern zu überlassen, die aus ihrer Sicht effektivste und effizienteste Behandlung zu wählen.

Fetter: «Diagnosen genügen nicht»

Robert Fetter, der Erfinder der DRGs,[1] meinte dazu in einem persönlichen Gespräch an der PCS/E-Konferenz von 1993 in München, dass Diagnosen allein «in manchen Fällen zu ungenau sind, um das vorliegende Problem und den daraus folgenden Handlungsbedarf zu beschreiben».[2]

Mullin: «US-Ärzte entscheiden DRG-unabhängig»

Robert Mullin, der – als Arzt – das IR-DRG-System im Auftrag der 3M entwickelt hat, wies mich in einem Gespräch anlässlich der PCSI-Konferenz von 2007 in Venedig darauf hin, dass es gar nicht nötig sei, diagnosebezogene Gruppen zu haben, denn es gehe ja nur darum, die Kosten der Krankenhäuser zu senken, nicht jene der Ärzte. Die Ärzte würden – als Belegärzte – ohnehin unabhängig von der DRG-Vergütung entscheiden, welche Behandlung durchzuführen sei, denn ihnen werde in den USA ein DRG-unabhängiges Honorar vergütet.

Anreiz zur Mengenausweitung statt zu optimiertem Ressourceneinsatz

Im europäischen Kontext ist in der DRG-basierten Vergütung von grundversicherten Patienten das ärztliche Honorar gewöhnlich mitenthalten. Die Wirksamkeit eines Vergütungssystems, das auf «prozedurenbezogenen DRGs» beruht, muss unter diesen Rahmenbedingungen angezweifelt werden, denn es bewirkt einen Anreiz zur Mengenausweitung auf Fallebene. Anders ist es, wenn mit einer DRG-Pauschalen – wie ursprünglich in den amerikanischen Belegarztkrankenhäusern – nur die Krankenhausleistungen vergütet werden: Dann entsteht ein Anreiz zur Kosteneindämmung der eingesetzten Ressourcen.[3]

Literaturverzeichnis

Fetter et al. (1991) DRGs
Fetter RB, Brand A, Dianne G [Hrsg.]. *DRGs, Their Design and Development*. Ann Arbor (Health Administration Press) 1991: 341 S.

Fischer (1997) PCS
Fischer W. *Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich*. Prinzipien und Beispiele. Bern und Wolfertswil (ZIM) 1997: 514 S. Auszüge: http:// www.fischer-zim.ch / studien / PCS-Buch-9701-Info.htm.

[1] Die DRG-Entwicklung wurde durch einen Forschungsauftrag für ein Instrument zur Qualitätssicherung ausgelöst. – Vgl. Fetter et al. [DRGs, 1991]: 4 ff; Fischer [PCS, 1997]: 186 f.
[2] Zitiert gemäss: Fischer [PCS, 1997]: 279.
[3] Vgl. dazu auch die Darstellung der beiden Ansätze in: Fischer [PCS, 1997]: 30-42.