

Krankenhaus-Report 2007

„Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 49-59



3	Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung.....	49
	<i>Jürgen Wasem, Isabelle Rotter, Axel Focke, Gerhard Igl</i>	
3.1	Leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser und verändertes Kodierverhalten.....	49
3.2	Der rechtliche Rahmen	50
3.2.1	Die gesetzliche „vereinfachte Ermittlung“	50
3.2.2	Was ist unter „kodierbedingte Veränderung“ zu verstehen?	51
3.2.3	Wer trägt die Beweislast?	52
3.2.4	Anwendung des durch das GKV-WSG geänderten § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG auf noch laufende bzw. beklagte Budgetverfahren für das Jahr 2006?.....	52
3.3	Modelle zur Messung von Upcoding.....	53
3.3.1	Das „Nüßle-Modell“: Nebendiagnosen-Effizienz.....	53
3.3.2	Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region: Differenzierter Erlösbericht.....	55
3.3.3	Komponentenzerlegung des WIdO.....	56
3.4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	57
3.5	Literatur.....	58

3 **Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung**

Jürgen Wasem, Isabelle Rotter, Axel Focke, Gerhard Igl

Abstract

Im DRG-System ist die Höhe der Erlöse des Krankenhauses von der Menge und Wertigkeit der dokumentierten Leistungen abhängig. Dies löst Anreize für die Krankenhäuser aus, ihr Kodierverhalten zu verändern. Da hiermit keine reale Steigerung des Ressourcenverbrauchs bewirkt ist, regelt der Gesetzgeber, dass Mehrerlöse des Krankenhauses gegenüber dem vereinbarten Erlösbudget, die durch veränderte Kodierung entstehen, vollständig an die Krankenkassen zurückgezahlt werden müssen. Verschiedene Modelle sind entwickelt worden, die an die Stelle einer vereinfachenden gesetzlichen Regelung, wie verändertes Kodierverhalten zu messen ist, treten sollen. Isoliert kann bislang keines dieser Modelle überzeugen. Möglichkeiten der Weiterentwicklung werden diskutiert. Insbesondere erweist sich das Modell der „Komponentenzerlegung“ bei geeigneter Weiterentwicklung als Instrument, um reale von lediglich nominellen Effekten auf den Case Mix Index eines Krankenhauses zu trennen.

In the DRG system, the amount of a hospital's revenues depends on the quantity and relative weight of the services documented. This results in incentives for the hospitals to change their coding behaviour. Since no material increase of resources consumption is caused hereby, the legislator stipulated that a hospital's revenues exceeding the negotiated budget due to changed coding must be fully paid back to the health care funds. Different models were developed to replace a simplifying statutory regulation of how changed coding behaviour is to be measured. So far, however, none of these models is convincing and possibilities of advancement are discussed. Particularly the model of „decomposition into growth factors“, if advanced adequately, seems to be a suitable instrument to separate real effects from merely nominal ones on a hospital's case mix index.

3.1 **Leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser und verändertes Kodierverhalten**

Im DRG-System bestimmen Zahl und Wertigkeit der vom Krankenhaus erbrachten Fälle die Erlöse. Es bestehen daher – so auch internationale Erfahrungen (Coffey/Louis 2001) – Anreize für die Krankenhäuser, beides zu erhöhen. Anders als in

der Vergangenheit (Holzwarth/Kuypers 2005) hat eine umfassende Dokumentation unter DRGs zentrale Bedeutung für die Erlössicherung der Krankenhäuser. Sie lernen, im neuen Fallpauschalensystem „richtig“ zu kodieren. Das Interesse eines Krankenhauses an einer möglichst hohen Wertigkeit der behandelten Fälle mag über das „Rightcoding“ hinaus aber auch Überlegungen auslösen, durch Manipulationen der Dokumentationen gegenüber dem realen Leistungsgeschehen hinsichtlich der Höhe der abrechenbaren Bewertungsrelationen „nachzuhelfen“, wofür sich der Begriff des „Upcoding“ eingebürgert hat.

Right-Coding wie Upcoding sollen nach dem Willen des bundesdeutschen Gesetzgebers nicht zu Mehrerlösen der Krankenhäuser führen, da sie sich nur auf der nominellen Ebene abspielen, aber nicht real zusätzliche Ressourcen verbraucht werden. Diese Überlegung muss auch über die Konvergenzphase hinaus gelten. Entsprechend hat der Gesetzgeber geregelt, dass Mehrerlöse, die gegenüber dem prospektiv vereinbarten Erlösbudget eines Krankenhauses unterjährig durch eine veränderte Kodierung erzielt werden, vom Krankenhaus vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen sind. Demgegenüber sollen die Krankenhäuser bei Mehrerlösen, die aufgrund realer Leistungsveränderungen entstehen, Anteile zur Deckung der entstandenen zusätzlichen variablen Kosten behalten dürfen.

Von den Leistungs(struktur)veränderungen, die sich ex post gegenüber den Annahmen bei Vereinbarung des Erlösbudgets ergeben, sind die Auswirkungen von Veränderungen des DRG-Kataloges (Struktur, Bewertungsrelationen, Grenzverweildauer und diesbezügliche Zu- und Abschläge), seiner Bestimmungsfaktoren (ICD- und OPS-Kataloge) sowie sonstiger Regelungen (etwa Kodierrichtlinien, Regeln zur Fallzusammenführung) zu unterscheiden: Diese Aktualisierungen können als Neubewertungen der Leistungsstruktur erhebliche Auswirkungen auf den Case Mix der einzelnen Krankenhäuser haben.

Über den Einsatz eines Übergangsgroupers können die Effekte des Katalogwechsels überwiegend, allerdings nicht vollständig, abgebildet werden. Sofern der Effekt des Katalogwechsels und der übrigen genannten Faktoren auf den Case Mix dabei über- oder unterschätzt wird, erscheint er nach Abschluss des Kalenderjahres unter sonst gleichen Umständen wie verändertes Kodierverhalten als Abweichung des tatsächlichen vom vereinbarten Erlösbudget. Es könnte sich daher anbieten, zu den generalisierbaren Effekten des Katalogwechsels auf der Bundesebene gemeinsame Empfehlungen der Selbstverwaltungspartner abzugeben.

3.2 Der rechtliche Rahmen

3.2.1 Die gesetzliche „vereinfachte Ermittlung“

Um kodierbedingte Mehrerlöse von Mehrerlösen aufgrund von realen Leistungsveränderungen gegenüber dem vereinbarten Erlösbudget zu separieren, sieht das Gesetz eine „vereinfachte Ermittlung“ vor und ermöglicht den Vertragsparteien der

Budgetvereinbarung bei Vorlage entsprechender Nachweise ein hiervon abweichendes Verfahren¹:

- In der „vereinfachten Ermittlung“ legt das Gesetz zunächst fest, dass sich die insgesamt angefallenen Mehrerlöse im Fallpauschalenbereich als Summe aus „Mehrerlösen infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren“ und „sonstigen Mehrerlösen“ zusammensetzen.
- Die „sonstigen Mehrerlöse“ werden ermittelt, indem die gegenüber dem vereinbarten Erlösbudget zusätzlich erbrachten Behandlungsfälle mit dem Mittelwert der vereinbarten Bewertungsrelationen je Fall und dem krankenhausindividuellen Basisfallwert multipliziert werden. Auf diese sonstigen Mehrerlöse findet der partielle Mehrerlösausgleich (im Regelfall: Rückzahlungsverpflichtung 65%) Anwendung.
- Die „Mehrerlöse infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren“ ergeben sich als Differenz zwischen den insgesamt angefallenen Mehrerlösen und den „sonstigen Mehrerlösen“; sie sind vollständig vom Krankenhaus zurückzuzahlen.
- Soweit das Krankenhaus oder eine andere Vertragspartei nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen.

Das vereinfachte Verfahren erkennt damit eine unterjährige Fallzahlausweitung als reale Leistungsveränderung an, Erhöhungen des Casemix-Index (CMI) werden jedoch komplett veränderter Kodierung zugerechnet.

Bei Krankenhäusern, die Mindererlöse gegenüber dem vereinbarten Budget erzielen, wird nicht zwischen realen und nominellen Leistungsstrukturveränderungen unterschieden; vielmehr findet hier grundsätzlich die Mindererlösausgleichsregelung Anwendung.

3.2.2 Was ist unter „kodierbedingte Veränderung“ zu verstehen?

Bei „veränderter Kodierung“ ist zwischen Veränderungen der Kodierrichtlinien, der Fallpauschalen-Kataloge und der Abrechnungsregeln sowie des Kodierverhaltens zu unterscheiden. Im Folgenden wird nur auf veränderte Kodierrichtlinien und die Veränderung des Kodierverhaltens eingegangen.

Obwohl eine Veränderung der Kodierrichtlinien oder eine Veränderung des Kodierverhaltens keine Veränderung der Leistungsstruktur des Krankenhauses bedingen, kann der Eindruck entstehen, dass eine veränderte Leistungsstruktur vorliegt. Insbesondere kann durch die Lerneffekte bei der Kodierung im Krankenhaus der Eindruck entstehen, dass eine Leistungsveränderung stattgefunden hat. Dies wird regelmäßig dann der Fall sein, wenn das Krankenhaus geringerwertig kodiert hat, als es bisher hätte kodieren können.

Um feststellen zu können, ob eine tatsächliche Leistungsveränderung oder nur eine durch Veränderung der Kodierrichtlinien oder des Kodierverhaltens suggerierte Leistungsveränderung vorliegt, ist es erforderlich, die ursprüngliche Leis-

¹ Vgl. § 4 Abs. 9 Sätze 6 bis 8 KHEntgG.

tungsstruktur des Krankenhauses abzubilden. Deshalb ist eine möglichst genaue Analyse der Leistungsstruktur des Krankenhauses notwendig, um eine Vergleichsgrundlage bei der Verhandlung des prospektiven Erlösbudgets und bei der Feststellung von sonstigen Mehrerlösen zu erhalten. Nur im Vergleich mit der ursprünglichen Leistungsstruktur des Krankenhauses lässt sich annähernd exakt feststellen, ob Leistungssteigerungen vorliegen.

3.2.3 Wer trägt die Beweislast?

Die Sachverhaltsermittlung in einem Verwaltungsverfahren wird grundsätzlich nach dem Untersuchungsgrundsatz vorgenommen, wonach die Behörde den Sachverhalt von Amts wegen ermittelt (§ 24 VwVfG). Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat sich für Schiedsstellenverfahren nach § 18a KHG jedoch für die Anwendung des Beibringungsgrundsatzes ausgesprochen.² Das BVerwG begründet seine Auffassung im Wesentlichen damit, dass es die rechtliche Struktur des Schiedsstellenverfahrens ausschließe, den im Verwaltungsverfahren einschlägigen Untersuchungsgrundsatz anzuwenden. Nach dem Beibringungsgrundsatz müssen die Verfahrensbeteiligten die jeweils für sie günstigen Tatsachen beibringen. Wird eine solche Tatsache nicht beigebracht, kann diese Tatsache nicht zugunsten des Verfahrensbeteiligten berücksichtigt werden, der im Fall der Beibringung dadurch einen Vorteil hätte. Werden Tatsachen beigebracht, müssen sie dann von der Schiedsstelle nach allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen gewürdigt werden. Hat ein Verfahrensbeteiligter Zweifel an der Richtigkeit der von dem anderen Verfahrensbeteiligten vorgebrachten Tatsachen, so ist er nicht in der Pflicht, diese Tatsachen selbst zu entkräften. Vielmehr muss die Schiedsstelle die vorgebrachten Beweise für die behauptete Tatsache nach den allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen würdigen.

In § 4 Abs. 9 Satz 7 KHEntgG wird der Beibringungsgrundsatz für die dort beschriebene Situation noch einmal besonders erwähnt. Die Schiedsstelle hat nur darüber zu befinden, ob der Nachweis nach dieser Vorschrift nach allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen gelungen ist.

3.2.4 Anwendung des durch das GKV-WSG geänderten § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG auf noch laufende bzw. beklagte Budgetverfahren für das Jahr 2006?

§ 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG ist durch das GKV-WSG wie oben skizziert geändert worden. Zur Begründung wird im Bericht des Gesundheitsausschusses ausgeführt:

„Die in § 4 Abs. 4 KHEntgG vorgeschriebene Veränderung des einzelnen Krankenhausbudgets infolge von Leistungsveränderungen darf nur bei echten Mehrleistungen erfolgen. Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen darf deshalb insoweit nicht berücksichtigt werden, als sie auf eine veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren zurückzuführen ist. Mit der Änderung in § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG (Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb) wird

² BVerwG, Urt. v. 8. September 2005, Az.: 3 C 41.04.

deshalb sichergestellt, dass eine verbesserte Kodierung nicht zu Budgeterhöhungen der Krankenhäuser und damit Mehrausgaben für die Kostenträger führt. Die Ergänzung ist zur Vermeidung unberechtigter Mehrausgaben erforderlich, da in einzelnen Schiedsstellenentscheidungen dem Grundsatz nicht Rechnung getragen wurde, dass eine verbesserte Kodierung der Leistungen nicht zu Mehrausgaben führen darf und zu neutralisieren ist.“

Die Anwendung der Neuregelung in § 4 Abs. 4 KHEntgG folgt dem Grundsatz des Vorrangs des Gesetzes, d. h., dass geltende Gesetze, die selbst nichts anderes bestimmen, anzuwenden sind. Für laufende Budgetverhandlungen, auch für das Jahr 2006, ist deshalb die Neuregelung ohne weiteres anwendbar. Außerdem hat die Vorschrift nur klarstellenden Charakter. Die Krankenhäuser haben hier keine schutzwürdigen Positionen, die rückwirkend geschützt werden müssten oder in die rückwirkend eingegriffen würde.

Bei der Anwendung der Vorschrift auf gerichtsanhängige Budgetverfahren für das Jahr 2006 gilt Folgendes: Budgetverfahren können im Rahmen der Anfechtung der Genehmigung der zuständigen Behörde nach § 18 Abs. 5 KHG bzw. der Genehmigung nach § 14 Abs. 1 KHEntgG vor dem Verwaltungsgericht anhängig werden. Maßgebliche Rechtslage im Verfahren der Anfechtungsklage ist grundsätzlich der Zeitpunkt der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides. Da aber im Verfahren nach § 18 Abs. 5 KHG bzw. nach § 14 Abs. 1 KHEntgG ein Vorverfahren (Widerspruchsverfahren) nicht gegeben ist, muss der Zeitpunkt zugrunde gelegt werden, an dem die letzte Verwaltungsentscheidung getroffen worden ist, also hier der Zeitpunkt der Bekanntgabe des Verwaltungsaktes (Erteilung der Genehmigung). Bei gesetzlichen Neuregelungen, die wie hier lediglich eine Klarstellung enthalten, heißt dies, dass der (alte) Gesetzesinhalt schon mit der (neuen) Klarstellung zu lesen ist. Damit ist die Rechtslage entscheidend, die zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung des Verwaltungsgerichts gegeben ist.

3.3 Modelle zur Messung von Upcoding

Mit der vereinfachten Ermittlung hat der Gesetzgeber eine klare, umsetzbare Regelung getroffen. Auch hat er die Nachweispflichten eindeutig festgelegt, wenn die Vertragsparteien hiervon abweichen wollen. In der Praxis sind daher auch Modelle entwickelt worden, mit denen ein entsprechender Nachweis in Abweichung von der vereinfachten Ermittlung geführt werden soll.

3.3.1 Das „Nüßle-Modell“: Nebendiagnosen-Effizienz

Das zuerst 2004 von Nüßle und Damian vorgestellte Modell (Nüßle/Damian 2004; Nüßle 2006; Nüßle/Damian 2006) untersucht, inwieweit durch Kodierung von Nebendiagnosen ein Anstieg des CMI gegenüber dem in den Budgetvereinbarungen festgelegten CMI bewirkt wurde (sog. „Nebendiagnosen-Effizienz“). Der Anteil des CMI-Anstiegs, der auf Kodierung von Nebendiagnosen zurückgeführt werden kann, wird als „Upcoding“ qualifiziert. Auch „Downcoding“-Effekte werden berücksichtigt und mit Upcoding-Effekten saldiert. Der nach Saldierung von Upco-

ding- und Downcoding-Effekten verbleibende Anteil des CMI-Anstiegs gilt als reelle Veränderung der Leistungsstruktur. Damit „dreht“ der Ansatz die gesetzliche Regelung um: Es wird nicht nachgewiesen, welche realen Veränderungen stattgefunden haben, sondern Upcoding wird nachgewiesen. Dies erscheint zumindest dann problematisch, wenn kein vollständiger Nachweis sämtlicher Upcoding-Potenziale geführt wird, weil daraus (auch in Verbindung mit der Saldierung von Downcoding) eine Unterschätzung des Upcoding resultiert.

Dabei betrachtet das Modell nicht nur DRGs, die im DRG-System einer ADRG zugeordnet werden, sondern – ähnlich der „Heidelberger-Liste“ (Stein 2006) – auch inhaltlich einer „virtuellen Basis-DRG“ zurechenbare DRGs unterschiedlicher ADRGs.

Die Autoren unterteilen die DRGs in drei Gruppen:

- DRGs ohne Beeinflussung durch Nebendiagnosen werden als grundsätzlich irrelevant für Upcoding angesehen.
- Für DRGs, bei denen die Schweregraddifferenzierung ausschließlich auf Nebendiagnosen beruht, wird die Nebendiagnosen-Effizienz als Differenz des Case Mix, der sich bei Kodierung von Nebendiagnosen ergibt, zu einer Kodierung ohne Berücksichtigung von Nebendiagnosen berechnet.
- Für DRGs, bei denen eine Kombination aus klinischen und demografischen Merkmalen für die Schweregraddifferenzierung ausschlaggebend ist, müssen vor der Ermittlung der Nebendiagnosen-Effizienz zunächst die Einflüsse der demographischen Merkmale sowie der nach Nüßle nicht Upcoding-relevanten weiteren klinischen Merkmale neutralisiert werden; hierfür werden eigene Algorithmen entwickelt, die sog. „Sekundäranalyse“.

Das Modell ist bislang nur in Auszügen veröffentlicht worden und wird offenbar auch von Krankenhäusern in Budgetverhandlungen immer nur ausschnittsweise eingebracht. Insbesondere die Algorithmen der „Sekundäranalyse“ sind eine Black Box. Damit ist das Nüßle-Modell bislang für eine ernsthafte Diskussion ungeeignet.

Aber auch jenseits der bislang vorhandenen Intransparenz über die Details des Modelles sind erhebliche Einwände zu machen. Insbesondere greift die zugrunde liegende Hypothese, dass ausschließlich Nebendiagnosen Potenzial für verändertes Kodierverhalten böten, zu kurz. Ebenso sind Hauptdiagnosen und Prozeduren relevant, insbesondere Leistungen, welche bereits bislang von einem Krankenhaus erbracht, aber nicht kodiert wurden; auch bei dem Aufnahmegewicht von Neugeborenen und den Beatmungstunden kann verändertes Kodierverhalten nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Ein erhebliches Problem besteht auch in der Möglichkeit, Prozeduren oder Diagnosen zusätzlich zu notieren und zur Abrechnung zu bringen, die bereits integraler Bestandteil einer DRG sind, und dadurch eine Höherbewertung zu bewirken³.

Das Nüßle-Modell thematisiert daher nur einen möglichen Ausschnitt veränderten Kodierverhaltens. Das Ergebnis einer Analyse mit diesem Modell wird daher den tatsächlichen Effekt veränderten Kodierverhaltens systematisch unterschätzen

3 Diese Möglichkeit resultiert aus einem gewissen Spielraum, der aufgrund der Umsetzung der Kodierrichtlinien in die Software bei der Anwendung des Groupers existiert.

und das Ausmaß sonstiger Mehrerlöse systematisch überschätzen. Die „Umdrehung“ des Nachweises geht damit – anders als vom Gesetzgeber gewollt – regelhaft zu Lasten der Krankenkassen. Das Modell kann daher – auch für Schiedsstellen – keinen Ersatz für die „vereinfachte Ermittlung“ der gesetzlichen Regelung darstellen.

Auf der anderen Seite ist der Ansatz des Modelles, durch Betrachtung inhaltlich zusammenhängender virtueller Basis-DRGs das Potenzial für verändertes Kodierverhalten zu untersuchen, grundsätzlich durchaus zielführend und sollte bei der Entwicklung eines geeigneten Modells zum Nachweis von Veränderungen realer und nomineller Leistungsstrukturen berücksichtigt werden.

3.3.2 Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region: Differenzierter Erlösbericht

Auch der Ansatz des Krankenhauszweckverbandes „dreht“ die Nachweispflicht um, indem er Upcodingeffekte errechnet und den CMI-Anstieg um diese bereinigt. Im Vorschlag des Krankenhauszweckverbandes für einen „differenzierten Erlösbericht“ (Bohn et al. 2004) kann eine veränderte Kodierung dann vorliegen, wenn sich innerhalb einer Split-DRG der Schweregrad gegenüber der Planung erhöht. Dabei werden lediglich DRGs mit Splitkriterium PCCL für einen kodierbedingten Mehrerlös berücksichtigt. Auf dieser Basis werden PCCL-DRG-Gruppen gebildet, die in fünf verschiedene Kategorien eingeteilt werden. Verschiebungen innerhalb dieser Gruppen werden für die Berechnung „verändertes Kodieren“ herangezogen. Die verschiedenen PCCL-DRG-Gruppen ergeben sich wie folgt:

- a) Ausschließlicher PCCL-Split oder mehrere Splitkriterien, die nicht eindeutig zu trennen sind: Verschiebungen innerhalb dieser PCCL-DRG-Gruppen werden vollständig als veränderte Kodierung gewertet.
- b) Misch-Split: Parallel zum PCCL-Split erfolgt DRG-Zuordnung durch mindestens ein weiteres Splitkriterium (meist Alter oder 1 Belegungstag): Der kodierbedingte Anteil wird im Modell des differenzierten Erlösberichts pauschal mit 50% unterstellt.
- c) PCCL-DRG-Gruppen, die aus mindestens drei DRGs bestehen und wovon zwei DRGs zueinander nicht über PCCL gesplittet sind: Der kodierbedingte Case-mix-Anteil ist im Ansatz des Krankenhaus-Zweckverbandes der Anteil, der sich durch die gesamte Gruppe ergibt, abzüglich des Anteils, der durch Verschiebungen zwischen DRGs, die nicht über PCCL gesplittet sind, zustande kommt.
- d) Kombination aus b) und c).
- e) DRG-Gruppe, welche nicht über den PCCL gesplittet ist: Upcoding ist nach diesem Ansatz definitionsgemäß ausgeschlossen.

Zunächst ist auch diesem Modell mangelnde Transparenz insbesondere hinsichtlich der PCCL-DRG-Gruppen c) und d) vorzuwerfen. Unplausibel erscheint es auch, in den DRGs der Gruppe b) pauschal 50% anzusetzen – insoweit ist der Ansatz des Nüßle-Modelles sachgerechter.

Darüber hinaus wird das Modell allerdings dem Anspruch einer umfassenden Trennung von Effekten der Leistungsveränderung von kodierbedingten Effekten noch weniger gerecht als das Nüßle-Modell. Wie bei Nüßle werden auch hier nur

Nebendiagnosen als Ursache für eine veränderte Kodierung zugelassen. Noch enger als bei Nüßle werden hierbei nur diejenigen DRGs betrachtet, welche durch den PCCL voneinander getrennt werden. Nicht nur wird der mögliche Einfluss von Hauptdiagnosen, Prozeduren und bestimmten demographischen Merkmalen vollständig ignoriert; darüber hinaus wird auch der Einfluss von Nebendiagnosen als komplizierende Diagnosen wegdefiniert.

Das Modell des Krankenhauszweckverbandes führt daher – in Verbindung mit der nicht dem gesetzgeberischen Willen entsprechenden „Umdrehung“ der Beweislast – noch stärker als das Nüßle-Modell zu einer systematischen Unterschätzung des Effekts von Kodierverhalten auf den CMI und zu einer entsprechenden Überschätzung der sonstigen Mehrerlöse. Es ist daher völlig untauglich, die vereinfachte Verfahrensweise des Gesetzgebers zu ersetzen.

3.3.3 Komponentenerlegung des WIdO

Die von Friedrich und Günster dargestellte Methodik der Komponentenerlegung (Friedrich/Günster 2006)⁴ entspricht dem Konzept der Indexanalyse der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Sie unterteilt die Casemix-Entwicklung in drei Hauptkomponenten: Mengen, Bewertungsrelationen (Relativgewichte) und Struktur. Es können der Einfluss von Verschiebungen innerhalb einer Basis-DRG und zwischen Basis-DRGs, innerhalb einer Partition und zwischen den Partitionen, innerhalb einer MDC und zwischen MDCs auf die Entwicklung des CMI unterschieden werden. Um Effekte durch Zu- und Abgänge von „Produkten“ zwischen den Perioden zu ermitteln, erfolgt eine weitere Aufspaltung des Struktur-Index in eine „kontinuierliche Marktkomponente“, eine „Abgangs-“ und eine „Zugangskomponente“. Diese Vorgehensweise ist besonders auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser unumgänglich, wo sich Veränderungen des Fallpauschalenkataloges und der Klassifikationen je nach Fachbereich unterschiedlich stark auswirken. Die Verwendung einer so genannten Warenkorbkomponente dient dann dazu, die Preiseffekte in Bezug auf ein konstantes Leistungsgeschehen abzubilden und schließlich zu bewerten.

Die aus den betrachteten Komponenten gebildeten Indizes werden auf Basis der Erkenntnisse der Datenanalyse von Friedrich und Günster im Hinblick auf nominelle oder reelle Leistungsstrukturveränderung wie aus Abbildung 3–1 ersichtlich bewertet:

Der Ansatz der Komponentenerlegung erscheint grundsätzlich geeignet, das gesamte Leistungsgeschehen eines einzelnen Krankenhauses in seine reellen und nominellen Komponenten zu zerlegen. Insbesondere trägt der Ansatz der gesetzlich gewollten Nachweispflicht Rechnung, indem der Gesamteffekt untersucht werden kann und nicht lediglich partielle Upcoding-Effekte analysiert werden.

Allerdings erscheinen bestimmte Weiterentwicklungen erforderlich, bis das Instrument in Budgetverhandlungen eingesetzt werden kann: Zum einen sollte der Ansatz mit der – entsprechend um partitions- und MDC-übergreifende Komponenten weiterentwickelten – Heidelberger Liste virtueller Basis-DRGs verknüpft wer-

⁴ Siehe auch Kapitel 11 in diesem Band.

Abbildung 3–1

Bewertung der Komponenten im Hinblick auf nominelle oder reelle Leistungsstrukturveränderung

Komponente	Veränderung
FZ-Index	reell
BR-Index	reell
Intra-ADRG-Index	nominell
Intra-Partitionen-Index	sowohl reell als auch nominell
Inter-Partitionen-Index	sowohl reell als auch nominell
Inter-MDC	sowohl reell als auch nominell

Quelle: Friedrich/Günster 2006, S. 199

Krankenhaus-Report 2007

Wido

den. Zum anderen muss das Instrument auch – im Sinne der „Sekundäranalyse“ des Nüßle-Modelles – weiterentwickelt werden, um eine differenzierte Separierung reeller und nomineller Leistungsstrukturveränderungen auch bei solchen virtuellen Basis-DRGs zu ermöglichen, bei denen sowohl Nebendiagnosen als auch klinische und demographische Merkmale zur Klassifikation verwendet werden.

3.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Analysen halten wir folgende Weiterentwicklungen und Schlussfolgerungen für sinnvoll:

- **Gemeinsame Empfehlungen zu generalisierbaren Veränderungen:**
Durch den jährlichen Wechsel des DRG-Kataloges und die Anpassungen seiner Komponenten (ICD, OPS etc.) entstehen – wie beschrieben – nicht vollständig durch einen Übergangsgrouper abbildbare Effekte. Es könnte sich anbieten, hierzu auf der Bundesebene gemeinsame Empfehlungen der Selbstverwaltungspartner abzugeben.
- **Verzeichnis eingeschlossener Bestandteile in Prozeduren:**
Ein wesentliches Problem im Kontext veränderten Kodierverhaltens liegt heute in der Möglichkeit, Prozeduren oder Diagnosen zusätzlich zu notieren und zur Abrechnung zu bringen, die bereits integraler Bestandteil einer DRG sind, und dadurch eine Höherbewertung zu bewirken. Die Ursache liegt in einem zum Teil abweichenden Praxisverständnis und ist für die Kostenträger kaum nachvollziehbar. Es sollten daher – durch das DIMDI oder das InEK, in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften – die Systematik der

Kodierregeln und Hinweise auf ihre Tauglichkeit in der Praxis hin überprüft werden. Ein Verzeichnis, welches bezüglich der verschiedenen Eingriffe die eingeschlossenen Bestandteile auflistet, könnte für die Krankenkassen eine bessere Prüfungsgrundlage darstellen. Angesichts der regelmäßigen Veränderungen in den Katalogen gilt es, hierfür die richtige Aggregationsebene zu finden, welche einerseits die Eingriffe so umfassend wie möglich darstellt, gleichzeitig aber nicht zu anfällig für die jährlichen Veränderungen des OPS-Kataloges ist.

- **Konzeptionelle Weiterentwicklung der Komponentenerlegung:**
Wie bereits beschrieben, ist von den bislang vorfindlichen Instrumenten alleine eine adäquate Weiterentwicklung der Komponentenerlegung potenziell geeignet, die Leistungsstrukturveränderungen eines Krankenhauses in reelle und nominelle Effekte zu zerlegen und daher in der Lage, den vereinfachten gesetzlichen Ansatz zu ersetzen. Beide Seiten der Budgetvereinbarung sollten ein Interesse an einer sachgerechten Trennung der Effekte haben. Es empfiehlt sich daher, sich gemeinsam auf den Einsatz der Komponentenerlegung zu verständigen.
- **Einbezug auch von Krankenhäusern mit Mindererlösen:**
Die vereinfachte gesetzliche Regelung thematisiert verändertes Kodierverhalten gegenwärtig nur bei Krankenhäusern, die einen Mehrerlös erzielen. Es erscheint aber wenig sachgerecht, Krankenhäuser, die Mindererlöse erzielen, pauschal von der gesetzlichen Regelung auszunehmen (anderer Meinung: Tuschen/Trefz 2004, S. 12): Gerade bei rückläufigen Fallzahlen mag ein Krankenhaus daran interessiert sein, den Case Mix durch entsprechende Kodierung zu erhöhen, um den sinkenden Erlös zu kompensieren. Es ist daher vom Gesetzgeber zu fordern, das vereinfachte Verfahren analog auch auf Häuser, die einen Mindererlös erzielt haben, anzuwenden, respektive von ihnen den alternativen Nachweis tatsächlicher Leistungsstrukturveränderungen zu verlangen.

3.5 Literatur

- Bohn M, Heiser M, Heumann M. Der Erlösausgleich nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Wie der Ausgleichsbetrag 2003 zu berechnen ist. Wie eine veränderte Leistungsstruktur nachgewiesen werden kann. *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2004, 21 (5): 452–7.
- Coffey RM, Louis DZ. Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2000*. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart, New York: Schattauer 2001; 33–48.
- Friedrich J, Günster C. Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2005*. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart, New York: Schattauer 153–204.
- Holzwarth F, Kuypers H. Kodierqualität immer noch ein Problem. *Krankenhaus-Umschau* 2005; 74: 678–81.
- Nüble R. Upcoding auf Basis der G-DRG 2005 – ein elementarer Bestandteil der Budget- und Entgeltverhandlungen 2006! Langversion des Artikels von Ralf Nüble aus *ku* 2/2006. Calw, Berlin und Kaiserslautern.
- Nüble R, Damian G. Wie hoch ist das Upcoding-Risiko? Ein Berechnungsansatz zur Vermeidung pauschaler Fehlsteuerung. *Krankenhaus-Umschau* 2004; 73 (9): 777–80.

Nüßle R, Damian G. Upcoding auf Basis der G-DRG 2005 – ein elementarer Bestandteil der Budget- und Entgeltverhandlungen 2006. Krankenhaus-Umschau 2006; 75 (2): 127–9.

Stein M. Heidelberger Liste der virtuellen Basis-DRGs 2007. heidelberger_liste_basisdrg_2007.xls. Heidelberg 2006.

Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer Krankenhaus 2004.