

# Einführung des deutschen DRG-Systems

## - Aktueller politischer Stand -

### A. Schleppers

Am 24.06.2002 hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Scheitern der Verhandlungen zum Optionsmodell erklärt. Seit diesem Zeitpunkt laufen die vorbereitenden Arbeiten zur Implementierung einer Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 KHG ("Ersatzvornahme") im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), um folgenden Zeitplan einhalten zu können:

- Vorlage eines Referentenentwurfes für die Ersatzvornahme (liegt seit dem 15.08.2002 vor).
- Auf der Basis dieser Rechtsverordnung sollen die Krankenhäuser bis Ende Oktober 2002 die Entscheidung treffen, ob sie die Option zum Früheinstieg wahrnehmen wollen.
- ABER: Eine verbindliche Rechtsverordnung wird für einen Zeitpunkt vor der Bundestagswahl nicht durch das BMG zugesagt.

Aufgrund des knappen Zeitplanes sollen Teile der kommenden Rechtsverordnung in vorgezogenen Anhörungen mit den Vertragsparteien auf Bundesebene erörtert und abgestimmt werden.

### Ersatzvornahme durch das BMG

Um die erforderlichen inhaltlichen Arbeiten für die Ersatzvornahme durchführen zu können, hat das BMG von seinem Recht nach § 17b Abs. 7 Satz 3 KHG Gebrauch gemacht und zur Vorbereitung der Rechtsverordnung das "Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus" (InEK) beauftragt. Folgende Vorgehensweise wurde nach Zustimmung der Geschäftsversammlung des InEK vereinbart:

- Bis zum 20.07.2002 Bereitstellung eines Fallpauschalenkataloges durch die Firma SBG Software und Beratung im Gesundheitswesen, Berlin, in Anlehnung an den Auftrag der Vertragsparteien auf Bundesebene vom 21.05.2002.
- Verwendung der Kalkulationsdaten aus der Erstkalkulation, soweit die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser einer Weitergabe ihrer Kalkulationsdaten an den Auftragnehmer zur Kalkulation der Bewertungsrelationen zugestimmt haben.
- Beauftragung der Firma 3M Medica zur Kalkulation der Relativgewichte auf Basis der Kalkulationsdaten aus der Ersterhebung.
- Beauftragung erfolgt in allen Fällen durch InEK und das BMG gemeinsam,
- Auftragsgegenstand, Auftragnehmer, Höhe der Vergütung, Regelungen zur Abnahme der Ergebnisse, Veröffentlichungs- und Urheberrechtsfragen werden vom BMG verantwortet.

- Das Auftragsvolumen wird auf insgesamt 700.000 Euro beschränkt.
- Das BMG vertritt die Auffassung, daß die Auftragsvergaben ohne Ausschreibungen erfolgen können. Die freihändige Vergabe der Aufträge rechtfertigt das BMG mit der Dringlichkeit der Leistungserbringung und/oder damit, daß der Auftragnehmer über eine besondere Expertise verfüge.
- Sollte die Beauftragung von InEK zu steuerlichen Problemen u. a. im Hinblick auf die Gemeinnützigkeit der Gesellschaft führen, sichert das BMG zu, sich für die steuerbefreite Leistungserbringung durch InEK einzusetzen.
- Sollte die Beauftragung dazu führen, daß eine Klage gegen die freihändige Vergabe mit einem Erfolg verbunden wäre und InEK Bußgelder zu zahlen hätte, dann sei das Bußgeld aus den Mitteln des DRG-Systemzuschlages zu finanzieren. Sollte der DRG-Systemzuschlag nicht ausreichend bemessen sein, sei er diesbezüglich entsprechend anzuheben.

#### Definitionshandbücher - German Diagnosis Related Groups (Version 0.9)

Seit dem 05.08.2002 stehen die Definitionshandbücher Band 1 bis 5 im Downloadbereich der Selbstverwaltungs-Homepage ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) zur Verfügung.

Die jetzt vorliegenden Definitionshandbücher beziehen sich auf das G-DRG-System in der Version 0.9. Diese Version 0.9 ist eine Übertragung des AR-DRG-Systems 4.1 auf die in der Bundesrepublik Deutschland angewandten Klassifikationen ICD-10-SGB V und OPS-301. Nach Angabe von InEK ist das Ziel dieser Übertragung die möglichst unveränderte Fallgruppenzuordnung, auch wenn die zugrunde liegenden Prozedurenklassifikationen strukturell erheblich voneinander abweichen.

Änderungen in den Handbüchern gegenüber der australischen Version wurden nur dort durchgeführt, wo dies aufgrund der unterschiedlichen Struktur der Schlüssel unabdingbar war.

Im Rahmen der Kalkulation der deutschen Relativgewichte kann sich ein erster Bedarf an Änderungen der Zuordnung zu den jetzt bestehenden Fallgruppen oder auch die Notwendigkeit der Erstellung neuer Fallgruppen ergeben. Das Ergebnis dieser Phase wird das G-DRG-Handbuch in der Version 1.0 sein.

## Datenlieferung der Krankenhäuser im Rahmen der Erstkalkulation

Nach Angabe der Deutschen Krankenhausgesellschaft soll die Datenlieferung der Krankenhäuser an die Interimsdatenstelle, msg systems, von der durchzuführenden Ersatzvornahme des BMG nicht betroffen sein. Alle Krankenhäuser, die an der Erstkalkulation teilnehmen und eine Datenlieferung für den ersten Kalkulationszeitraum (Januar bis April 2002) zugesagt haben, wird auch weiterhin empfohlen, ihre Daten an die Interimsdatenstelle zu liefern. Diese Daten werden von den Vertragsparteien auf Bundesebene für die Anpassung des Klassifikationsansatzes dringend benötigt. Eine automatische Weitergabe der Daten an die Firma 3M Medica ist mit einer Datenlieferung an msg systems nicht verbunden - der Weitergabe der Daten an die Firma 3M Medica müssen die datenliefernden Krankenhäuser in einem gesonderten Schreiben an InEK zustimmen.

## Politischer Rahmen

Geschürt durch die unterschiedlichen Stellungnahmen im Vorfeld der Bundestagswahl, treten derzeit erhebliche Verunsicherungen über den weiteren Fortgang der Implementierungsarbeiten eines deutschen DRG-Systems auf. Unabhängig vom Wahlausgang favorisieren aber alle gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien eine Weiterführung der Implementierung, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau und mit anderen Schwerpunkten. Konkret bedeutet dies, daß das erst im Frühjahr dieses Jahres verabschiedete Fallpauschalengesetz (FPG) im Falle eines Regierungswechsels zumindest teilweise wieder zurückgenommen werden könnte.

Im Schluß mit allen Parteien verknüpft das Bundesministerium für Gesundheit jedoch mit der Umsetzung des Fallpauschalengesetzes die Erwartung, erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven durch Verweildauerverkürzungen sowie Prozeßoptimierungen in der akutstationären Behandlung zu erschließen. Dabei wird in allen Parteien mit einer Verkürzung der Verweildauer um 20 - 30% gerechnet; zusätzlich sollen durch das DRG-System Anreize für eine optimierte Aufbau- und Ablauforganisation der Krankenhäuser geschaffen werden.

## Konsequenzen des DRG-Systems

Dieser Systemwechsel wird alleine schon aus ökonomischen Überlegungen einen Anreiz zur Fallzahlensteigerung auslösen, so daß für die Kostenträger die Prüfung von Fehlbelegungen verstärkt in den Fokus des Interesses rücken wird. Auch wird die Sicherstellung der Behandlungsqualität sowie die Verhinderung von ökonomisch motivierten, jedoch medizinisch untragbaren Verkürzungen der Verweildauern zukünftig

erheblich an Bedeutung gewinnen. Zur Kontrolle stationärer Fehlbelegungen wird von den Krankenkassen das Instrumentarium der Einzelfall- und Stichprobenprüfungen herangezogen, wobei jedoch die mangelnde Rechtsgrundlage als problematisch erscheint. MDK und Spitzenverbände der Krankenkassen entwickeln gemeinsam das "Appropriateness Evaluation Protocol" (AEP), um die Stichprobenerhebung bundesweit einheitlich zu regeln.

Als von den gesundheitspolitischen Sprechern der Fraktionen vielzitiertes Beispiel dient immer wieder Kalifornien. Infolge des bereits 1982 in Kalifornien eingeführten DRG-Systems wurde dort ein Rückgang der Verweildauer um fast 50% verzeichnet. Gleichzeitig verschob sich ein Großteil der Behandlungsfälle vom stationären in den ambulanten Bereich, so daß dort die Fallzahlen stark anstiegen. Diese Verschiebung bedingte vier Jahre später die Einführung von Kopfpauschalen (Capitation), die den der Einzelvergütung entgegengesetzten Anreiz ausübt, die Fallzahlen möglichst niedrig zu halten.

Das wichtigste Instrument zur Verkürzung der Verweildauern in den US-amerikanischen Kliniken war die Einführung von krankenhausinternen Indikationspfaden (Clinical Pathways), welche in interdisziplinären Teams fachabteilungsübergreifend entwickelt wurden.

## Anstehende Arbeiten im Krankenhaus

Über die erforderlichen Arbeiten zur Einführung eines DRG-Systems in deutschen Krankenhäusern ist in dieser Zeitschrift in den vergangenen Monaten zu den Themen Kodierung, Kalkulation, Positionierung der Anästhesie in DRG-Zeiten etc. publiziert und in den Krankenhäusern mit viel Engagement vor Ort umgesetzt worden.

Aus den Anforderungen an ein professionelles Krankenhausmanagement in DRG-Zeiten und den bisherigen Erfahrungen ergeben sich für die Anästhesie vier wesentliche Schwerpunktthemen, die es gilt, neben allen erforderlichen Arbeiten zu Codierung und Kalkulation in der Zukunft inhaltlich mit zu gestalten.

### 1. OP-Reorganisation

Das erste Schwerpunktthema bildet die Reorganisation des OPs. Nur eine konsequente prozeßorientierte Ausrichtung aller Beteiligten, einschließlich des gesamten Logistikprozesses, am Workflow des Patienten entlang der Wertschöpfungskette im OP, wird in Zukunft eine adäquate Nutzung einer der teuersten Ressourcen im Krankenhaus ermöglichen. Dabei wird eine der wesentlichsten Veränderungen in diesem Bereich die organisatorische Zusammenfassung von OP- und Anästhesie-Teams darstellen.

## 2. Zentrale Notfallaufnahme

Ein zweites Thema bildet die Zentrale Notfallaufnahme, die zukünftig eine zentrale Institution, bestehend aus interdisziplinären Teams, darstellen wird.

## 3. Clinical Pathways

Das dritte Schwerpunktthema bildet die Implementierung von krankenhausinternen Indikationspfaden (Clinical Pathways), welche in interdisziplinären Teams fachabteilungsübergreifend entwickelt werden. Aus ökonomischem Blickwinkel muß das Augenmerk auf die detaillierte Kosten- und Prozeßanalyse gerichtet werden. Das Krankenhaus-Controlling hat hierbei die Aufgabe, ineffiziente Behandlungspfade zu identifizieren und Ansatzpunkte zu einer Prozeßoptimierung aufzuzeigen. Auf dieser Datenbasis gilt es auf Fachabteilungsebene, Behandlungsprozesse neu zu strukturieren und ihre Kosteneffizienz zu steigern. Aus der Perspektive der Behandlungsqualität kommt der medizinischen Leitung der Fachabteilungen zugleich die Verantwortung zu, die klinikinterne Entwicklung von Behandlungspfaden voranzutreiben, die erst die Verweildauerverkürzung ohne Qualitätsverlust ermöglichen helfen. Insgesamt wird sich sowohl die ökonomische als auch die medizinische Verantwortung deutlich in die Fachabteilungen verlagern, was für die leitenden Ärzte neben medizinischer Fachkenntnis zunehmend auch Management-Know-how erfordert.

## 4. Belegungs- und Arbeitszeitmanagement

Das vierte Schwerpunktthema verkörpert die Optimierung des Belegungsmanagements durch sog. Zentrums- oder Departmentstrukturen. Damit wird die Zusammenfassung von Patienten, welche sich auf der gleichen Behandlungsstufe befinden, angestrebt. Dieses Thema ist eng verknüpft mit der Notwendigkeit, die Effizienz der knappen Personalressourcen in neuen Organisationsformen zu

verbessern und Kosten insbesondere durch neue Formen der Personaleinsatzplanung zu reduzieren. Ausgangspunkt der Flexibilisierung des Personaleinsatzes bei Ärzten, Pflege und Verwaltung muß der Grundsatz sein, daß sich die Arbeitszeiten der Mitarbeiter an dem täglichen Arbeitsanfall in den einzelnen Bereichen orientieren. Dieser Grundsatz bedingt wesentlich flexiblere Dienst- und Einsatzpläne mit einer Vielzahl verschiedener Vertragsarbeitszeiten, als es in den meisten deutschen Kliniken bislang der Fall ist.

Um in die gerade im ärztlichen Dienst noch völlig unzureichende Diskussion alternativer Arbeitszeitmodelle einzusteigen, finden sich auf der Homepage des Ausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, LASI

(<http://lasi.osha.de/topics/arbeitszeitgestaltung.html>)

neun Arbeitszeitmodelle, die im Auftrag der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) auf ihre Übereinstimmung mit dem nationalen Recht sowie den Anforderungen des EuGH-SIMAP-Urteils überprüft wurden.

Dabei wurden

- sowohl Arbeitszeitmodelle berücksichtigt, die bereits in Krankenhäusern praktiziert werden (Modell 1 - 6),
- als auch Arbeitszeitmodelle, die von Arbeitswissenschaftlern entwickelt, aber erst in einzelnen Krankenhausabteilungen erprobt wurden (Modell 7 - 9).

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Alexander Schleppers*  
Referat für Gebührenfragen des BDA  
Sossenheimer Weg 19  
D-65843 Sulzbach.