

Der lange Weg zur Einführung eines neuen Vergütungssystems

Bericht über die vierte Deutsche Casemix-Konferenz

In Deutschland müssen ab Januar 2004 alle Spitäler mit Fallpauschalen abrechnen. Basis für das neue Abrechnungssystem bilden diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRGs). Die Vorbereitungsarbeiten sind von Diskussionen und einem Seilziehen geprägt, wie sie für die Einführung neuer Vergütungssysteme typisch sind. Die vierte Deutsche Casemix-Konferenz vermittelte einen Eindruck davon. Im Folgenden berichtet ein Experte aus der Schweiz, der sich selber am Prozess der DRG-Einführung in der Schweiz beteiligt, über die Konferenz.

Peter Indra

Wie weit ist die Einführung von Fallpauschalen im deutschen Krankenhaussektor fortgeschritten? Welches sind die bisherigen Erfahrungen? Mit diesen Fragen befasste sich die vierte Deutsche Casemix-Konferenz, die vom 10. bis 12. März 2003 im «schönsten Campus Deutschlands»¹ in Frankfurt am Main stattfand. Die Konferenz unter dem Motto «Jen-

seits von 2003 – Reise ins Unge-
wisse» wurde wiederum in bewähr-
ter Art und Weise von Max Lenz aus
Zürich und seinem Team geplant und
durchgeführt.

Im Folgenden wird zuerst die bishe-
rige Entwicklung der Fallpauschalen
in Deutschland geschildert. Danach
werden zwei wichtige Themen der
Konferenz dargestellt. Und am
Schluss wird nach den Schlussfolge-
rungen für die Schweiz gefragt.

Entwicklung der German-DRGs

Das Gesundheitsreformgesetz 2000
für die Gesetzliche Krankenversiche-
rung (GKV) hatte die Selbstverwal-
tung des Krankenhausesektors im
deutschen Gesundheitswesen beauf-
tragt, ein durchgängiges, leistungs-
orientiertes und fallpauschalisieren-
des Vergütungssystem einzuführen.
Dieses sollte sich an einem interna-
tional bereits angewandten System
der Vergütung auf der Grundlage
von diagnosebezogenen Fallgruppen
(Diagnosis Related Groups, DRGs)
orientieren.

Die deutsche Bundesregierung hatte
mit der Finanzierung nach DRGs un-
ter anderem folgende Ziele gesetzt:

- Stärkere Leistungsorientierung
der Vergütung und Verbesserung
der Allokationseffizienz
- Verbesserung der Transparenz
- Verbesserung der internen und
externen Vergleichbarkeit von Lei-
stungen und Krankenhäusern
- Nutzung zusätzlicher Wirtschaft-
lichkeitsreserven (kürzere Ver-
weildauern, Optimierung der Ab-
lauf- und Aufbauorganisation).

Am 27. Juni 2000 haben sich die Ver-
tragsparteien (die Spitzenverbände
der Krankenkassen, der Verband der
Privaten Krankenversicherung und
die Deutsche Krankenhausgesell-
schaft) bei der Systemauswahl auf
das australische AR-DRG-System
(Australian Refined Diagnosis Rela-
ted Groups) geeinigt. Die folgende
Zeit bis 2002 war dann gekennzeich-
net von sehr viel Enthusiasmus und

Pioniergeist einerseits, andererseits
aber auch von vielen Zweifeln und
Unsicherheiten. Erst das 2002 be-
schlossene Fallpauschalengesetz ver-
mochte die grössten Unsicherheiten
zu beheben.

Das Fallpauschalengesetz sieht eine
Einführung der DRG-Finanzierung in

**«Der Gesetzgeber
schien lieber ein «mässiges»
System zu haben
als gar keines.»**

allen deutschen Akutkrankenhäusern
auf den 1. Januar 2004 vor, wobei ein
freiwilliger Umstieg auf die DRG-Fi-
nanzierung bereits im Jahr 2003 (so
genanntes Optionsjahr) möglich ist.
Aufgabe der Selbstverwaltung war
es nun, die Kostengewichte für die
einzelnen Fallgruppen des AR-DRG-
Systems zu definieren, damit die
Pauschalen berechnet werden kön-
nen. Gegen Mitte 2002 zeichnete sich
ab, dass dabei keine Einigkeit zwi-
schen den Partnern erreicht werden
konnte, sodass schliesslich das

**«Je nachdem, ob man
Gewinner oder Verlierer
sei, befürworte man
das Optionsmodell
oder man lehne es ab.»**

Scheitern der Verhandlungen erklärt
werden musste. Das Bundesministe-
rium für Gesundheit (BMG) sah sich
gezwungen, die Erarbeitung selber
in die Hand zu nehmen (so genannte
Ersatzvornahme), und es erliess
Ende 2002 die erste Version der deut-
schen Kostengewichte (German-
DRGs 1.0 bzw. G-DRGs 1.0). Aufgrund
des massiven Zeitdrucks blieben aber
viele Fragen unbeantwortet, und
viele anstehende Arbeiten konnten

¹ Der Anlass fand in den Räumlichkeiten des expressioni-
stischen Frankfurter IG-Farben-Hauses statt. Die IG Farben
(Ursprung von Firmen wie Bayer, BASF und Hoechst) war
während des Nazi-Regimes idealistisch und materialistisch
tief in die Nazi-Maschinerie involviert und stellte viele für
das Regime wichtige Produkte her.

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde das IG-Farben-Haus als
Sitz des Hauptquartiers des fünften Armeekorps der US-
Streitkräfte in Europa verwendet. Unter anderem hatte Ei-
senhower hier sein Büro. Es war wohl eines der wichtigsten
US-Geheimdienstzentren in Westeuropa. Während der ame-
rikanischen Bombenblockade von Nord-Vietnam wurde das
Gebäude Ziel eines Anschlages eines RAF-Kommandos, bei
dem ein Offizier getötet und 13 weitere verletzt wurden.
Heute beherbergt das geschichtsträchtige Gebäude Teile
der Goethe-Universität Frankfurt. Es wurde in den letzten
Jahren stillvoll renoviert und den Bedürfnissen der Fakultä-
ten angepasst und gilt heute als das schönste Uni-Gelände
in Deutschland.

noch nicht oder nur in unzureichender Qualität erledigt werden. Der Gesetzgeber schien lieber ein «mässiges» System zu haben als gar keines. Zugleich wurde aber neu ein Vorschlagsverfahren geschaffen, mittels welchem für das Jahr 2004 Vorschläge für eine Verbesserung des Systems oder von einzelnen Fallgruppen oder Kostengewichten eingebracht werden können.

An der vierten Deutschen Casemix-Konferenz standen unter anderem die bisherigen Erfahrungen mit dem für das Jahr 2003 («Optionsjahr») geschaffenen so genannten «Optionsmodell» sowie die Arbeiten rund um die konkrete Ausgestaltung des Abrechnungssystems (Modifikation der Fallgruppen, der Kostengewichte und der Abrechnungsregeln, Erfahrungen mit dem neu eingeführten Vorschlagsverfahren) zur Diskussion.

Das «Optionsjahr» 2003

Für die fakultative Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2003 gilt die vom Bundesministerium festgelegte erste Version des deutschen DRG-Fallpauschalenkataloges (German-DRGs 1.0 bzw. G-DRGs 1.0). Die Vergütung wird jedoch zunächst noch nicht mit einem Fixpreis pro Fallgruppe, sondern nach einem individuell ausgehandelten Budget festgelegt.

**«Dank den Vorarbeiten
der Arbeitsgruppe
«AP-DRG Schweiz»
bestehen in der Schweiz
bereits praktische
Erfahrungen und Grundlagen
zu vielen Fragen,
welche in Deutschland
erst noch diskutiert und
gelöst werden müssen.»»**

Ferdinand Rau vom Bundesministerium für Gesundheit berichtete an der Konferenz von den ersten Erfahrungen mit der DRG-Einführung. Bis Ende Oktober 2002 hatten sich 530 Krankenhäuser für die Beteiligung am Optionsmodell entschieden. Innerhalb der Nachmeldungsfrist (bis Ende 2002) haben 750 weitere Krankenhäuser die DRG-Einführung für das Jahr 2003 angemeldet. Seit Ja-

Kasten 1:

Argumente für und gegen die Beteiligung am Optionsmodell

Befragte Krankenhäuser in Deutschland äusserten folgende Argumente für oder gegen eine Teilnahme am Optionsmodell 2003 (Mehrfachantworten waren möglich):

PRO:	KONTRA:
• 87% ermöglicht frühzeitige Erkennung der Probleme des neuen Systems	• 69,8% zu viele Unklarheiten
• 84,5% zusätzliches Umstellungsjahr	• 49,6% datentechnische Voraussetzungen bestehen noch nicht
• 58,3% verbesserter Mindererlös-Ausgleich (flankierende Massnahme im Optionsjahr)	• 49,3% krankenhausinterne Vorbereitungen sind noch nicht abgeschlossen
• 19,3% Wettbewerbsvorteile	• 31,5% erwarteter Widerstand der Kostenträger
	• 17% zusätzlicher Aufwand lohnt sich nicht

Kasten 2:

Aufgaben des InEK:

Ökonomie

- Kalkulation
 - Relativgewichte
 - Zu- und Abschläge
- Abrechnungsregeln
 - Pflege der Regeln
- Erhebung des Systemzuschlags

Medizin und Pflege

- Fallgruppenpflege
 - Definition der Fallgruppen
 - Pflege der Basis-Fallgruppen
 - Pflege des Schweregradsystems
- Kodierung
 - Vorschläge für ICD-/OPS-Anpassung (OPS = deutscher Operationscode).
 - Kodierrichtlinien
- Zusammenarbeit mit Institutionen/Gremien/Organisationen

nuar 2003 rechnen 123 Krankenhäuser nach G-DRGs ab; das sind knapp 10 Prozent der angemeldeten Einsteiger und knapp 6 Prozent aller deutschen Krankenhäuser. In einer Befragung wurden die Gründe ermittelt, warum sich die Spitäler für oder gegen die Beteiligung am Optionsmodell entschieden haben (siehe *Kasten 1*).

Dass sich gewisse Spitäler nicht für das Optionsmodell entschieden haben, liegt nach Auffassung von Kritikern unter anderem daran, dass die erste Version des deutschen DRG-Fallpauschalenkatalogs viele Leistungen im Vergleich zu den effektiven Kosten massiv unter- oder überbewertet. Je nachdem, ob man Gewinner oder Verlierer sei, befür-

worte man das Optionsmodell oder man lehne es ab.

Ferdinand Rau vom Bundesministerium warb für Verständnis für die Mängel der ersten G-DRG-Version, die unter grossem zeitlichem Druck entstanden sei, und er rief dazu auf, an der Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems mit konstruktiven Vorschlägen aktiv mitzuarbeiten.

Konkrete Ausgestaltung des Abrechnungssystems

Die Vertragspartner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen werden bei der Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom Institut für das Entgeltsystem im Kran-

kenhaus (InEK) unterstützt. Das InEK ist das deutsche DRG-Institut. Es wurde am 10. Mai 2001 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH gegründet. Die Aufgaben des InEK sind im *Kasten 2* aufgeführt.

Nach kurzer Darstellung der aktuellen Struktur des InEK erläuterte der Geschäftsführer Frank Heiming am Kongress die Probleme der Erstkalkulation der deutschen Relativgewichte. In die Version 1.0 der deutschen Kostengewichte sind rund 500 000 inhaltlich plausibilisierte Datensätze aus 116 Krankenhäusern eingeflossen. 22 G-DRGs konnten nicht kalkuliert werden. Nach Plausibilisierung der Anzahl Fälle und der Verweildauern waren trotzdem noch manuelle Eingriffe nötig, um realistische Relativgewichte zu ermitteln. Aufgrund dieser Erfahrung werden, so Heiming, ab dem Jahr 2004 die oberen und unteren Grenzverweildauern nicht mehr auf dem geometrischen Mittel, sondern auf dem arithmetischen Mittel basieren. In der Folge ist für die nächste Version der Kostengewichte eine Erhöhung der durchschnittlichen sowie der maximalen Verweildauer pro G-DRG zu erwarten.

Für die Weiterentwicklung und die Pflege des G-DRG-Systems können, wie eingangs erwähnt, über ein neu geschaffenes Vorschlagsverfahren konkrete Vorschläge eingebracht werden. Nicole Schlottmann von der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft berichtete von den Erfahrungen mit diesem System. Die Resonanz sei, so Schlottmann, sehr gross. Ein Teil der Änderungsvorschläge müsse möglicherweise bis 2005 zurückgestellt werden. Aufwändig sei die Triage. Die Vorschläge kämen aus verschiedenen Fachabteilungen, die der Meinung seien, dass ihre Leistungen und Besonderheiten im G-DRG-System derzeit nicht ausreichend berücksichtigt seien. Die grosse Aufgabe des InEK sei in diesem Zusammenhang die Analyse, ob die gewünschten Änderungen eine Weiterentwicklung des G-DRG-Systems darstellen oder ob es hierbei um individuelle Probleme einzelner Häuser (z.B. Krankenhäuser mit besonderen Spezialisierungen) gehe. Zahlreiche Vor-

schläge seien unter anderem zu den folgenden Bereichen gemacht worden: chronische Erkrankungen, Frührehabilitation, Geriatrie, Intensivmedizin, Spezialkliniken, diagnostische und therapeutische Leistungen mit hohen Sachkosten (Defibrillatoren, High-Tech-Implantate, Herzschrittmacher, Chemotherapeutika). Die Liste der Problembereiche erscheine dabei fast unendlich.

Praktische Beispiele solcher Problembereiche wurden anlässlich der Konferenz von verschiedenen Referenten aufgezeigt. Dabei wurde deutlich, dass sich insbesondere im Bereich der hochspezialisierten Medizin teils groteske Effekte ergeben, welche zu überprüfen sind.

Reise ins Ungewisse?

Wird der Start ins deutsche DRG-Zeitalter nun wirklich zu einer «Reise ins Ungewisse», wie es der Titel der diesjährigen Casemix-Konferenz suggeriert? Sicherlich gibt es zum heutigen Zeitpunkt eine Vielzahl von ungeklärten Fragen und Problemen. Dies ist vor allem auf die gescheiterten Bemühungen der Selbstverwaltung zurückzuführen, der es nicht gelungen ist, ein konsensbasiertes Modell zu schaffen. Deshalb musste das BMG in sehr kurzer Zeit selber ein Modell schaffen. Von Seiten der Kritiker wird denn auch moniert, dass zum heutigen Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Planung und die Abrechnung noch nicht gegeben seien und dass das Modell der G-DRGs Version 1.0 noch nicht genügend entwickelt sei. Auch die Datenqualität und -quantität sind noch mangelhaft, sie sollen aber während des Jahres 2003 massiv verbessert werden.

Schlussfolgerungen für die Schweiz?

Aus der Schweiz wird die Entwicklung in Deutschland interessiert mitverfolgt. Es besteht ein reger Erfahrungsaustausch über die Landesgrenzen hinweg.

Anfang des Jahres 2003 wurden auch in der Schweiz die Vorbereitungen für die nationale Einführung eines Swiss-DRG-Systems begonnen. Fünf Trägerorganisationen (Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz SDK, Santésuisse, Medizinaltarifkommission MTK, H-Plus und die Verbindung der Schweizer Ärzte

FMH) haben ein nationales Projekt lanciert mit dem Ziel, in den nächsten vier bis fünf Jahren ein «gesamtschweizerisches einheitliches und leistungsorientiertes Abgeltungssystem für Akutspitäler» zu entwickeln und einzuführen. Das Projekt soll auf den Schweizer Erfahrungen mit AP-DRGs aufbauen. Dank den Vorarbeiten der Arbeitsgruppe «AP-DRG Schweiz» bestehen in der Schweiz bereits praktische Erfahrungen und Grundlagen zu vielen Fragen, welche in Deutschland erst noch diskutiert

«Vertreter der deutschen Selbstverwaltung haben sich äusserst selbstkritisch über die vielen Komplexitätsstufen des AR-DRG-Systems geäussert.»

und gelöst werden müssen. Das AP-DRG-System wird in der Schweiz bereits in vielen Kantonen zur Finanzierung von Spitälern eingesetzt (teilweise als Pilotprojekt).

Im Vergleich zum Schweizer AP-DRG-System (All Patient Diagnosis Related Groups – ein so genanntes Zweitgenerationen-DRG-System) ist das in Deutschland angewendete AR-DRG-System (Australian Refined Diagnosis Related Groups – ein so genanntes Drittgenerationen-DRG-System) eine Weiterentwicklung, welche aber auch ihre Tücken hat; an der diesjährigen Konferenz haben sich Vertreter der deutschen Selbstverwaltung äusserst selbstkritisch über die vielen Komplexitätsstufen des AR-DRG-Systems geäussert und gemeint, es wäre vorteilhafter gewesen, wenn Deutschland doch (wie die Schweiz) mit dem AP-DRG-System gestartet wäre und dieses dann weiterentwickelt hätte. ■

Autor:

DR. MED. PETER INDRA
LEITER PROJEKTE UND ÄRZTLICHER LEITER
LEISTUNGSEINKAUF
HELSANA VERSICHERUNGEN AG
MANAGED CARE
TALACKER 42
8001 ZÜRICH
E-MAIL: PETER.INDRA@HELSANA.CH