

## Alternativmodell der BÄK zu Gestaltung der DRG-Konvergenzphase

### DRG-bezogene Konvergenz auf bereits hinreichend sachgerecht bewertete Fallpauschalen

Grundgedanke: Nach dem bisherigen Grundansatz der Konvergenzphase soll Schritt für Schritt zunehmend eine für alle betroffenen Leistungsbereiche auf Landesebene gleichberechtigte ökonomische Freigabe und Wirksamkeit des DRG-Fallpauschalen-Katalogs erzielt werden. Dabei bleibt allerdings unberücksichtigt, dass das DRG-System keine einheitliche Abbildungsqualität über das betroffene Leistungsspektrum gewährleistet. Unter dieser Voraussetzung bedeutet die geplante Konvergenz der in der budgetneutralen Phase krankenhausindividuellen Basisfallwerte auf einen landesweiten Basisfallwert eine ungerechtfertigte systematische Benachteiligung vieler Krankenhäuser, insbesondere derjenigen mit Spezialisierungen auf besonders aufwändige Fälle oder höchsten Versorgungsstufen. Gemeinsam mit dem „Einhaus-Ansatz“ der DRG-Kalkulation führt die Konvergenz der Basisfallwerte zu einer systematischen „Verdurchschnittlichung“ der Bewertungen für zum Teil höchst unterschiedliche Leistungen, die mit dem Ziel einer „leistungsgerechten Vergütung“ nichts gemein hat. Umgekehrt wurde es trotz aller Diskussion um die Transparenz und Objektivität eines „datengetriebenen“ DRG-Fallpauschalensystems bisher versäumt, die Güte der DRG-Fallgruppen selbst einer einheitlichen Bewertung im Hinblick auf ihre jeweilige Einsatzfähigkeit als Fallpauschale zu unterziehen.

Das Charakteristikum eines datengetriebenen, transparenten und leistungsgerechten Fallpauschalensystems müsste eigentlich sein, dass nur diejenigen Fallpauschalen direkt budgetwirksam werden, welche die beinhalteten Leistungen mit hoher Sicherheit im Durchschnitt sachgerecht abbilden. Die Zulassung der DRG A02A *Transplantation von Niere und Pankreas mit Transplantatabstoßung* als bundeseinheitliche Fallpauschale, trotzdem dort nur 7 Fälle in die Kalkulation eingingen, mag unter Bedingungen der Budgetneutralität noch hinnehmbar sein. Unter den geplanten Konvergenzbedingungen wäre sie nicht akzeptabel.

Dementsprechend kann eine kontrollierte Freigabe von DRG-Fallpauschalen, welche am geeignetsten durch das InEK noch festzulegende qualitative Mindestansprüche im Hinblick auf die Leistungsgerechtigkeit ihrer Bewertung erfüllen, eine Lösung sein, welche die aufgezeigten Probleme der geplanten Konvergenzphase vermeidet:

Als Selektionskriterien für DRG-Fallpauschalen wurden im nachfolgenden Beispiel folgende Merkmale festgelegt:

- Keine DRG der Prä-MDC
- Keine onkologische DRG
- Keine DRG mit potenziell lebensbedrohlichem Notfallgeschehen
- Keine DRG mit variablen großen Kombinationseingriffen in mehreren Körperregionen
- Keine DRG der Schweregradstufe „A“ mit äußerst schweren und schweren CC“
- Mindestfallzahl je DRG der bundesweiten Kalkulationsstichprobe: 100
- Mindesthomogenitätskoeffizient\* Kosten: 0,7
- Mindesthomogenitätskoeffizient\* Verweildauer: 0,6

---

\* Homogenitätskoeffizient (HK) =  $1 / (1 + \text{Standardabweichung} / \text{arithmetischer Mittelwert})$

## Anlage zur Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Regierungsentwurf eines 2. FPÄndG

Auf der Grundlage der vom InEK veröffentlichten G-DRG-Kalkulationsdaten für 2004 (G-DRG-Browser 2004) erfüllen 61 DRG-Fallgruppen diese Selektionskriterien, welche insgesamt rund 15 % der Fälle der Kalkulationsstichprobe und insgesamt rund 18 % der Fallkosten der Kalkulationsstichprobe umfassen (Anlage). Bei Erwartung einer verbesserten Datengrundlage der laufenden G-DRG-Kalkulation für 2005 kann unter einer weiterhin erforderlichen Bereinigung um Fallpauschalen mit hoher Wahrscheinlichkeit einer verzerrten Bewertung im Rahmen der „Einhaus-Kalkulation“ oder z. B. inplausibler Bewertung leistungstypischer Merkmale wie Implantatkosten davon ausgegangen werden, dass eine Gruppe von DRG-Fallgruppen mit Abbildung von 15–20 Prozent der Fälle und über 20 Prozent der Fallkosten solche Mindestanforderungen bezüglich einer leistungsgerechten Fallabbildung erfüllen.

Eine bundes- oder landeseinheitliche Bewertung dieser Fallpauschalen würde im Jahr 2005 einer – bezogen auf die Kosten – 20 prozentigen Freigabe des G-DRG-Vergütungssystems gleich kommen. Beschränkt wäre diese Freigabe allerdings nur auf diejenigen Fallpauschalen, welche die betroffenen Leistungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bereits hinreichend genau abbilden. Aus diesem Grunde könnten diese Fallpauschalen auf Grundlage eines für die Krankenhäuser dafür einheitlich kalkulierten bundes- oder landeseinheitlichen Basisfallwertes zum Jahr 2005 aus dem jeweils sonstigen DRG-Erlösbudget ausgegliedert und bereits über bundes- bzw. landeseinheitliche Euro-Preise abgerechnet werden. Im Falle sich ergebender Mehr- oder Mindererlöse müssten die regulären Ausgleichsregelungen greifen. Abgesehen davon würden die in diesen Leistungsbereichen realisierten Gewinne oder Verluste dem jeweiligen Krankenhaus verbleiben. Dies würde – beschränkt auf die den Mindestanforderungen entsprechenden Fallpauschalen – der vollständigen Freigabe des DRG-Systems im Jahr 2007 nach der gegenwärtigen Rechtsgrundlage entsprechen.

Alle nicht diesen Mindestanforderungen entsprechenden DRG-Fallpauschalen müssten andererseits weiterhin über allein krankenhausindividuelle Basisfallwerte abgerechnet werden und weiterhin der Budgetneutralität unterliegen.

Dieser Ansatz würde die Erbringer von noch nicht hinreichend durch DRG-Fallpauschalen beschreibbaren Leistungen einerseits vor den Verwerfungen der gesetzlich geplanten Konvergenzphase schützen. Andererseits wird die Budgetneutralität nur noch auf Bereiche beschränkt, die durch das DRG-System noch nicht hinreichend erschlossen sind. Diejenigen Leistungen, die sachgerecht über die Entgelte des Vergütungssystems nach § 17b KHG abgebildet werden, müssten dagegen von der Universitätsklinik wie vom Basiskrankenhaus zu gleichen Bedingungen abgerechnet werden. Mit zunehmender Verbesserung des G-DRG-Systems wird der weiterhin unter budgetneutralen Bedingungen „geschützte“ Leistungsbereich zunehmend eingegrenzt werden. Über die vergleichende Analyse der Krankenhäuser werden drastische Kostenabweichungen auch hier transparent und hinterfragbar, ohne dass notwendige Leistungsangebote und –strukturen durch eine undifferenzierte Vereinheitlichung der Basisfallwerte von vorn herein gefährdet werden.

- Vorteile:
  - Streng leistungsbezogener Ansatz; das immer wieder postulierte Prinzip des „datengetriebenen“ Systemansatzes wird mit Leben erfüllt
  - Vermeidung der Probleme der fehlerhaften Umverteilung im Rahmen der geplanten Konvergenzanpassung durch Beschränkung der Konvergenz auf ausschließlich bereits leistungsgerechte DRGs
  - bei bundeseinheitlicher Bewertung auch Vermeidung, bei landesbezogen einheitlich kalkulierter Bewertung Verminderung der bei der gesetzlich vorgesehenen Konvergenzphase möglichen Verwerfungen zwischen unterschiedlichen Bundesländern
  - unmittelbare Transparenz bei betroffenen Leistungen
  - bessere Akzeptanz

## Anlage zur Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Regierungsentwurf eines 2. FPÄndG

- Prinzip „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ wird im qualitativ verantwortbaren Rahmen umgesetzt; politisch gewollter „Druck“ der DRG-Einführung bleibt trotz Abkehr von der 100 %-Konvergenz erhalten
- Durch Qualitätsindikatoren bestimmte evolutionäre DRG-Einführung an Stelle einer vornehmlich fristbestimmten eher revolutionären Umstellung
- Nachteile/Probleme:
  - Kurzfristige Erstellung der Kriterien für die Mindestanforderungen im Rahmen einer Selbstverwaltungslösung schwer realisierbar und mit hoher Wahrscheinlichkeit für 2005 nur im Rahmen der Ersatzvornahme bzw. via direkter gesetzlicher Beauftragung des InEK möglich (bei Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens im erst im IV. Quartal 2004 nur bei paralleler Vorbereitung durch das InEK für 2005 umsetzbar)
  - Erforderliche „Splittung“ des DRG-Erlösbudgets mit Ausgliederung/Abrechnung der „freigegebenen“ Fallpauschalen in bundes-/landeseinheitlichen EURO-Beträgen sowie Abrechnung der restlichen DRG-Entgelte über weiterhin krankenhausesindividuelle Basisfallwerte (angesichts der bereits vorgesehenen Differenzierung unterschiedlicher Budgetbereiche lösbares Problem)
  - Ansatz bleibt begrenzt auf Fallpauschalen, die durch den „Einhaus-Kalkulationsansatz“ nicht nachteilig betroffen sind, Voraussetzung für die budgetwirksame Freigabe weiterer Fallpauschalen wird die Loslösung von diesem Kalkulationsansatz hin zu einer Methodik sein, welche auch interklinisch differenzierte Kalkulationen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Spezialisierungen ermöglicht (hierbei handelt es sich, unabhängig von der jeweiligen Variante der Konvergenzphase, um ein grundsätzliches Problem)