



Bundesärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft  
der  
Deutschen Ärztekammern



**AWMF**  
Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen Medizinischen  
Fachgesellschaften

## **Gemeinsame Erklärung der Ständigen DRG-Fachkommission von Bundesärztekammer und AWMF zur Weiterentwicklung und Zukunft des G-DRG-Fallpauschalensystems**

**Januar 2007**

---

Die Bundesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften nehmen die Ergebnisse der Erörterungen der DRG-Fachkommission mit Fachexperten und Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2006 sowie die aktuelle Diskussion zu einem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) und zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Krankenhausfinanzierung ab dem Ende der Konvergenzphase 2009 zum Anlass, folgende Erklärung abzugeben:

### **G-DRG-System**

Vier Jahre nach Einführung des G-DRG-Fallpauschalen-Vergütungssystems und zwei Jahre nach Start der Konvergenzphase wird seitens der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF festgestellt, dass der bei Einführung des G-DRG-Systems politisch geforderte 100% Abbildungsansatz sich als nicht zielführend und auch nicht umsetzbar erwiesen hat.

Trotz fortlaufender Verbesserungen der Abbildung der medizinischen Leistungen und ökonomischen Aufwendungen durch die jährlichen Überarbeitungen des G-DRG-Kataloges durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) bleiben insbesondere für den Bereich der spezifischen, aber auch der hochkomplexen Diagnostik und Therapie die Lösungen noch verbesserungsbedürftig. Nach den für 2005 analysierten Daten der Universitätsklinika (32 der 34 deutschen Universitätsklinika) wurden nur 82,9%

der Erlöse direkt über Fallpauschalen erzielt. Die weiteren Vergütungen basierten (im Regelungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes) auf nicht bewerteten DRG (wie z.B. Geriatrie- oder Rehabilitationsleistungen), bundesweit bewerteten Zusatzentgelten, individuell bewerteten Zusatzentgelten, teilstationären Entgelten, individuellen Vereinbarungen zu „Besonderen Einrichtungen“ und Erlösen aus Vereinbarungen zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Ungefähr 5% des Erlöses wurden zudem über die Abrechnung gemäß Bundespflegesatzverordnung (Psychiatrie) erzielt.

Der Gesetzgeber hat in Anbetracht der wiederholten Forderungen der Bundesärztekammer und der AWMF diesen Handlungsbedarf teilweise erkannt und in dem aktuell diskutierten Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der GKV (GKV-WSG) folgende Änderungen des § 17 b Absatz 1 KHG vorgesehen: *„Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen und hierfür erforderlichenfalls zusätzliche Daten zu erheben.“*

Dieser positive Ansatz muss allerdings auch zu den notwendigen Konsequenzen führen können – eine reine Vorgabe der Forderung nach verstärkter Analyse mittels zusätzlicher Datenabfragen wird als nicht ausreichend gesehen. Sollten sich in den vorgesehenen Abfragen entsprechende Hinweise ergeben, sind auch die notwendigen Lösungen zur Finanzierung zeitnah zu entwickeln und den Kliniken zur Verfügung zu stellen.

Dies umfasst beispielsweise die Schaffung eines sachgerechten Ausgleiches für die Weiterqualifizierung der Gesundheitsberufe im Krankenhaus. Die DRG-Fachkommission befürchtet ohne einen solchen Kostenausgleich eine quantitative und qualitative Beeinträchtigung der genannten Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Weiterhin sind u.a. (tiefergehende) Analysen der Notfallmedizin anzustreben, um eine Differenzierung und Verbesserung ihrer sachgerechten Abbildung und Finanzierung (vor dem Ende der Konvergenzphase) zu ermöglichen. Um dafür den neben den ökonomischen Belangen notwendigen wissenschaftlichen und medizinischen Sachverstand zur Verfügung stellen zu können, sollte der InEK gGmbH verstärkt die Möglichkeit eröffnet werden, die notwendigen Zahlen, Daten und (Detail-) Informationen der G-DRG-Systementwicklung und –analyse den für die verschiedenen Fachgebieten beteiligten medizinischen Fachexperten/Repräsentanten der Fachgesellschaften als Diskussions- und Arbeitsgrundlage zur Entwicklung von Vorschlägen zur Verfügung zu stellen.

### **Bürokratie / Prüfverfahren**

Nach wiederholten Rückmeldungen über massiv ansteigende Belastungen durch vermehrte Prüfanfragen der Krankenkassen gegenüber den Kliniken durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) erfolgten seitens der DRG-Fachkommission direkte Erörterungen mit namhaften Vertretern des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS) als auch der Medizinischen Dienste der Krankenkassen. Basierend auf der gemeinsamen Diskussion wird ein erheblicher Korrekturbedarf der Rahmenbedingungen für die Veranlassung der Prüfungen von stationären Aufenthalten als auch der zeitnahen, planbaren und rechtssicheren Handhabung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gesehen.

---

Allein 2004 wurden ca. 15% aller Krankenhausfälle (ca. 1,5 Millionen Begutachtungsaufträge) einer Prüfung unterzogen. Sowohl für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte, die Kliniken, aber auch die Mitarbeiter der Krankenkassen und des MDK / MDS ist die Verhältnismäßigkeit des Aufwandes für Dokumentation und Prüfungen gemäß § 275 SGB V und § 17 c KHG nicht mehr gegeben. Bei hohem Bearbeitungsaufwand (Anfragen kommen meist erst nach Entlassung der Patienten) besteht für die Häuser nur selten Korrekturbedarf; 95% der Fälle werden zugunsten der Krankenhäuser entschieden. Das Prüfverfahren ist gerade bei den heutigen kurzen Verweildauern an ein den Prüfergebnissen adäquates Maß heranzuführen.

Das G-DRG-Fallpauschalensystem sollte sich auch in diesem Bereich als „lernendes System“ erweisen mit dem Ziel, gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Begrenzung undifferenzierter Anfragen einzelner Krankenkassen gegenüber dem MDK eine gezielte Fallauswahl, eine klare Handhabung der Beurteilung der Auslegung der unteren Grenzverweildauer, eine verbesserte Dokumentation im Sinne der Beschränkung auf ein notwendiges Minimum der für Prüfungen erforderlichen Dokumentation und eine Erleichterung des Datenaustausches und somit eine Reduktion des bürokratischen und finanziellen Aufwandes unter Verstärkung der Planbarkeit ermöglichen.

Die Ständige DRG-Fachkommission von BÄK und AWMF besteht aus den DRG-Beauftragten aller klinisch in die Umsetzung des G-DRG-Systems involvierten Fachgesellschaften und Vertretern der Bundesärztekammer. Vorsitzende sind R. Henke, Mitglied des Vorstandes und Vorsitzender der Krankenhausgremien der Bundesärztekammer, sowie Prof. Dr. A. Encke, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).