



Stellungnahme

der

Bundesärztekammer

vom 23. Mai 2007

Fragenkatalog des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung (Schreiben vom 23. März 2007)

Die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für das DRG-System ab dem Jahr 2009 ist noch offen. Die notwendigen Regelungen sollen bis zur Mitte des Jahres 2008 verabschiedet sein. Vor diesem Hintergrund ist von hohem Interesse, wie sich die bisherigen Erfahrungen mit der DRG-Einführung aus Ihrer Sicht darstellen. Wir bitten daher bis spätestens zum 15. Mai 2007 um Beantwortung der folgenden Fragen einschließlich jeweils einer kurzen Begründung Ihrer Antwort. Sofern einzelne Fragen nicht von allen Verbänden zu beantworten sind, ist dies gesondert ausgezeichnet; von G-BA, IQWiG und GQMG sind nur die Fragen 11 und 12 zu beantworten.

Vorbemerkung:

Die nachfolgend beschriebenen Positionen der Bundesärztekammer zu den jeweiligen Fragen des Bundesministerium für Gesundheit sind als eine erste Diskussionsgrundlage für den weiteren Dialog zur zukünftigen Nutzung des DRG – Systems ab dem Jahre 2009 und dem notwendigen Anpassungsbedarf der

Krankenhausgesetzgebung sowie des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung in den nächsten Jahren zu sehen. Die Bundesärztekammer hat daher zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands (AWMF) sowie den Fachvertretern ihres Ministeriums einen Termin zur mündlichen Erörterung der Inhalte des Fragenkataloges im Rahmen der ständigen gemeinsamen DRG- Fachkommission von Bundesärztekammer und AWMF am 30.05.2007 vereinbart. Weiterhin werden Vertreter der Selbstverwaltungspartner sowie der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) an der Diskussion teilnehmen.

I. DRG-System allgemein

1. Wie beurteilen Sie die **Akzeptanz und Zufriedenheit** mit dem DRG-System und mit dem bisher verlaufenen Einführungsprozess?

Der Einführungsprozess des DRG-Systems verlief unter Berücksichtigung der Komplexität der Umstellung des Finanzsystems überwiegend stabil. Nicht zuletzt das Engagement der Selbstverwaltungspartner in den zugehörigen Gremien und Arbeitsgruppen sowie der Ärzteschaft / der Fachgesellschaften war und ist eine entscheidende Voraussetzung der Akzeptanzsicherung des Systems. Angesichts der bestehenden sehr hohen Arbeitsbelastungen Ärztinnen und Ärzte durch Schulungen, Dokumentationen, Kodierungen, Beteiligungen an Budgetverhandlungen, Erläuterungen der Inhalte von DRGs etc. gegenüber den Patienten kann aus Sicht der Ärzteschaft gerade unter Bezug auf die Umsetzungsprobleme im klinischen Alltag noch von keiner Zufriedenheit die Rede sein. Diese Einschätzung wird indirekt durch die Haltung von Klinikgeschäftsführungen bestätigt, wenn sie zunehmend Alternativen (wie z.B. kodierende Fachkräfte) als Entlastung für Ärztinnen und Ärzte planen, um allein schon aus ökonomischen Gründen (Kosten der Arztminute) Kolleginnen und Kollegen wieder vermehrt eine vorwiegend medizinische Tätigkeit zu ermöglichen. Ähnliche Tendenzen zeigen sich bei Diskussionen mit Ländern, die das G-DRG-System übernehmen und einführen wollen. Auch diese legen erheblichen Wert darauf, die in Deutschland zu beobachtende Komplexität und bürokratische Überlast vermeiden zu können.

Als deutliche Akzeptanz steigernd hat sich das Grundprinzip des „lernenden Systems“ bewährt. Die prinzipielle Möglichkeit des kontinuierlichen Dialoges zwischen den Selbstverwaltungspartnern, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und der Ärzteschaft / den wissenschaftlichen-medizinischen

Fachgesellschaften hat sich bei der Weiterentwicklung und jährlichen Anpassung des DRG-Kataloges als zielführend erwiesen. Die für die anstehende Debatte zur Neuordnung der Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung, der zukünftigen Nutzung des DRG – Systems ab dem Jahr 2009 und der entsprechenden Anpassungsnotwendigkeit der Krankenhausgesetzgebung notwendigen Zwischenergebnisse einer gesetzlich vorgeschriebenen Begleitforschung gemäß § 17 b. Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz liegen bedauerlicherweise zum aktuellen Zeitpunkt in nicht ausreichender Form vor. Nicht zuletzt die Notwendigkeit der Anfrage mittels des vorliegenden Schreibens als Reaktion auf die Gesundheitsministerkonferenz im März 2007 zeigt, dass hier noch erheblicher Verbesserungsbedarf gegeben ist. Die jetzt durch die einzelnen Organisationen und Verbände eingehenden Antworten auf den Fragebogen des Ministeriums können daher keinesfalls als Ersatz einer weiterhin notwendigen unabhängigen Begleitforschung gesehen werden.

2. **Wie beurteilen Sie Struktur, Differenzierungsgrad und Abbildungsgenauigkeit des Entgeltsystems?** Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort neben den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten auch die Möglichkeiten zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte und von Innovationsentgelten.

[DKG, GKV, PKV, VKD, VUD, DPR, BÄK, AWMF, BVMed, BPI, VFA, BAH]

Die Struktur, der Differenzierungsgrad und die Abbildungsgenauigkeit haben sich als Resultat einer verbesserten Kalkulationsstichprobe, eines erhöhten Anteils der an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken und des kontinuierlichen Dialoges mit den beteiligten Kliniken, Fachgesellschaften und der Ärzteschaft deutlich verbessert. Der anfänglich politisch intendierte 100%-Abbildungsansatz erwies sich schon in der Einführungsphase als nicht realisierbar. Dies zeigte sich nicht zuletzt in der gemeinsamen Erörterung mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit und weiterer Fachexperten in der Sitzung der gemeinsamen DRG–Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF im November 2006. Der Differenziertheit und Komplexität des medizinischen Leistungsgeschehens wurde zunehmend durch die Einführung und Erweiterungen von Zusatzentgelten, aber auch durch das Verfahren zur Integration neuer Untersuchungs– und Behandlungsmethoden sowie u.a. den Regelungen zu „Besonderen Einrichtungen“ versucht Rechnung zu tragen. Gerade z.B. im Bereich der Intensivmedizin oder auch der mehrzeitigen und komplexen Eingriffe konnten nicht unerhebliche Verbesserungen erreicht werden. Jedoch zeigt sich insbesondere bei der Abbildung von „Extremkosten-

patienten“, der Abbildung konservativer Leistungen oder aber auch teilstationärer Leistungen (etc.) noch erheblicher Verbesserungsbedarf. Es bleibt zu prüfen, ob auch in Zukunft durch das DRG-System nicht abbildbare Patienten gegebenenfalls – sollte sich keine andere tragfähige Lösung finden - aus dem System herausgenommen werden müssen. Das Instrument der krankenausindividuellen Entgelte wird prinzipiell als positiv eingeschätzt. Faktisch ergeben die Rückmeldungen, dass sich die Verhandlungen mit den lokalen Krankenkassen/Krankenkassenverbänden als äußerst kompliziert und zeitaufwendig gestalten.

Die Schaffung und Differenzierung der Zusatzentgelte wird begrüßt. Die mit Einführung und Nutzung der Zusatzentgelte verbundene Dokumentation und Erfassung in den Kliniken bedarf einer deutlichen Verschlankung. Zudem sind die resultierenden Kosten der Anpassung der klinikinternen Dokumentation und EDV-Struktur zum Abgleich zwischen den Stationen, der Apotheken und dem Medizincontrolling/der Verwaltung etc. nicht unerheblich. Unter Berücksichtigung der Daten des Bundesamtes für Statistik zur Demographie und entsprechender Prognosen verschiedener Institute sollte der Abbildungsmöglichkeit der Behandlung und Diagnostik von älteren und multimorbiden Patienten zunehmend Beachtung geschenkt werden. Bei steigender Tendenz einer sektorübergreifende Behandlung und eines wiederholten diagnoseübergreifenden Behandlungsbedarfs dieser Patienten ist eine durch ein Fallpauschalen-Vergütungssystem eventuell ausgelöste „frankionierte“ stationäre Behandlung der Patienten im Sinne von wiederholten Aufnahmen in die Klinik zur Behandlung unterschiedlicher Diagnosen dringend zu vermeiden.

Angesichts des politisch gewollten Wettbewerbs im Gesundheitswesen sollte eine verbesserte Umsetzbarkeit und Gleichbehandlung bei der Rechnungsprüfung ermöglicht werden.

Das dem GRG-System bisher zu Grunde liegende „Einhauskalkulationsprinzip“ gilt es bezüglich seiner weiteren Tauglichkeit für die notwendigen, anstehenden Anpassungen des Fallpauschalensystems bis zum Jahr 2009 kritisch zu diskutieren.

Wesentlich erscheint aus Sicht der Ärzteschaft ebenfalls, dass die Steigerungen der Abbildungsgenauigkeit des DRG-Systems weniger den medizinischen, als eher ökonomischen Daten entsprechen. Bei der Homogenität zum Beispiel innerhalb von „Sammel-DRGs“ handelte es sich zwar im Durchschnitt um ökonomisch vergleichbare, aber medizinisch nicht durchgehend vergleichbare Leistungen.

Viele medizinisch sinnvolle Unterteilungen (Klassifikationen) können kalkulatorisch nicht nachvollzogen werden. Die beginnende Anpassung der PCCL-Matrix seit 2006 an die Verhältnisse des deutschen DRG- und Gesundheitssystems erweist sich als äußerst komplex. Bisher hat sich auf Basis der PCCL-Matrix noch kein System bewährt, mit dem die Beschreibung des medizinischen Schweregrades einer Erkrankung effektiv ermöglicht wird. Dies gilt es bei der Debatte einer möglichen Ableitung von Aussagen zur medizinischen Qualität oder aber auch der Notwendigkeit der Vorhaltung medizinischer Leistungen (z.B. innerhalb von Krankenhausplanungen) dringend zu berücksichtigen. Die Bundesärztekammer verweist an dieser Stelle auf die durch den Vorstand im Februar 2007 und die auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster im Mai 2007 verabschiedeten Positionen zur Neuordnung der Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung und der Zukunft des G-DRG – Fallpauschalensystems (**s. Anlage**).

3. Wie beurteilen Sie Entwicklungsstand und Handhabbarkeit der
 - a) Abrechnungsregeln?
 - b) Kodierrichtlinien?
 Inwieweit sehen Sie Bedarf für Änderungen?
 [DKG, GKV, PKV, VKD, VUD, DPR, BÄK, AWMF]

zu a) Abrechnungsregeln

Verschiedene Rückmeldungen aus der Ärzteschaft zeigen, dass die relativ komplex gestalteten Abrechnungsregeln des DRG – Systems für den in der Klinik tätigen Arzt in der Regel nur schwer ohne weitere Erläuterungen nachvollziehbar sind. Es gilt daher bei der weiteren Ausgestaltung der Fallpauschalenkataloge in den nächsten Jahren darauf zu achten, dass die Handhabung der Abrechnungsregeln vereinfacht und besser durchführbar wird. Die Klärung, wann bei welcher in Folge erbrachten medizinischen Leistungen keine Abrechnung erfolgen kann, in welchen Fällen abrechnungstechnisch Fallzusammenführungen oder z.B. Wiederaufnahmen bei Nebenwirkungen der vorhergehenden stationären Behandlung MDK sicher vorgenommen werden können, kann und sollte nicht zeitaufwändiger Bestandteil ärztlicher Tätigkeit sein. Zudem sollten die auf Bundesebene getroffenen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern so belastbar sein, dass auf unterschiedliche Auslegungen durch den behandelnden Arzt / die Klinikgeschäftsführung und den zuständigen MDK / die Krankenkasse vor Ort mit zeitaufwändigen und teuren Auseinandersetzungen weitestgehend verzichtet werden kann.

zu b) Kodierrichtlinien

Nach Einführung der Deutschen Kodierrichtlinien im Jahre 2003 sind ein Großteil der anfänglichen Redundanzen eliminiert, redaktionelle Anpassungen sowie Nachjustierung auf die bestehenden Klassifikationssysteme (ICD 10 – GM und OPS) vorgenommen worden.

Nach anfänglich erheblichem Schulungsaufwand für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte hat sich eine gewisse Praktikabilität der Umsetzung etabliert. Wesentliche Grundlage hierfür waren die teilweise mit eigenen finanziellen Mitteln implementierten Evaluationen und begleitenden Projekte verschiedenster ärztlicher Organisationen und Fachgesellschaften. Die Finanzierung dieser Aufwendungen hätte systemimmanent sein müssen.

Auch im Jahr 2007 wird ein Großteil der Dokumentation von jungen, sich in der Regel in der Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, für die dies einen erheblichen, inakzeptablen Belastungsfaktor in der täglichen Arbeit bedeutet. Das aktuelle Angebot an Kodierseminaren zeigt, dass auch einige Jahre nach Einführung des DRG – Systems von einer leichten und in der täglichen Routine nebenbei zu erlernenden Tätigkeit auf Basis der aktuellen Kodierrichtlinien nicht ausgegangen werden kann.

Die grundlegenden Prozesse des konstruktiven Dialoges zwischen Ärzteschaft/Fachgesellschaften und den das InEK tragenden Selbstverwaltungspartnern erscheinen bisher als weitgehend ausreichend. Wesentlich für die zukünftige Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien werden unter anderem die Reduktion überbordender Dokumentation, die einheitliche Klärung der Definition verschiedenster Begriffe wie z.B. „Komplikationen“ oder „Symptome“ sowie u.a. die Berücksichtigung der Abbildbarkeit besonders aufwendiger und multimorbider, nicht unbedingt einer Fachdisziplin zuordnungsfähiger Patienten gesehen.

Auch die Homogenität der üblichen medizinischen Dokumentation und der Kodierung sollte, soweit möglich, synchronisiert werden. Ebenso sollte bei Anpassung der DKR auf mögliche Kollateralwirkungen auf die Abrechnung sowie die erlernten Kodiergewohnheiten der Nutzer im Vorfeld Rücksicht genommen werden, um soweit wie möglich die Notwendigkeit erneuter Schulungen etc. vermeiden helfen zu können.

Nicht akzeptabel sind die auf Basis von Unschärfen und Graubereichen der Deutschen Kodierrichtlinien resultierenden unterschiedlichen Auslegungen und konsekutiven Abrechnungsstreitigkeiten (mit teilweise langwierigen

juristischen Auseinandersetzungen). Insbesondere die neben den offiziellen DKR wiederholt im Umlauf befindlichen und nicht durch die Selbstverwaltungspartner konsentierten Kodierempfehlungen des MDK stehen hier zur Diskussion. Da auf Basis der kodierten Daten zukünftig verschiedenste Analysen und Entscheidungen basieren werden, sollte insbesondere die Kompetenz der Ärzteschaft bei der Weiterentwicklung der Kodierrichtlinien eingebunden werden. Die Entscheidungen in strittigen Fällen sollten nicht alleine auf Basis reiner Formalien getroffen werden. Die medizinische Sinnhaftigkeit von Diagnostik und Therapie im Einzelfall sollte Vorrang haben.

4. Haben sich die Möglichkeiten der Abrechnungsprüfung bewährt?

[DKG, GKV, PKV, VKD, VUD, DPR, BÄK, AWMF]

Zum aktuellen Zeitpunkt kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich die Abrechnungsregeln und -prüfungen überwiegend bewährt haben. Dieser auf Basis verschiedenster Rückmeldungen aus der Ärzteschaft und den Fachgesellschaften gewonnene Eindruck wird zudem durch die aktuelle Initiative der Koalitionsregierung beziehungsweise des Gesetzgebers im Rahmen der ab dem 01.04.2007 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geltenden Neuregelungen zur Handhabung der Prüfungen durch den MDK („100 € Regelung“ etc.) gestärkt. Allerdings ist schon jetzt mehr als fraglich, ob diese vorgesehene Neuregelung die in den letzten zwei Jahren zunehmenden Auseinandersetzungen deutlich verringern kann. Nicht zuletzt der steigende Wettbewerbsdruck zwischen den Krankenkassen wird dieser Intention entgegenstehen. Es gilt abzuwarten, ob der in Gründung befindliche „Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen“ (SpiBuK) für die notwendige Homogenität der Interpretation und Prüfung Gewährleistung wird tragen können. Die bisher hauptsächlich genutzte Einzelfallprüfung gemäß § 275 SGB V hat sowohl auf Seiten der Krankenkassen, des MDK als auch der betroffenen Kliniken und insbesondere bei den Ärzten zu einem erheblichen Arbeitsaufwand geführt. Im Sinne einer Zwischenbewertung muss festgestellt werden, dass verschiedene Kassen die Einzelfallprüfungen in einer Quantität durchgeführt haben, die in keinem Verhältnis zur Prüfung einer systematischen Fehlabrechnung oder Fehlbelegung standen.

Eindeutige Hinweise für eine extreme Steigerung einer Fehldokumentation im Sinne eines Upcoding (wie es in anderen Ländern bei Einführung eines DRG-Systems zu beobachten war) liegen nicht vor. Im Gegenteil: Es ist eine

deutliche Verbesserung der Kodierqualität durch alle Partner der Selbstverwaltung bestätigt worden. Die gemeinsamen Diskussionen zwischen Bundesärztekammer, AWMF und MDK/MDS zeigen, dass unter den gegebenen Bedingungen eine perfektionierte Kodierung kaum erreicht werden kann und daher dem ständigen Dialog zwischen Ärzteschaft, Kliniken und dem MDK eine erhebliche Bedeutung im Sinne eines vertrauensvollen Dialoges zukommt.

Die Ex-post-Bewertung nach Aktenlage durch den MDK unterliegt naturgemäß anderen Bedingungen, da viele Informationen dem im Vorfeld klinisch tätigen, kodierenden Arzt zunächst noch nicht zur Verfügung stehen. Es gilt zum Beispiel zu diskutieren, inwiefern Prüfungen der Grenzeverweildauer sich tatsächlich auf einen begründeten Verdacht der Falschabrechnung stützen oder eher einem systematisierten Ansatz unterliegen. Ebenso kritisch werden Rechnungsprüfungen in Bereichen eingeschätzt, in denen bedingt durch die komplexe Entwicklung des DRG - Fallpauschalen-Kataloges (z.B. bei den teilstationären Leistungen) keine eindeutigen Regelungen vorliegen. Solange auf der einen Seite u.a. die Definition der "teilstationären Leistungen" im SGB V fehlt, auf der anderen Seite diese Leistungsbereiche trotz fehlender klarer Vorgaben geprüft werden, kann von einer Bewährung in der Abrechnungsprüfung nicht gesprochen werden.

Zudem gilt es, dem in der Quantität der Einzelfallprüfungen zum Ausdruck kommenden Misstrauen gegenüber der hauptsächlich durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführten Kodierung zu widersprechen. Dem Primat des Vertrauens und der Prüfung bei „begründetem Verdacht auf Falschabrechnung“ ist wieder Vorrang zu verschaffen.

Bei dem politisch intendierten zunehmenden Wettbewerb wird der zukünftigen einheitlichen Regelung der Abrechnungsprüfung eine nicht unerhebliche Rolle zukommen.

Es sollte vermieden werden, dass Leistungserbringer, die aus verschiedensten Gründen mit der einer Krankenkasse einzelne Verträge nicht kontrahieren wollen, zum Beispiel mehr und intensiverer Abrechnungsprüfungen unterliegen könnten als andere.

Der Koordinierung der Lösungsansätze zwischen den Selbstverwaltungspartnern, der Ärzteschaft/den Fachgesellschaften und dem MDS/MDK sowie dem Bundesministerium für Gesundheit wird daher eine wesentliche Bedeutung zukommen (insbesondere im Bereich normativer und nicht wie sonst üblich datengetriebener Festlegungen).

Koordinations- und Harmonisierungsmöglichkeiten der Prüfungen auf Landesebene können im Rahmen des § 112 SGB V erfolgen. Es gilt, die notwendige Rechtssicherheit zu schaffen sowie (soweit wie möglich) das bisher gebundene medizinische Personal seiner primären Aufgabe der Sicherung einer hochwertigen medizinischen Versorgung wieder nachgehen zu lassen.

5. Wie beurteilen Sie Klarheit und Verständlichkeit der Rechnungen im DRG-System?

[DKG, GKV, PKV, VKD, VUD, DBR, BAGP, DAG SHG vzbv]

Verschiedenste Rückmeldungen von privat versicherten Patienten, Selbstzahlern und Patienten aus dem Ausland zeigen, dass es immer wieder Missverständnisse zwischen der erbrachten medizinischen Leistung und der aus der DRG-Bezeichnung zu entnehmenden medizinischen Leistung gibt. Auch an dieser Stelle muss noch einmal festgestellt werden, dass es sich bei dem DRG-System trotz der dort verwandten medizinischen Terminologie um ein ökonomisches System handelt. Das aus den Missverständnissen resultierende Misstrauen gegenüber dem behandelnden Arzt gilt es zu vermeiden.

II. Weiterentwicklung des DRG-Systems

6. Haben sich die Verfahren zur Weiterentwicklung des DRG-Systems bewährt?

- a) *Vorschlagsverfahren („strukturierter Dialog“) der Selbstverwaltungspartner zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems*
- b) *Kalkulationsverfahren, das auf Ist-Kosten und –Leistungen basiert.*
- c) *Verfahren zur Integration von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Informationseinholung beim InEK, Vereinbarung krankenhausespezifischer NUB-Entgelte, Meldung der Entgelte und Kalkulationsunterlagen an InEK).*

[DKG, GKV, PKV, VKD, VUD, DPR, BÄK, AWMF, BVMed, BPI, VFA, BAH]

zu a) Vorschlagsverfahren

Die Fachgesellschaften/die Ärzteschaft haben sich in den letzten Jahren mit Beginn der DRG-Systemeinführung konstruktiv und engagiert am etablierten Vorschlagsverfahren beteiligt. So sehr es zu begrüßen ist, dass kontinuierlich

die medizinisch-wissenschaftliche Expertise in den Beratungsprozess Eingang finden kann, so sehr bleibt zu diskutieren, wie die dafür notwendigen Aufwendungen gegenfinanziert werden könnten. Ebenso wesentlich ist die Möglichkeit des Zugangs zu den zur weiteren Ausgestaltung notwendigen Daten. Unter anderem zeigt sich im Vorschlagsverfahren zu neuen Untersuchung- und Behandlungsverfahren, dass eine größere Transparenz über die Datengrundlage sowie die Entscheidungskriterien und Entscheidungsfindung für die weitere Optimierung des Fallpauschalensystems vorteilhaft wäre. Die z.B. zwischen einzelnen Fachgesellschaften und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus etablierten Gespräche über einzelne Details und Problemkonstellationen haben sich bewährt. Dennoch wird dem Datenzugang zukünftig eine entscheidende Bedeutung für die Möglichkeit der Verbesserung des DRG-Systems durch Mitwirkung der Ärzteschaft/der Fachgesellschaften zukommen.

Problematisch erscheint, dass bei erheblich gesteigerter Komplexität des Fallpauschalensystems durch die mögliche Varianz zwischen Patienten mit einer spezifischen Diagnose, den zugehörigen DRGs und den der Kalkulation impliziten Zuordnungsprinzipien die zielgenaue Einbringung medizinischer Gesichtspunkte deutlich komplizierter wird. Vielfach ist dies nur noch über den Weg der Spezialgutachten möglich. Gerade für die Einbringung medizinischer Gesichtspunkte kleinerer Fachgebiete beziehungsweise der fachgebietsübergreifenden Aspekte bedeutet dies eine erhebliche Verkomplizierung. Insgesamt hat sich das Instrument des strukturierten Dialoges etabliert und bisher überwiegend bewährt.

zu b) Kalkulationsverfahren

Erwartungsgemäß stieg die Datenqualität mit zunehmender Erfahrung der Kodierenden beziehungsweise der Kliniken. Eine weitere wesentliche Ursache für eine Verbesserung waren die gesteigerten Plausibilitätsprüfungen sowie die über das zweiseitige Vertragsverhältnis bewirkte verbesserte Möglichkeit zur Datenabfrage durch das InEK. Deutlicher Verbesserungsbedarf wird weiterhin gesehen. Dies zeigt zum einen die Ankündigung des Anpassungs- und Überarbeitungsbedarfs des Kalkulationshandbuchs (im laufenden Jahr 2007) sowie die aus ärztlicher Sicht noch unzureichende Abbildung der sog. "weichen Faktoren" (soft skills) ärztlicher Leistungen. Viele dieser für eine gute Patientenversorgung wesentlichen ärztlichen Leistungen werden noch unzureichend durch OPS und ICD und letztlich das DRG-System abgebildet.

Ebenso macht sich dies in der Tendenz einiger Kliniken / Klinikgruppen zur Priorisierung der Einstellung von Fachärzten gegenüber den in Weiterbildung befindlichen Kollegen aus ökonomischen Gründen deutlich.

Weitere Probleme sind u.a.

- die Abbildung von Patienten mit Extremkosten*
- das „Einhauskalkulationsprinzip“*
- das Problem der Fallzusammenführung*
- Abgrenzung Standardbehandlung versus Outlier (Berücksichtigung der im einzelnen Fall auftretenden medizinischen Spezifika der Behandlung bzw. der Versorgungsstrukturen vor Ort) etc.*

zu c) Verfahren zur Integration von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei dem in Anwendung befindlichen Verfahren kann von einer grundlegenden Etablierung des Verfahrens ausgegangen werden. Verschiedene Rückmeldungen aus der Ärzteschaft, der Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften oder Gesprächen mit für die stationäre Versorgung relevanten Verbänden zeigen, dass das angewandte Verfahren teilweise noch als sehr intransparent wahrgenommen wird. Teilnehmer am Vorschlagsverfahren können auch nach Eingang des Antwortschreibens des InEK nicht im Detail erläutern, warum ihr Vorschlag angenommen oder aus welchen Gründen abgelehnt wurde. Ebenso kann nur bedingt nachvollzogen werden, warum ein einmal zugeordneter Status 1 im nachfolgenden Jahr neu beantragt werden muss. Weiterhin sollte von der Status 1-Zuordnung ein Verpflichtungscharakter ausgehen. Die derzeitige Praxis, dass Krankenkassen trotz Anerkennung eines neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahrens die Zusage vor Ort verzögern bzw. Budgetvereinbarungen erst Ende des Budgetjahres geschlossen werden geht mit einer deutlichen Planungsunsicherheit für die Leistungserbringer einher.

Die Beantragung eines neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahrens durch das einzelne Krankenhaus sollte zukünftig auf die Möglichkeit einer verbesserten Koordination unter Nutzung der medizinisch wissenschaftlichen Kompetenz der Ärzteschaft und der Fachgesellschaften geprüft werden.

Insgesamt gilt es, das Verfahren so zu optimieren, dass der Zugang von medizinischem Fortschritt und Innovationen zeitnah und bei ausreichender Planungssicherheit für alle Beteiligten erfolgen kann.

III. Krankenhausbudget und Landes-Basisfallwert

[DKG, GKV, PKV, VKD, VUD,]

7. **Wie beurteilen Sie den verändernden Einfluss des DRG-Systems auf die *Verhandlung* der Entgelte und die Budgetermittlung beim einzelnen *Krankenhaus*?** Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort auch die Verhandlung des krankenhausindividuell zu verhandelnden Budgetbereichs und die Überleitung der Leistungen zwischen DRG-Katalogen.
8. **Wie stellen sich aus Ihrer Sicht die Erfahrungen mit der Verhandlung der Landes-Basisfallwerte dar?**
9. **Sind die bestehenden *Konfliktlösungsmechanismen* ausreichend bei der Verhandlung**
 - a) des Krankenhausbudgets?
 - b) des Landes-Basisfallwerts?
 - c) des DRG-Systems und der Abrechnungsregeln?

Die Konfliktlösungsmechanismen werden als unzureichend eingeschätzt.

Neben der schon beschriebenen Problematik der überbordenden Prüfung durch den MDK und Krankenkassen (Kodier- und Abrechnungsprüfungen) kann auf der Basis der bisher vorliegenden Daten nicht sicher davon ausgegangen werden, dass zum Ende der Konvergenzphase 2009 die konfliktive Frage der Vor- und Nachteile eines Bundes- oder aber Landesbasisfallwertes klar geregelt ist.

10. **Wie beurteilen Sie Verlauf und Umsetzung des *DRG-Konvergenzprozesses* einschließlich der geltenden Obergrenzen bei Budgetminderungen?**

Rückmeldungen durch Ärzte in Gremien, durch Landesärztekammern sowie durch Fachbeiträge und Diskussionen in vorhergehenden Sitzungen der gemeinsamen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF haben gezeigt, dass in der ersten Phase der System Einführung zunächst Kliniken der Grund- und Regelversorgung bzw. der mittleren Versorgungsstufe (sofern ihr Schwerpunkt im Bereich der „Standardversorgung“ lag) bei der Umverteilung einen leichten Zugewinn verzeichnen konnten. Wiederholt wurde in den Diskussionen (auch mit BMG-

Vertretern) darauf hingewiesen, dass Kliniken der Spezialversorgung als auch Kliniken der Maximalversorgung ausreichend bei der Abbildung ihres Leistungsspektrums Berücksichtigung finden müssen. Wiederholt wurden Kliniken durch die DRG-Fachkommission aufgefordert, sich aus diesem Grund an der Kalkulationsstichprobe zu beteiligen. Wesentlich erscheint, dass mögliche Verwerfungen durch unzureichende Abbildung spezifischer Leistungen rechtzeitig durch Anpassung des im DRG-Katalog erkannt und vermieden werden können. Ebenso wurde in den Kommissionsitzungen durch Experten und Teilnehmer zurückgespiegelt, dass die Tendenz der Inanspruchnahme der Kappungsgrenze durch Kliniken rückläufig sei.

IV. Veränderungen in der Versorgung

11. **Wie beurteilen Sie den Einfluss des DRG-Systems auf die Qualität der Versorgung?** Sehen Sie Verbesserungen oder Verschlechterungen der Qualität von Diagnostik und Therapie (z. B. Abbau unnötig langer Verweildauern oder zu frühe Entlassungen)? Sehen Sie DRG-induzierte Fehlentwicklungen (z. B. Fallsplitting, Komplikationsrate)? Bitte legen Sie auch dar, auf welchen Anhaltspunkten oder Daten Ihre Einschätzung beruhen.

Wesentliche Grundlage dieser Einschätzung müssten die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG sein. Bis zum Mai 2007 lagen keine wirklich belastbaren Zwischenergebnisse der Evaluation vor. Die Erfahrungen und Eindrücke beruhen daher hauptsächlich auf Rückmeldungen von Ärztinnen, Ärzten, Landesärztekammern, in Gremien und Kliniken tätige Ärztinnen und Ärzte, Fachgesellschaften sowie Kliniken. Angesichts der Bedeutung der Auswirkungen der erheblichen Umstellung eines stationären Vergütungssystems mit einem jährlichen Volumen von ca. 60 Milliarden € haben die Deutschen Ärztetage im Jahr 2006 und 2007 Projekte zur Versorgungsforschung verabschiedet. Während des 110. Deutschen Ärztetages in Münster (17. bis 19. Mai 2007) wurden unter anderem Projekte zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Patientenversorgung beschlossen. Diese können und sollen jedoch kein Ersatz für die weiterhin als notwendig erachtete gesetzlich vorgegebene Begleitforschung sein.

Seit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist in nahezu allen medizinischen Fachdisziplinen der stationären Versorgung eine Reduktion der Verweildauer der betreuten Patientinnen und Patienten zu verzeichnen. Vermehrt wurde von Einzelfällen berichtet, in denen die nachgeordnete ambulante Versorgung nur bedingt möglich war, da der Krankheitszustand bei Entlassung gegenüber vergleichbaren Patienten vor Einführung der DRGs schlechter gewesen sein soll. In Relation zu der gegenläufigen

demographischen Entwicklung und somit zunehmenden Krankheitslast in der Bevölkerung kann das Instrument einer weiteren Verweildauerverkürzung und inhärenter Leistungsverdichtungen in den nächsten Jahren nur bedingt sinnvoll sein. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist, dass einer schleichenden Rationierung unter dem Label der „Schöpfung von ökonomischen Reserven“ kein Vorschub geleistet wird.

Nicht alle Bereiche der medizinischen Leistungserbringung und der Interaktion zwischen Arzt und Patient sind einer ökonomischen Abbildung zugänglich. Daher sind bei einer Prozessoptimierung und datengetriebenen Vergütungssystematik im stationären Gesundheitswesen andere Grenzen sinnvoll und zu berücksichtigen als z.B. in der Automobilindustrie. Es fehlt bisher die Frühwarnfunktion einer suffizienten Begleitforschung und Versorgungsforschung, mit deren Hilfe eine Unter- oder Fehlversorgung in bestimmten Bereichen rechtzeitig erkannt, gesellschaftlich diskutiert und (u.a. auch) mittels des DRG-Systems gegenreguliert werden kann. Die Entwicklung der Arztzahlen in bestimmten Fachdisziplinen, der Wegfall vieler dafür notwendiger Weiterbildungsstellen, aber auch die nachlassende (und nicht zuletzt volkswirtschaftlich zwingend notwendige) Innovationskraft sowie die Ausdünnung verschiedener medizinischer Versorgungsstrukturen in der Fläche sind klare Anhaltspunkte für den Bedarf einer zeitnahen Korrektur.

Auch wenn diese Entwicklungen sicherlich nicht allein durch die Einführung des DRG-Systems in Deutschland bedingt sind, kommt ihm als ein entscheidendes Gegenregulativ eine wesentliche Rolle zu.

12. Halten Sie die Einführung zusätzlicher Instrumente der Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems für erforderlich und wenn ja, welche Maßnahmen sollten das sein?

Die Bundesärztekammer sieht angesichts der Debatte zur Neuordnung der Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung sowie der Zukunft des DRG-Systems ab dem Jahr 2009 einen zeitnahen Diskussionsbedarf zwischen Vertretern der Selbstverwaltung, der Ärzteschaft, der medizinischen Fachgesellschaften, den Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, der gesetzlichen Krankenkassen, den Vertretern des Gemeinsamen Bundesausschusses, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus sowie Vertretern der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und der zugehörigen Arbeitsgruppe der obersten Landesgesundheitsbehörden. Aktuelle Einschätzungen zu Kliniken, ihrer Effizienz und ihrer Zukunftsfähigkeit beschränken sich in der Regel auf ökonomische Analysen. Die zu Grunde liegenden Rating-Instrumente sind vielfach nur bedingt auf

das Gesundheitssystem adaptiert. Analysen im Sinne eines unabhängigen medizinischen Ratings und einer medizinischen Qualitätssicherung (auch über den stationären Versorgungsaspekt hinweg) liegen kaum vor.

Die für den 30.5.2007 vorgesehene Sitzung der gemeinsamen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF kann hierzu einen ersten Auftakt der notwendigen Debatte ermöglichen. In diesem Zusammenhang gilt es auch, über ausreichende Schutzmechanismen zu diskutieren, damit die auf vertrauensvoller Basis übermittelten Daten der medizinischen Qualitätssicherung nicht im Nachgang durch Krankenkassen und MDK zu ökonomisch motivierten Selektionen von Leistungserbringern genutzt und Einfluss auf das schützenswerte Arzt–Patientenverhältnis genommen wird. Die Ermöglichung einer reinen Rankingstruktur wird als nicht sinnvolle Kombination von Qualitätssicherung und Fallpauschalenvergütungssystem gesehen.

13. Wie beurteilen Sie den Einfluss des DRG-Systems auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung?

- a) im Krankenhausbereich?
- b) im Gesundheitssystem insgesamt?

Neben den seit elf Jahren kontinuierlich sinkenden Krankenhausinvestitionen der Bundesländer hat die Einführung des DRG–Fallpauschalensystems zu einem weiteren Schub der Kostendebatte und des Kostendrucks in den Kliniken geführt. Ärztinnen und Ärzte wurden verstärkt im Bereich des Controlling sowie des Qualitätsmanagements hauptamtlich tätig. Durch Prozessoptimierung, Reduktion von nicht zwingend notwendiger Diagnostik und Therapie, durch Leistungsverdichtung, Verweildauerverkürzung und Aufnahme– und Entlassungsmanagement wurde und wird versucht, den primär durch die Klinik gegenüber dem Patienten erbrachten medizinischen Leistungsprozess wirtschaftlich (teilweise auch medizinisch) zu optimieren.

Der bürokratische Aufwand für Dokumentationen, Vorbereitung von Entgeltverhandlungen, Kodierung, medizinische Dokumentation (Scores auf den Intensivstationen etc.) ist für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte in der gleichen Zeit massiv gestiegen. Dies trifft auch auf Ärztinnen und Ärzte des MDK / MDS sowie Krankenkassen zu. Ebenso bleibt festzuhalten, dass ein wachsender Teil der Ärztinnen und Ärzte ihre Zukunft im Ausland sucht und dass ein ebenfalls wachsender Anteil der Studierenden der Medizin nicht mehr eine klinische Ausbildung und Tätigkeit aufnimmt.

Ca. 20% der deutschen Kliniken unterliegen laut unterschiedlichen Untersuchungen aktuell einer hochgradigen Existenzgefährdung. Viele

Kliniken stellen in ihrer Region den größten Arbeitgeber dar. Eine Weiterbeschäftigung der Mitarbeiter nach einer möglichen Insolvenz ist vielfach in der Region kaum möglich. Gleichzeitig stellt das Gesundheitssystem einen der wesentlichsten Beschäftigungsbereiche in Deutschland dar. In verschiedenen Bundesländern werden Initiativen zum Ausbau der Gesundheitswirtschaft gestartet. Inwiefern die mittelfristig fehlenden "Fachkräfte" (ähnlich wie bei den aktuell ca. 45.000 fehlenden Ingenieuren) die vermeintlich gewonnenen Wirtschaftlichkeitsreserven der letzten Jahre im gesunden Verhältnis zueinander stehen, bleibt abzuwarten. Des weiteren gilt es, den durch die Demographie bedingten wachsenden Bedarf der Bevölkerung an Versorgung mit Gesundheitsleistungen (ambulant/stationär) auch durch die rechtzeitigen Anpassungen des Vergütungssystems Rechnung zu tragen.

14. Inwieweit hat die DRG-Einführung *Strukturen und Prozesse* verändert?

- a) Im Krankenhaus (z. B. Änderungen in der Ablauf- und Aufbauorganisation, Aufnahme- und Entlassmanagement, Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen, klinische Behandlungspfade).
- b) Zwischen Krankenhäusern (z. B. Fusionen, Kooperationen, Spezialisierungen, Veränderungen im Leistungsangebot z. B. durch Absprachen über Tätigkeitsbereiche).
- c) Bei den Kostenträgern (z. B. Änderungen bei der Fallprüfung, Einführung von Fallmanagement, Information der Versicherten, Bedarf zur Stärkung der medizinischen Kompetenz).

Die Einschätzungen beruhen u.a. auf Diskussionen in Gremien der Bundesärztekammer, durch Rückmeldungen aus Landesärztekammern, aus Gesprächen mit klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen sowie auf den Diskussionen einer Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer mit namhaften Experten aus dem Bereich der stationären Versorgung, Vertretern von Ministerien, Banken, dem Bundeskartellamt sowie Verbänden und Landesbehörden.

Auch wenn die dort geführten Diskussionen nicht unter der Prämisse der Auswirkungen der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland gestanden haben bleibt festzuhalten, dass übergreifend festgestellt wurde, dass die Dynamik der Umgestaltungsprozesse in den Kliniken seit Einführung des DRG-Systems deutlich zugenommen hat. In den meisten Kliniken haben sich erhebliche Änderungen im Bereich der Ablauf- und Aufbauorganisation ergeben. Einige ehemals rein ärztliche Aufgaben wurden auf andere Berufsgruppen verschoben. Dies gipfelte in dem seit

2006/2007 vermehrten Einsatz von medizinischen Fachangestellten im Bereich der Anästhesie zur Narkosebetreuung von Patienten. Der 110. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2007 diesem Vorgehen eine eindeutige Absage erteilt.

Die in den Kliniken zu verzeichnende Leistungsverdichtung führt neben der Überlastung von Ärztinnen und Ärzten auch zunehmend zu einer Gefährdung der durch sie betreuten Patienten und Patienten.

Eine weitere zu beobachtende Tendenz ist die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Da die DRGs keinen Fachabteilungsbezug haben, setzt sich zunehmend die Philosophie der Bildung größerer Leistungsbereiche durch (Zentrums-Prinzip). Die Auswirkung dieser Zentralisierung von Leistungen kann aktuell insbesondere für ländliche Regionen noch nicht abgeschätzt werden. Eine Unterversorgung des Zugangs zu einer wohnortnahen stationären Versorgung gilt es zu vermeiden. (Siehe auch Positionen des Deutschen Ärztetages vom Mai 2007 zur Neuordnung der Krankenhausrahmenbedingungen).

Weiterhin sind vermehrte Kooperationen zwischen Kliniken, eine zunehmende Tendenz zur Fusion sowie der Änderung der Trägerstruktur von Kliniken zu verzeichnen. Insbesondere in Ballungsgebieten kommt es zur Bildung von Holdings, ehemals städtischer Kliniken. Der erhebliche Finanzdruck auf die 34 Universitätskliniken in Deutschland hat unter anderem zu der ersten Privatisierung eines europäischen Universitätsklinikums geführt. Wesentlich ist, wie weit Universitätskliniken auch nach dem Ende der Konvergenzphase 2009 ein breites Leistungsspektrum (teilweise auch ökonomisch uninteressanter Leistungsbereiche) weiterhin anbieten können. Zudem gilt es zu analysieren, inwiefern Auswirkungen auf die Freiheit sowie die Qualität von Forschung und Lehre die Folge sind.

Mit Einführung des Fallpauschalensystems wurden entsprechende Kompetenzen bei Krankenkassen und MDK aufgebaut. Die resultierenden Kosten müssen über das System getragen werden. Die Auswirkung dieser neuen Kompetenz im Bereich der Fallprüfungen, des Fallmanagements, der Versicherten-Informationen etc. auf die Effizienz des Gesundheitssystems und der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bleibt abzuwarten.

Bitte legen Sie auch dar, auf welchen Anhaltspunkten oder Daten Ihre Einschätzungen beruhen.

Inwieweit hat die DRG-Einführung zu einer *Verlagerung* von bisher stationär erbrachten Leistungen in andere Sektoren geführt?

- d) Ambulante, prä- und poststationäre Versorgung durch Krankenhäuser
- e) Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte
- f) Rehabilitationsleistungen
- g) Pflegedienstleistungen (z.B. häusliche Krankenpflege, Pflege in Pflegeeinrichtungen).

Bitte beschreiben Sie Art und Umfang der Leistungsverlagerung möglichst genau und legen Sie auch dar, auf welchen Anhaltspunkten oder Daten Ihre Aussagen beruhen.

Datengrundlagen sind u.a. die Auswertungen des Deutschen Krankenhausinstitutes in Düsseldorf sowie des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (Krankenhausreport) in Bonn.

Für den Bereich der ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V ist nach einem schleppenden Start in den neunziger Jahren eine deutliche Fallzahlsteigerung festzustellen. Da durch die Gesundheitsreformgesetzgebung der letzten Jahre verschiedenste Ansätze zur Verlagerung von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor vorgesehen wurden (und in Ermangelung der Ergebnisse der Begleitforschung), kann zum aktuellen Zeitpunkt nur vermutet werden, dass das DRG-System als ergänzender Trigger gewirkt hat. Auf Basis der Prognosen der DKI- Auswertung 2007 ist davon auszugehen, dass die Zahl stationärer Behandlungsfälle bis 2010 bedingt ansteigen und die Zahl der eher ambulanten Behandlungsfälle steigen wird. Die Bedeutung anderer Reformansätze- wie z.B. der Integrierten Versorgung (§ 140ff SGB V) oder der hoch spezialisierten Versorgung gemäß § 116 b SGB V dürften eher gering sein.

Rehabilitation:

Wiederholt wurde das Problem beschrieben, dass Patienten, bei denen in der Akutklinik keine zwingende Behandlungsnotwendigkeit mehr besteht, bei denen aber gleichzeitig keine Rehabilitationsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt gegeben ist, teilweise zwischenzeitlich zur Überbrückung der Zeit nach Hause entlassen wurden. Erst nach einiger Wartezeit konnten sie dann ihre Rehabilitation antreten. Der von allen Beteiligten im Gesundheitssystem befürwortete und geforderte fließende Übergang im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgung hat hier vielfach nicht stattfinden können. Positive Ausnahmen stellen einzelne indikationsspezifische Versorgungsverträge im Rahmen der Integrierten Versorgung dar, bei denen jedoch berücksichtigt werden muss, dass der ganzheitliche Betreuungsansatz hier kaum durchgehend im Vordergrund steht.