



29. August 2001

Leistungsgerechte Vergütung durch diagnose-orientierte Fallpauschalen verbessert Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung

Informationen zum Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)

Mit der Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (auch: Diagnosis Related Groups – DRG) für Krankenhäuser wird ein Kernelement der Gesundheitsreform 2000 umgesetzt. Im Krankenhausbereich mit einem Umsatzvolumen von rd. 100 Mrd. DM, der mit rd. 87 Mrd. DM zugleich der größte Ausgabeblock der gesetzlichen Krankenversicherung ist, wird ein modernes, die Wirtschaftlichkeit, die Transparenz und die Qualität förderndes Vergütungssystem eingeführt. Kliniken, die bereits Erfahrungen mit dem DRG-Fallpauschalensystem gesammelt haben, teilen diese Einschätzung und sehen darin ein zentrales Instrument zur Optimierung von Versorgungsqualität und Leistungsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Einführung des leistungsorientierten Vergütungssystems von der Deutschen Krankenhausgesellschaft befürwortet wird.

Leistungsorientierung statt Selbstkostendeckungsprinzip

Mit dem Fallpauschalensystem erfolgt die Zuordnung der Mittel entsprechend der Leistungen; die Ressourcenallokation wird verbessert. Krankenhäuser, die aufwendige Leistungen erbringen, werden entsprechend vergütet. Durch die direkte Verknüpfung der Vergütung mit der konkreten Leistung werden aufwändige Fälle auch höher vergütet. Rosinenpickerei lohnt sich

damit nicht, Spezialisierung z.B. auf bestimmte schwere Erkrankungen kann sich dagegen lohnen bzw. wird im Hinblick auf die erwartbare Vergütung berechenbarer als unter den Bedingungen von Tagespflegesätzen, die zwischen den erbrachten Leistungen nicht unterscheiden. Verweildauerverkürzung und Prozessoptimierung werden zusätzliche Leistungsreserven erschließen.

DRGs – Was ist das?

DRGs (Diagnosis Related Groups) fassen eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen zu einer überschaubaren Anzahl von DRG-Fallpauschalen mit vergleichbarem ökonomischen Aufwand zusammen. Definitionsgrundlage zur Bildung aufwandshomogener DRG-Fallpauschalen bilden medizinische Diagnosen- und ergänzend Operationen- und Prozedurenschlüssel. Zusätzlich werden im Einzelfall weitere Kriterien herangezogen, z. B. Alter, Geschlecht, Geburtsgewicht, Entlassungsstatus. Das Leistungsspektrum von Krankenhäusern kann damit in einem überschaubaren DRG-Katalog von 600 bis zu 800 Abrechnungspositionen abgebildet werden. Durch die Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen trägt das System auch unterschiedlichen Schweregraden Rechnung.

Rückschlüsse auf die endgültige Differenziertheit des künftigen deutschen DRG-Fallpauschalenkatalogs innerhalb bestimmter Fachgebiete oder für bestimmte Patientengruppen lassen sich aus dem (australischen) AR-DRG-System, für das sich die Selbstverwaltungspartner als Ausgangsgrundlage für die Entwicklung entschieden haben, nicht ziehen. Soweit dies erforderlich ist, wird das australische DRG-Fallpauschalensystem an die deutschen Versorgungsverhältnisse angepasst. Die Selbstverwaltungspartner nutzen das australische System hauptsächlich als Klassifikationsgrundlage, das nach Durchführung der mit deutschen Ist-Kosten-Daten durchzuführenden Kalkulation zu modifizieren ist.

Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung wird verbessert

DRG-Fallpauschalen tragen zu einem krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend bedarfsgerechteren und effizienteren Ressourceneinsatz bei. Tagesgleiche Pflegesätze setzen Fehlanreize für lange Verweildauern. Die Krankenhausverweildauern in Deutschland sind daher im internationalen Vergleich nach wie vor überdurchschnittlich hoch (1999: 9,9 Tage akutstationäre Verweildauer; im Vergleich: Belgien 8,8 Tage, Italien 7,3 Tage, Österreich 6,8 Tage, Frankreich 5,6 Tage). Die Fallpauschalen werden die Verweildauern verkürzen; mit ca. 20 bis 30 % Absenkung wird gerechnet. Zusätzliche Einsparungspotentiale sind durch die mögliche Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation der Krankenhäuser zu erwarten (z. B. krankheitsbezogene Behandlungsabläufe).

DRG-Einführung führt zu Intensivierung der Qualitätssicherung

Mit dem Fallpauschalsystem wird gleichzeitig eine Qualitätssicherungsoffensive im Krankenhausbereich eingeleitet. Es werden erweiterte Verpflichtungen zur **Qualitätssicherung** eingeführt (Festlegung bundesweiter Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität; Verpflichtung zur Veröffentlichung strukturierter Qualitätsberichte; Empfehlung von Mindestmengen für Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität besteht). Die Verpflichtungen zur Qualitätssicherung sind auch gegenüber selbstzahlenden Patienten einzuhalten.

DRG-Einführung nutzt den Patientinnen und Patienten

Die Patienten profitieren von der DRG-Einführung durch verbesserte Qualitätssicherungsmaßnahmen, durch eine bessere Prozess- und damit Patientenorientierung (statt Orientierung an Fachabteilungen) und indem die bisherigen unnötig langen Verweildauern zukünftig vermieden werden. Darüber hinaus trägt die steigende Transparenz über das Leistungsgeschehen dazu bei, dass verbesserte Patienteninformationen über gute und schlechte Krankenhäuser bzw. -abteilungen erstellt werden können.

Vereinzelt aufgestellte Behauptungen, die Patienten würden zu früh und unausgeheilt aus den Krankenhäusern entlassen, sind unverantwortliche „Panikmache“. Der medizinische Standard wird durch ein Fallpauschalensystem nicht ausgehebelt. Das Krankenhaus haftet auch in Zukunft für die ordnungsgemäße Leistungserbringung. Durch zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen und durch Kontrollen, die auch das Entlassungsverhalten mit einbeziehen, unterliegt das Krankenhaus einer permanenten öffentlichen Beobachtung, so dass es sich kein Krankenhaus leisten kann, Patientinnen und Patienten nicht fachgerecht zu behandeln. „Quicker but sicker“ wird es nicht geben.

Medizinisch bedarfsgerechte Strukturentwicklung wird gefördert

Die Fallpauschalen werden zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen. Die Spezialisierung wird voranschreiten. Medizinische Kompetenzzentren, die sich auf die umfassende Behandlung bestimmter Krankheiten konzentrieren, z. B. Zentren zur Diagnostik und Therapie bestimmter Krebserkrankungen, werden sich herausbilden.

Die Vereinbarung von **Sicherstellungszuschlägen** zur Gewährleistung der bürgernahen flächendeckenden Versorgung ist vorgesehen und trägt damit den unterschiedlichen Konstellationen in der deutschen Krankenhauslandschaft Rechnung.

Integrierte Versorgung wird gestärkt

Fallpauschalen werden die integrierte Versorgung stärken. Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit vor- und nachgelagerten medizinischen Versorgungsbereichen kann offensiv genutzt werden. Hemmnisse des budgetorientierten Vergütungssystems werden verringert; das Geld kann der Leistung folgen.

Optimierung der Abrechnungsprüfung

Die Einführung der Fallpauschalensystems stellt geänderte Anforderungen an die Abrechnungsprüfung der Pflegesätze: Die Verschlüsselung von Leistungen (Kodierung) bestimmt zukünftig die Rechnungshöhe. Einer ungenauen oder gar manipulativen Kodierung muss entgegen gewirkt werden. Die im Auftrag der Krankenkassen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu prüfenden Tatbestände werden deshalb genauer gefasst. Die Kompetenzen des MDK werden auf anlassunabhängige Stichprobenprüfungen von akuten und abgeschlossenen Fällen erweitert. Die Prüfungskompetenz erstreckt sich neben der Kodierprüfung abgerechneter Leistungen sowie der Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme u. a. darauf, ob eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt ist. Auf Grund des bestehenden Nachholbedarfs für eine adäquate Leistungskodierung werden in den Jahren 2003 und 2004 vom MDK aufgedeckte überhöhte Abrechnungen mit zu niedrigen Abrechnungen gegenrechnet.

Auf der Landesebene wird für Streitfälle ein gemeinsamer Schlichtungsausschuss der Selbstverwaltung eingerichtet. Wird vom Schlichtungsausschuss festgestellt, dass ein Krankenhaus vorsätzlich zu hohe Rechnungen gestellt hat, ist der doppelte Differenzbetrag zur korrekten Abrechnungshöhe zurückzuzahlen.

Personaleinsatz baut entscheidend auf die Kompetenzen der Mitarbeiter

Die Transparenz des neuen Entgeltsystems vereinfacht es, von guten Lösungen anderer Krankenhäuser zu lernen (Benchmarking/Orientierungswerte). Eine hierdurch mögliche Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation erfordert auch, dass die spezifischen Kompetenzen der einzelnen Mitarbeitergruppen stärker als bislang im Behandlungsprozess berücksichtigt werden. Die Teamorientierung und die Eigenverantwortung werden gestärkt.

Innovationen werden transparenter und können besser evaluiert werden

Durch das Fallpauschalensystem wird die Einführung innovativer Leistungen für Patienten und Kostenträger kalkulierbarer; sinnvolle Innovationen werden nicht gehemmt.

Für **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** können durch die Vertragspartner vor Ort zeitlich befristete Vergütungen vereinbart werden. Die Vertragsparteien vor Ort haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene zu informieren, die das Verfahren zur Überprüfung der jeweiligen Innovation nach § 137 c SGB V veranlassen.

Die **Beteiligungsrechte** für Bundesärztekammer, Pflege, medizinische Fachgesellschaften, Medizinprodukte- und Pharmaindustrie werden ab dem Zeitpunkt des Routineeinsatzes des Fallpauschalensystems verbessert. Dadurch nehmen die Transparenz und die Akzeptanz des Verfahrens zu.

Länder erhalten differenziertere Planungsgrundlagen

Den Ländern wird mit der DRG-Vergütung eine Neuorientierung der Krankenhausplanung ermöglicht: weg von einer kapazitätsorientierten, hin zu einer leistungsorientierten Planung. Die Zuständigkeiten der Länder für die Krankenhausplanung und die Finanzierung von Investitionen werden von der DRG-Einführung nicht berührt.

Beitragssatzstabilität bleibt Orientierungspunkt, wird aber leistungsgerechter umgesetzt

Das Ziel einer beitragsstabilen Ausgabenentwicklung gilt auch in Zukunft für den Krankenhausbereich. Die Steuerung erfolgt aber über differenziertere Instrumente und nimmt besser auf medizinische Besonderheiten Rücksicht. Im Mittelpunkt der Ausgabensteuerung stehen in Zukunft nicht mehr Budgetabschlüsse sondern die Preishöhe (Basisfallwert), die auf der Landesebene vereinbart wird, und die regelmäßige Überprüfung und Fortschreibung der Leistungskalkulationen (Bewertungsrelationen). Die Absicht, mittelfristig (nach 2007) bundesweite Basisfallwerte und damit bundesweit einheitliche Preise einzuführen, wird in der amtlichen Begründung angekündigt und damit nachhaltig unterstrichen.

Erstfestlegung und Fortentwicklung der Basisfallwerte erfolgen auf der Grundlage differenzierter offener Verhandlungen mit der Vorgabe von zu berücksichtigenden Kriterien wie z. B. Kostenentwicklung (in beide Richtungen), Fallzahlentwicklung, Grundlohnrate als Obergrenze.

Bei der erstmaligen Vereinbarung des Basisfallwerts darf der DRG-Systemwechsel nicht zu Ausgabenerhöhungen für die gesetzliche Krankenversicherung führen.

Das Fallpauschalengesetz sieht somit – ebenso wie die bisherige Krankenhausfinanzierung – keine starre Deckelung der Ausgabenentwicklung für die stationäre Versorgung vor. Vielmehr sind die Regelungen so angelegt, dass sowohl dem Ziel der Beitragssatzstabilität als auch dem medizinischen Versorgungsbedarf Rechnung getragen werden kann. Der von den Krankenkassen befürchtete Ausgabenanstieg wird durch den Gesetzentwurf nicht eintreten.

Vielmehr können mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven (Verkürzung der Verweildauern, Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation) erschlossen und der Druck auf die Beitragssätze vermindert werden.

Behutsamer und berechenbarer Ein- und Überföhrungsprozess - lernendes System

Das neue Entgeltsystem wird als lernendes System mit entsprechender Ein- und Überföhrungsphase für die notwendigen Anpassungen eingeföhrt. Die Überföhrung vom budgetorientierten Vergütungssystem in das neue leistungsorientierte Vergütungssystem bewirkt Veränderungen und erfordert Anpassungen, die eine zeitlich ausreichende Übergangsphase erforderlich machen. Unterschiedlich leistungsgerechte Budgets müssen umgeschichtet werden. Der Gesetzentwurf sieht deshalb eine budgetneutrale Einföhrungsphase (2003 – 2004) und eine dreistufige Anpassungs- oder Konvergenzphase vor.

Die Umstellung auf das endgültige DRG-System kann vollständig nicht von heute auf morgen erfolgen, sondern erfordert ein lernendes System mit flexiblen Anpassungsmechanismen zur Berücksichtigung medizinischer, aber auch ökonomischer (Kostenentwicklung) Aspekte.

Zeitplan der DRG-Einföhrung

An der Einföhrung des DRG-Vergütungssystems ab 1. Januar 2003 wird als Option für die Krankenhäuser festgehalten. Die verpflichtende DRG-Einföhrung für alle Krankenhäuser erfolgt zum 1. Januar 2004.

Krankenhäuser, die die Optionsmöglichkeit nutzen, erhalten bevorzugte Einföhrungsbedingungen im Jahr 2003 (verbesserter Mindererlösausgleich 95 % statt 40 %; bezogen auf die Preishöhe Aussetzen des Krankenhausvergleichs für diese Krankenhäuser bereits im Jahr 2003 statt 2004, zwei Jahre Budgetneutralität).