

## **6 Die Einführung von DRGs in Deutschland – Erste Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung**

**Wulf-Dietrich Leber, Nicole Schlottmann,  
Johann-Magnus v. Stackelberg**

### **6.1 Einleitung**

Die Notwendigkeit eines leistungsorientierten Entgeltsystems für den stationären Sektor ist spätestens seit dem Inkrafttreten des Gesundheits-Strukturgesetzes im Jahre 1993 weitgehend unumstritten. Sieben Jahre später zeigt sich der Gesetzgeber erfreulicherweise lernfähig und verabschiedet sich im GKV-Gesundheitsreformgesetz vom damals eingeschlagenen Irrweg einer schrittweisen Einführung von Fallpauschalen. Gefordert ist nun die Einführung eines Gesamtsystems, das durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend sein soll. Auch soll es keine komplette deutsche Eigenentwicklung mehr geben. Die Erfahrungen anderer Länder mit Fallpauschalen sollen dadurch genutzt werden, dass das neue deutsche Entgeltsystem für den stationären Sektor auf der Basis eines international bereits eingesetzten DRG-Systems entwickelt werden soll. Ziel der Einführung eines DRG-Systems ist es, durch eine leistungsgerechte und transparente Vergütung eine wirtschaftlichere Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen zu ermöglichen.

Fast die gesamte Neuordnung der Krankenhausvergütung ist im § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu finden und steht dort als eine Art Projektplan neben den geltenden Regelungen zur Krankenhausvergütung. Unklar ist bislang noch der ordnungspolitische Rahmen des künftigen Entgeltsystems. Hierzu bedarf es noch einer neuen Krankenhaus-Entgelt-Verordnung – als Nach-

folge der Bundespflegesatzverordnung – und einer KHG-Novelle. Die inhaltliche Ausgestaltung des Vergütungssystems ist weitgehend in die Hand der gemeinsamen Selbstverwaltung gegeben. So haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im Rahmen eines recht engen Zeitplanes alle wesentlichen Festlegungen zu treffen. Bis zum 30.06.2000 hatten sie die Aufgabe:

- die Grundstrukturen des Vergütungssystems,
- die Grundstrukturen des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen und
- die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege

zu vereinbaren.

Fristgerecht zum 30.06.2000 hat die Selbstverwaltung diese erste Hürde genommen und eine Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems entsprechend der genannten Aufgaben geschlossen. Zentraler Inhalt der Vereinbarung ist die Entscheidung über ein DRG-Klassifikationssystem sowie erste Grundprinzipien zur Bestimmung der Relativgewichte. Die Entscheidung über Zu- und Abschläge, die Pflege des Systems und die Abrechnungsregelungen wurden weitestgehend auf den 30.09.2000 vertagt.

## **6.2 Auswahl eines DRG-Klassifikationssystems**

Die Vertragspartner haben sich als Grundlage für die Einführung eines deutschen Patientenklassifikationssystems auf die australischen AR-DRGs (Australian Refined Diagnosis Related Groups) geeinigt – eine Entscheidung, die bei interessierten Beobachtern für eine große Überraschung gesorgt hat, liegt doch Australien bisher nicht nur geographisch sehr weit entfernt. Bei allem Unverständnis dieser Entscheidung gegenüber bleibt dennoch festzuhalten, dass die AR-DRGs ein modernes und gutes DRG-System sind. Sie werden in Australien seit 1998 eingesetzt und haben bereits einen Vorgänger, die Australian National DRGs (AN-DRGs) ersetzt. Mit dieser Wahl kann Deutschland insofern von den bereits langjährigen Erfahrungen der Australier profitieren.

Die Auswahl des Klassifikationssystems stellte für den Abschluss der Vereinbarung eine der größten Hürden dar. Wenngleich gemeinsam umfangreiche Recherchen zu den weltweit zahlreichen Systemen durchgeführt und Kriterien für die Bewertung definiert wurden, so kamen die einzelnen Vertragspartner dennoch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dies lag neben verbandseigenen Interessen insbesondere daran, dass es letztlich keine allgemeingültige Bewertung der einzelnen Systeme und damit auch nicht das einzig richtige System für Deutschland gab. Erschwerend kamen folgende zwei Faktoren hinzu: Erstens musste beim Erwerb des Systems das EU-Kartellrecht berücksichtigt werden und zweitens musste fristgerecht eine Entscheidung gefällt werden, obgleich die Auswirkungen der Systeme nicht mit deutschen Daten im notwendigen Umfang analysiert werden konnten. Ein Problem war insbesondere, dass weltweit unterschiedliche Prozeduren-, aber auch Diagnoseschlüssel verwendet werden und eine Analyse deutscher Daten mit internationalen DRG-Systemen nur nach einer Übertragung sämtlicher Schlüssel möglich gewesen wäre,<sup>1</sup> ein äußerst zeitaufwendiges und auch teures Unterfangen, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass letztendlich nur ein DRG-System ausgewählt wird.

Aus dem runden Dutzend DRG-Systeme, die einer Bewertung unterzogen worden waren, kristallisierten sich vor den letzten beiden Verhandlungsrunden vier Systeme heraus. Eine solche Reduktion war nicht zuletzt deshalb möglich, weil viele Systeme letztlich eine Übertragung amerikanischer Ursprungssysteme auf den jeweiligen nationalen Prozedurenschlüssel waren und sich die Vielfalt auch von daher reduzierte. Die vier DRG-Systeme in der engeren Auswahl waren

- die All-Patient-DRGs (AP-DRGs),
- die Australien Refined DRGs (AR-DRGs),
- die International-All-Patient-DRGs (IAP-DRGs) und
- die französischen Groupes Homogènes des Malades (GHM).<sup>2</sup>

Einige wichtige Argumente für und gegen die einzelnen Systeme werden im Folgenden näher dargestellt.<sup>3</sup> Für die AP-DRGs sprach insbesondere, dass es

---

<sup>1</sup> Eine solche vergleichende Analyse – allerdings ohne Untersuchung ökonomischer Homogenität – wurde für den Bereich der Herzchirurgie versucht. Vgl. Rochell und Roeder (Kapitel 4 in diesem Buch).

<sup>2</sup> Vgl. als grundlegende Beschreibung der Systeme: Fischer (Kapitel 2 in diesem Buch).

sich um ein sehr stabiles System handelt, welches bereits seit vielen Jahren eingesetzt wird und damit ausreichend empirisch basiert gepflegt werden konnte. Darüber hinaus wurde es von zahlreichen Ländern übernommen und angepasst sowie in über 500 Krankenhäusern in Deutschland bereits erprobt. Es existiert eine deutschsprachige Übersetzung inkl. Software, die einen schnellen Einsatz für die Kalkulation ermöglicht hätte, auch wenn eine abschließende Überprüfung erforderlich gewesen wäre. Darüber hinaus wären internationale Vergleiche im Krankenhaussektor mit zahlreichen Ländern möglich gewesen, die nicht nur die Weiterentwicklung und Pflege des Systems auf sichere Füße gestellt hätten. Die Gegner der AP-DRGs lehnten das Systems als nicht mehr zeitgemäß ab.

Die Befürworter der International AP-DRGs sahen hierin insbesondere ein modernes "Refined"-System, bei dessen Entwicklung bereits europäische Daten berücksichtigt wurden und für das ein deutscher Grouper, also eine mit deutschen Prozeduren- und Diagnosekodes arbeitsfähige Fallgruppierungs-Software, kurz vor der Fertigstellung stand. Gegen die IAP-DRGs sprach jedoch die nicht ausreichende Dokumentation des Systems, die eine abschließende Bewertung verhinderte. Darüber hinaus wurde gegen die IAP-DRGs eingewandt, dass sie bisher in keinem Land eingesetzt werden und damit die gesetzlichen Voraussetzungen nicht erfüllen.

Die Diskussionen über das französische System waren z.T. ordnungspolitisch dominiert. Befürworter der GHM aus dem Krankenhausbereich waren vor allem von der Tatsache angetan, dass in Frankreich die Krankenhäuser nach wie vor ein einzeln vereinbartes Budget haben; die Klassifikation, die de facto eine um AP-Elemente angereicherte HCFA-DRG-Variante darstellt, spielte eine eher untergeordnete Rolle. Da die französischen DRGs zugleich eine Budgetverteilungsinstrument waren, sank die ordnungspolitische Attraktivität schnell. Außerdem kündigte sich in Frankreich eine Ablösung des bestehenden DRG-Systems an, so dass es auch bei einer Entscheidung für die GHM zu keinem „europäischen“ System gekommen wäre.

Bei den australischen AR-DRGs bestand hingegen Einigkeit darüber, dass es ein modernes System ist, das von erfahrenen DRG-Experten erstellt wurde und sich darüber hinaus in seinen Entwicklungsschritten und Gruppierungsregelungen als sehr transparent erwies. Die Schweregraddifferenzierung des Systems erschien durch die kumulative Berücksichtigung einzelner Faktoren und Begleiterkrankungen einerseits leistungsgerechter und andererseits wesentlich weniger mani-

---

<sup>3</sup> Vorausgegangen war eine fachliche Bewertung der Systeme anhand zahlreicher gemeinsam definierter Kriterien.

pulationsanfällig. Gegen die australischen DRGs sprach der deutlich höhere Aufwand für die Übersetzung und Anpassung des Systems auf die deutsche Krankenhausversorgung. Auch der erst kurze Einsatz seit 1999 in der Version 4.1 war Anlass zur Kritik. Darüber hinaus gab es gegenüber den AR-DRGs die Befürchtung, aufgrund schlechter Kodierqualität auf gravierende Probleme bei der Kalkulation zu stoßen. Dieses Problem besteht allerdings generell bei jedem stärker differenzierten System. Letztlich galt auch die notwendigerweise umfangreiche Unterstützung durch australische Experten bei der erforderlichen Anpassung auf deutsche Verhältnisse als fraglich.

Unter Abwägung der Alternativen sind die australischen DRGs ein vielversprechender Kompromiss und eine gute Grundlage für die Entwicklung eines dauerhaft soliden Systems. Für die Krankenkassen, die im Verhandlungsprozess nicht für die australischen DRGs eingetreten sind, stand das Gelingen einer gemeinsamen Entscheidung der Selbstverwaltung im Vordergrund. Dahinter stand auch die Überlegung, dass eine Ersatzvornahme – möglicherweise mit einem Gang durch den Bundesrat – die Chancen für eine erfolgreiche Einführung erheblich verschlechtert hätte.

### **6.3 Anpassung und Pflege der DRGs**

Laut Vereinbarung vom 30.06.2000 soll nach dem Erwerb der australischen DRGs bis zum 30.11.2000 eine erste Übersetzung des Systems und eine Prüfung und ggf. Anpassung auf eine vollständige Leistungsabbildung erfolgen. Stehen erst ausreichend Daten zur Verfügung, können weitere Anpassungen vorgenommen werden.

Die größte Gefahr für die Patientenklassifikation stellen standes- und verbandspolitisch motivierte Änderungen dar. Schon bei der Pflege der Fallpauschalen und Sonderentgelte hat sich gezeigt, dass diametral auseinanderliegende Interessen der einzelnen Vertragspartner, aber auch beteiligter Fachgesellschaften eine objektive und sachgerechte Pflege des Systems erheblich erschweren.

Die DRGs bieten aufgrund ihrer stringenten Systematik die Chance, basierend auf empirischen Daten und einem streng regelgebundenen Verfahren eine von Einzelinteressen unabhängige Pflege des Systems vorzunehmen. DRGs sind in Verbindung mit den Relativgewichten ein in sich geschlossenes System, welches alle akutstationären Fälle eines Krankenhauses hinsichtlich des Ressourcen-

verbrauchs zueinander in Beziehung setzt. Willkürliche Änderungen einzelner DRGs ohne Berücksichtigung von empirischen Daten sind daher nicht möglich, da sie auf Dauer in ein nicht länger nachvollziehbares DRG-Wirrwarr münden würden.

Die Vertragspartner haben daher vereinbart, die Klassifikation auf Basis empirischer Daten anzupassen und hierbei streng regelgebunden vorzugehen. Beispielsweise muss für die Definition einer neuen DRG in Deutschland eine Mindestfallzahl erfüllt werden. Auch müsste – im Falle einer angestrebten Aufteilung (Split) einer vorhandenen DRG in zwei neue DRGs – eine fest definierte Reduktion der Kostenvarianz erreicht werden.

Die Vertragspartner haben beschlossen, diese Regeln bis zum 30.09.2000 zu vereinbaren. Wenngleich mit dieser Selbstverpflichtung zur regelhaften Pflege alle Beteiligten ein für sie kaum kalkulierbares Risiko eingehen, so stellt sie dennoch die Grundvoraussetzung für eine konsistente Pflege und damit für ein stabiles und praktikables Krankenhausvergütungssystem dar. Die Bedeutung dieser Regelung in der gesamten Vereinbarung ist daher keinesfalls zu unterschätzen.

Das System wird zunächst auf maximal 800 Fallgruppen und höchstens drei abrechenbare Pauschalen pro Basis-DRG begrenzt. Auch hiermit soll eine Differenzierungsdynamik in Richtung Einzelleistungsvergütung verhindert werden. Die genannten Regelungen sowie die Selbstverpflichtung, zahlreiche Entscheidungen bezüglich der Anpassung und Pflege bis 2005 nur im Konsens zu treffen, stellen einen gewollten Schutz für alle Beteiligten dar und sind Teil der insgesamt erreichten Übereinstimmung der Vertragspartner.

## **6.4 Verfahren zur Ermittlung und Pflege der Relativgewichte**

Die Kalkulation zur Bestimmung der relativen monetären Wertigkeit der DRGs bildet die Basis für eine „Gebührenordnung“, bestimmt damit die Verteilung der Mittel und setzt die ökonomischen Anreize im stationären Sektor. Zugleich sind die für die Gewichtskalkulation erhobenen Daten Grundlage für die Weiterentwicklung der Klassifikation. Schließlich ist die ökonomische Homogenität eines der zentralen Kriterien für die Gruppenbildung innerhalb der Klassifikation. Für die Bestimmung der Relativgewichte wären Durchschnittskosten je Fallgruppe

ausreichend, für die Weiterentwicklung der Klassifikation sind jedoch Einzelfallkosten vonnöten. Nur diese erlauben eine Beurteilung der Homogenität innerhalb der Gruppen und damit eine Aussage über Zusammenlegung und Teilung von DRG-Gruppen im Rahmen der Klassifikationspflege.

Hier wird deutlich, dass die DRGs kein starres System bilden. Die Klassifikation, die Relativgewichte und der durchschnittliche Fallwert sind vielmehr ständigen Änderungen unterworfen. Es kommt deshalb auch weniger darauf an, eine Optimierung vor deren Einführung anzustreben, als vielmehr den dynamischen Anpassungsprozess zu institutionalisieren und abzusichern. Hierzu haben die Selbstverwaltungspartner im Vertrag vom 30.06.2000 ebenfalls grundlegende Vereinbarungen getroffen, die eine dynamische Anpassung der Gewichte garantieren und Basis für die Weiterentwicklung der Klassifikation sein können. Auch hierbei orientierte man sich an internationalen Standards.

Beeindruckend bei DRG-Systemen ist die empirisch-methodologische Strenge bei der Pflege und Weiterentwicklung des Systems. So werden – anders als beim gegenwärtigen Fallpauschal- und Sonderentgeltssystem in Deutschland – die Relativgewichte nicht verhandelt, sondern aufgrund umfangreichen Datenmaterials jährlich neu ermittelt. Diesem Weg wird nun auch in Deutschland gefolgt. Die Gewichte sollen künftig jährlich neu überprüft und ggf. neu vereinbart werden.<sup>4</sup>

Die Relativgewichte sollen auf der Basis deutscher Daten ermittelt werden. Dass dies durchaus nicht selbstverständlich ist, zeigt ein Blick in den § 17 b Abs. 3 KHG. Dieser regelt, dass die Bewertungsrelationen

- auf der Grundlage der Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern kalkuliert,
- aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder
- auf deren Grundlage weiterentwickelt werden.

Problematisch bei der Übernahme ausländischer Gewichte ist insbesondere eine andere Kostenabgrenzung bei der Gewichtsbestimmung. Hinzu kommen Unter-

---

<sup>4</sup> Dies ist eine Vorgehensweise, die sich auch für den ambulanten Bereich anbietet. Die Erfahrungen mit den dortigen berufspolitischen Auseinandersetzungen lassen den geplanten Bruch mit der bisherigen Verhandlungstradition hin zur datengetriebenen Weiterentwicklung des Vergütungsmaßstabes überfällig erscheinen.

schiede in den Behandlungsmustern und damit verbunden zum Teil erhebliche Abweichungen bei den Verweildauern. Gleichwohl könnte die Orientierung an ausländischen Gewichten sinnvoll sein, wenn diese auf besseren Daten beruhen.<sup>5</sup>

Die grundlegende Idee der DRGs, nämlich kostenhomogene Fallgruppen abzugrenzen, lässt sich für Deutschland jedoch nur mit deutschen Daten verwirklichen. Dazu bedarf es eines entsprechenden Kalkulationsaufwandes und der Einhaltung wesentlicher Kalkulationsprinzipien. Die Selbstverwaltungspartner haben sich auf folgende Punkte verständigt:

1. Für die Kalkulation ist ein durchgängiger Ist-Kosten-Ansatz zu etablieren. Die Kosten werden also nicht normativ überarbeitet. Weder normative Vorgaben zum adäquaten Aufwand noch normative Korrekturen aufgrund der sozialmedizinischen Angemessenheit finden Eingang in die Bestimmung der Relativgewichte.
2. Bei der Ermittlung der Relativgewichte ist ein durchgängiger 100-Prozent-Ansatz zu wählen. Es werden also – anders als bei der Kalkulation der bestehenden Fallpauschalen und Sonderentgelte – immer die DRG-fähigen Gesamtkosten eines Hauses auf sämtliche Fälle dieses Hauses verteilt.
3. Die Vereinbarungspartner streben mittelfristig eine Beteiligung von allen Krankenhäusern an der Kalkulation an. Dies entspricht amerikanischen Vorbildern, wo die Relativgewichte auf der Basis von Einzelleistungspreisen aller Krankenhäuser – sogenannter charges – ermittelt werden.<sup>6</sup> Kurzfristig wird zunächst nur eine vergleichsweise kleine Gruppe von Krankenhäusern in die Kalkulation einbezogen werden können, da viele Häuser die notwendige Kostenträgerkalkulation – also die Zuordnung aller Kosten auf den Einzelfall – nicht bewältigen können. Es wird eine geschichtete Stichprobe zu ziehen sein, um diese Daten repräsentativ für alle Häuser hochrechnen zu können.

---

<sup>5</sup> Erfahrungen bei der Kalkulation von AP-DRGs in der Schweiz haben gezeigt, dass in manchen Gruppen keine ausreichenden Fallzahlen vorhanden waren, um eine ausreichend valide Bewertung vorzunehmen. In diesen Fällen wurde auf ausländische Relationen zurückgegriffen. Vgl.: Institut de santé et d'économie (ISE): Handbuch APDRG Schweiz Version 1. Lausanne 1998 ([www.hospvd.ch/public/ise/apdrg](http://www.hospvd.ch/public/ise/apdrg)).

<sup>6</sup> Vgl. Günster C, Klauber J, Schellschmidt H. Zur Implementierung eines AP-DRG-basierten Entgeltsystems in Deutschland. In: Krankenhaus-Report '99. Arnold M, Litsch M, Schwartz FW, Hrsg. Stuttgart, New York: Schattauer 2000; 245-69.



4. Für die Kalkulation, so z.B. für die Abgrenzung der DRG-fähigen Kosten, wird ein einheitliches Schema erarbeitet, das von allen beteiligten Krankenhäusern anzuwenden ist. Eine unterstützende EDV-Lösung wird in Auftrag gegeben.

In der Anfangsphase kann es erforderlich sein, die Anforderungen an den Detaillierungsgrad der Kostenträgerrechnung vergleichsweise niedrig zu formulieren, um eine ausreichende Zahl von Häusern in die Kalkulation einbeziehen zu können. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Relativgewichte erst im Jahre 2004 beginnen, ökonomische Wirkung zu entfalten. Es bleibt also Zeit zur Verbesserung der Datenlage.

§ 17 b KHG schreibt vor, dass bis Ende 2001 die ersten Gewichte bestimmt werden. Diese können nur auf unterjährigen Daten basieren, da erst ab Januar 2001 die für die Eingruppierung und Kalkulation notwendige Erweiterung des Prozedurenschlüssel erfolgt. Die Selbstverwaltungspartner haben jedoch vereinbart, dass für die Relativgewichte des Jahres 2003, dem Jahr, in dem erstmals via DRGs abgerechnet wird, Relativgewichte auf der Basis des gesamten Kalenderjahres 2001 verwendet werden.

Für die dynamische Anpassung des DRG-Systems bedarf es einer übergreifenden Zusammenführung von Leistungs-, Erlös- und Kostendaten sowie aller Wahrscheinlichkeit nach der Einrichtung eines unabhängigen Instituts.<sup>7</sup>

Ein bereits angesprochenes Problem bei der erstmaligen Kalkulation besteht darin, dass der Gesetzgeber – sinnvollerweise – eine Kalkulation der Relativgewichte im Laufe des Jahres 2001 vorsieht, dass aber die für die Kalkulation notwendigen Rahmenbedingungen in Form einer Krankenhaus-Entgelt-Verordnung und einiger Änderungen im KHG noch nicht festgelegt sind. Eine Kalkulation ist beispielsweise nur dann möglich, wenn die auf Selbstverwaltungsebene vereinbarten Zu- und Abschläge nicht nachträglich durch die Krankenhaus-Entgelt-Verordnung geändert werden.

---

<sup>7</sup> Es spricht vieles dafür, dass der Kalkulationsprozess ähnlich wie die Ermittlung der Profile im Risikostrukturausgleich erfolgen könnte. Auch bei dessen Einführung im Jahre 1994 fehlten die notwendigen Verfahren zur Ermittlung der für die Ausgleichszahlungen wichtigen Ausgaben nach Alter und Geschlecht. Man begann mit provisorischen durch ein Institut errechneten Profilen, schuf aber zur gleichen Zeit die gesetzlichen Voraussetzungen für eine valide Stichprobe, die seither – alljährlich neu – eine im Wesentlichen unbestrittene Grundlage für die Ausgleichsberechnungen liefert. Wenn die Relativgewichte ihre volle ökonomische Wirkung entfalten – erwartungsmäßig in ca. sechs Jahren – wird aller Wahrscheinlichkeit nach auch das Instrumentarium zur Ermittlung der Relativgewichte den allgemeinen Ansprüchen genügen.

## 6.5 Abrechnungsgrundsätze und Abrechnung komplementärer Vergütungsbereiche

Eine Kalkulation der Relativgewichte ist erst dann möglich, wenn auch eine Reihe von Abrechnungsregeln konsentiert sind. So muss beispielsweise geklärt werden, wie Verlegungen zwischen Krankenhäusern zu handhaben sind.

Bei den Abrechnungsgrundsätzen kann zu einem nicht unerheblichen Teil auf vertragliche Einigungen für die bestehenden Fallpauschalen zurückgegriffen werden. So ist beispielsweise das Grundprinzip einer Grenzverweildauer bekannt – auch wenn der Umgang mit dieser Regelung in Deutschland wenig nachahmenswert ist: Die Grenzverweildauern wurden über Jahre nicht angepasst, so dass völlig unterschiedliche Patientenanteile von dieser Regelung betroffen sind. Hier bietet sich die Übernahme der HCFA-Regelung an, bei der die Grenzverweildauer jeweils so festgesetzt wird, dass die am längsten liegenden 2,5 Prozent der Fälle von der Regelung erfasst werden. Da zusätzlich der maximale Abstand der Grenzverweildauer zum Mittelwert fixiert wird, sind insgesamt rund 5 Prozent des Budgets einer DRG als Langlieger von der Grenzverweildauerregelung betroffen. Da bei DRGs kein tagesgleicher Pflegesatz existiert, der bei Überschreitung der Grenzverweildauer angewendet werden kann, wird bei DRG-Systemen jeweils ein DRG-bezogener Tagessatz verwendet.

Eine Einigung über diese Elemente des Systems, die gleichwohl Voraussetzung für die Kalkulation der DRG-Relativgewichte sind, wurde noch nicht zum 30.06.2000 erreicht. Es zeichnen sich jedoch einige Regelungen ab:

- Die Langlieger werden – wie eben beschrieben – durch eine Grenzverweildauerregelung aufgefangen.
- Für Kurzlieger sollte es keine gesonderte Regelung geben, da es sich aller Wahrscheinlichkeit nach überwiegend um Kodierfehler handeln wird. Eine Absenkung der Vergütung für Kurzlieger könnte außerdem dazu führen, dass Verweildauern künstlich verlängert werden.
- Vorstationäre Leistungen sind grundsätzlich Teil der Fallpauschale und werden nicht gesondert in Rechnung gestellt, es sei denn, es kommt zu keiner stationären Aufnahme.

- Nachstationäre Leistungen werden – wie bisher nach einer komplizierten Regelung – in bestimmtem Umfang der Fallpauschale zugerechnet.
- Wiederaufnahmen führen zu keiner erneuten Fallpauschale, wenn diese innerhalb der Grenzverweildauer stattfinden.
- Belegärztliche Leistungen werden gesondert vergütet. Es wird bei den Relativgewichten – wie bisher – eine „zweite Spalte“ eingeführt, also gesonderte Gewichte berechnet, wenn es sich um belegärztliche Versorgung handelt.
- Gesonderte ergänzende Vergütungen wird es für Bluterpräparate, Dialyse, Aufnahme von Begleitpersonen und Organbeschaffung bei Lebendspenden geben.

Diese kleine Auflistung verdeutlicht bereits, dass es bei der Umsetzung noch eine Fülle von Details zu regeln gibt. Von besonderer Brisanz ist die schwierige Grenzziehung zur ambulanten Versorgung. International finden sich hier die unterschiedlichsten Lösungen, von diskretionären Festlegungen über Leistungskataloge à la § 115 b SGB V bis hin zur einfachen 24-Stunden-Grenze, unterhalb derer alle Leistungen als ambulant gelten und nicht über DRGs abzurechnen sind. Lösungen sind nicht zuletzt deshalb schwierig, weil sie die klassischen Konflikte zwischen stationärem und ambulatem Sektor wieder aufleben lassen.

## **6.6 Krankenhausbezogene Zu- und Abschläge**

Der Gesetzgeber sieht in § 17 b KHG vor, dass sich die Selbstverwaltungspartner über die Grundstrukturen der krankenhausesbezogenen Zu- und Abschläge einigen, was diese jedoch auf den 30.09.2000 vertragen haben. Hintergrund dieser Verschiebung sind vor allem erhebliche Differenzen innerhalb der Krankenhaus-szene. Die traditionellen Vertreter des Selbstkostendeckungsprinzips treten unter der Maxime „Erhaltung der individuellen Komponente“ an und warten deshalb mit einem umfangreichen Wunschkatalog für Zuschläge auf, während andererseits fortschrittliche Krankenhausvertreter bei Zuschlägen eher Gefahren sehen. Krankenhäuser mit Zuschlägen hätten diesem Denkanatz zufolge wettbewerbs-

politische Nachteile, da die Kassen – und ggf. Arztnetze – ihre Patienten mittelfristig in die zuschlagsfreien Häuser umsteuern würden.

Unbestritten ist, dass die Tatbestände, die der Gesetzgeber in § 17 b KHG zur Begründung von Zu- und Abschlägen vorgegeben hat, in eine gemeinsame Vereinbarung einfließen werden. Diese Tatbestände haben unterschiedliche Zielsetzungen.

Relativ unproblematisch ist der Zuschlag zur Sicherstellung der Ausbildung in Krankenhäusern. Durch einen bundeseinheitlichen Zuschlag „je Schwesternschülerin“ lässt sich dies berücksichtigen und auf die Entgelte der ausbildenden Krankenhäuser entsprechend ihrer Ausbildungsleistung aufschlagen. Will man wettbewerbsverzerrende Aufschläge vermeiden, sollte mittelfristig eine Art Umlagefinanzierung angestrebt werden, wie sie heute schon unter Hamburger Krankenhäusern existiert.

Die Sicherstellung flächendeckender Versorgung ist als so genanntes „sole provider“-Problem aus den USA bekannt. Für einsam liegende Krankenhäuser, auf deren Existenz keinesfalls verzichtet werden kann, wird dort ein an den Selbstkosten orientierter Zuschlag vereinbart. In Deutschland, wo deutlich weniger als hundert Krankenhäuser mehr als 30 km vom nächsten Haus entfernt liegen, ist dieses Problem von nachrangiger Bedeutung. Einigkeit besteht unter den Selbstverwaltungspartnern, dass die isolierte Lage für sich noch keinen Zuschlag rechtfertigt; erst eine suboptimale Betriebsgröße wie z.B. die Aufrechterhaltung einer geburtshilflichen Station trotz geringer Geburtenzahl rechtfertigt einen Zuschlag. Wegen der isolierten Lage existiert in diesem Fall das Problem der Wettbewerbsverzerrung nicht. Ähnliches gilt für Zuschläge zur Erhaltung besonderer Einrichtungen wie z.B. einem Tropeninstitut oder einer Station für Brandverletzte.

Traditionell konfliktträchtig ist die Notfallproblematik. Im Grundsatz sind die unterschiedlichen Notfallanteile der Fallgruppen bereits in der Kalkulation berücksichtigt, da bei der Kalkulation von Schlaganfällen beispielsweise die entsprechenden Notfallvorhaltungen bereits berücksichtigt werden. Nur bei bestimmten Fallgruppen, z.B. im orthopädischen Bereich, werden unterschiedliche Notfallanteile zu berücksichtigen sein. Da die Teilnahme an der Notfallversorgung der Normalfall ist, ist hier an einen Abschlag für jene in der Regel hoch spezialisierten Krankenhäuser gedacht, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen. Vermieden werden soll auf alle Fälle eine am Einzelfall orientierte Zuschlagsregelung, da hier erhebliche Deklarationsprobleme auftreten. Schon

jetzt geben die Einweisungsgründe (Notfall, Einweisung durch Kassenarzt, Selbsteinweisung etc.) ein wenig aussagekräftiges Bild.<sup>8</sup>

Alle weiteren Zuschläge sind ordnungspolitisch problematisch. Da bei insgesamt begrenzten Mitteln der Zuschlag des einen Hauses automatisch der Abschlag für die anderen Häuser bedeutet, lohnt es jeweils die Gegenprobe zu machen. Wer – wie bisweilen geschehen – einen Zuschlag für ungünstige Bauweise fordert, muss auch rechtfertigen können, dass es für günstige Bauweise einen Abschlag gibt. Die Auswirkungen auf die Volkswirtschaft und die Versorgungsqualität der Patienten wären gleichermaßen unsinnig.

Weit mehr noch als in anderen Bereichen besteht für die Regelungen über Zu- und Abschläge die Gefahr, dass sie nachträglich im politischen Raum korrigiert werden. Schon die künftige Krankenhaus-Entgelt-Verordnung, die Nachfolgeverordnung zur Bundespflegesatzverordnung könnte Verschiebungen zugunsten von Häusern in staatlicher Trägerschaft mit sich bringen. Auch die KHG-Novelle, die den Ordnungsrahmen für die Jahre ab 2003 vorgibt, könnte hier Regelungen vorsehen, die die Einigungen der Selbstverwaltung ergänzen oder ersetzen.

## 6.7 Qualitätssicherung

Neben den großen ordnungspolitischen Fragen ist der Bereich der Qualitätssicherung ein weiterer noch weitgehend ungeklärter Regelungsbereich. Zunächst geht es um die Kodierqualität. Da jede Kodierung im DRG-System zugleich eine quasi abschließende Rechnungslegung ist, bedarf sie entsprechender interner und externer Kontrollmechanismen. Die institutionellen Strukturen dafür fehlen bislang. Die formalen Strukturen für den zweiten Qualitätsbereich, die Sicherung der Behandlungsqualität, zeichnen sich zwar derzeit im Rahmen der Vereinbarungen nach § 137 SGB V ab, dafür fehlen hier aber noch weitgehend die inhaltlichen Abstimmungen. Das gegenwärtige bürokratische und kostenaufwändige System der Totalerfassung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten mit seiner bislang kaum nachgewiesenen Wirkung auf das tatsächliche Behandlungsgeschehen kann wohl kaum als Modell für die umfassende Qualitätssicherung von DRGs gelten. Hier besteht noch erheblicher Handlungsbedarf, um insbesondere die Ergebnisqualität stationärer Leistungen zu messen.

---

<sup>8</sup> Vgl. Swart et al. (Kapitel 21 in diesem Buch).

## 6.8 Institutionelle Anforderungen

Die Einführung eines durchgängig pauschalierenden Entgeltsystems innerhalb der gesetzlich vorgegebenen engen Fristen stellt nicht nur eine enorme Herausforderung, sondern auch eine sehr komplexe Aufgabe für die Selbstverwaltung dar. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass diese nicht allein mit den vorhandenen Verhandlungs- und Arbeitsstrukturen der Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene zu bewältigen sind. Vielmehr kann eine derart komplexe Aufgabe nur noch in professionellen Strukturen, die ausschließlich für diese Aufgabe zur Verfügung stehen, koordiniert werden. Die Vertragspartner haben daher beschlossen, sich eines für die Selbstverwaltung arbeitenden Instituts zu bedienen. Dieses soll sie bei der Bewältigung der umfassenden Anforderungen maßgeblich unterstützen, wenngleich die Verantwortung weiterhin auf Seiten der Vertragspartner liegt. Die zukünftige Größe des Instituts ist derzeit noch nicht festgelegt. Es besteht aber weniger die Absicht, ein großes Institut zu etablieren, das alle Aufgaben selbst übernimmt. Vielmehr soll das Institut die zu vergebenden Einzelaufträge koordinieren und die entstandenen Produkte aufeinander abstimmen, um sie in einem konsistenten DRG-Vergütungssystem zusammenzuführen. Während über die Notwendigkeit einer zeitnahen Gründung bereits Einvernehmen herrscht, ist die vertragliche Konstruktion noch zu verhandeln. Eins ist in jedem Fall sicher: Ohne professionelle Strukturen ist diese Aufgabe nicht mehr zu bewältigen.

## 6.9 Ordnungspolitische Rahmenbedingungen

Durch die Einführung des neuen Vergütungssystems ist mit weitreichenden Konsequenzen und Veränderungen im gesamten stationären Bereich zu rechnen. Dies trifft gleichermaßen für die Krankenkassen und die Krankenhäuser in Deutschland zu. Die für das Überleben der betroffenen Krankenkassen und Krankenhäuser ganz entscheidende Frage, wie sich die Ausgaben der Krankenkassen und die Einnahmen der Krankenhäuser unter dem neuen Vergütungssystem verändern, ist für beide Seiten aufgrund der zur Zeit existierenden Datenlage nicht mit der wünschenswerten Sicherheit prognostizierbar. Dies ist wenig befriedigend, wenn man bedenkt, dass bei bundesweiten Ausgaben von fast 100 Milliarden DM für stationäre Leistungen im Jahr eine geringfügige Verschie-

bung bereits weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen nach sich ziehen kann.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz sieht eine budgetneutrale Einführung der DRGs im Jahre 2003 für die Krankenhäuser vor und stellt somit einen Schutz für diese dar. In ihrer Vereinbarung sprechen sich die Vertragspartner zudem für eine sogenannte Konvergenzphase aus. Es soll zunächst mit einer Art krankenhausspezifischem Basisfallwert (einer Art DRG-Punktwert) begonnen werden, diese Punktwerte sollen dann in einem Dreijahreszeitraum zu landes- oder bundesweiten Punktwerten konvergieren. Einerseits können Krankenhäuser hierdurch ihre Dokumentation für eine sachgerechte Leistungsdarstellung in ausreichender Zeit verbessern, andererseits erfahren Krankenhäuser mit stärkeren Budgetabsenkungen durch diese Regelung die Möglichkeit, erforderliche Maßnahmen für eine wirtschaftlichere Leistungserbringung einzuleiten und umzusetzen.

Eine entsprechende Regelung für Krankenkassen ist derzeit weder im GKV-Gesundheitsstrukturgesetz noch in der gemeinsam geschlossenen Vereinbarung vorgesehen. Demnach kommen die neuen Entgelte auf Kassenseite bereits in 2003 in vollem Umfang zum Tragen. Die Politik ist gut beraten, auch für die Krankenkassen einen entsprechenden Anpassungszeitraum vorzusehen oder zumindest im Risikostrukturausgleich entsprechende Kompensationen vorzusehen. In dem Maße wie die Krankenhausvergütung differenziert wird, müssen ggf. auch die Profile und Kriterien des Risikostrukturausgleichs differenziert werden.

## 6.10 Fazit

Die Entwicklung und Einführung des neuen Vergütungssystems bedeutet für die gemeinsame Selbstverwaltung eine enorme Herausforderung. Um den ehrgeizigen Zeitplan des Gesetzgebers einzuhalten, müssen bereits frühzeitig zahlreiche Regelungen für eine sachgerechte Kalkulation getroffen werden. Als besonders problematisch hat sich hierbei erwiesen, dass die gültige Bundespflegesatz-Verordnung im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes nicht im erforderlichen Umfang auf das neue Vergütungssystem angepasst wurde, da die Regierungskoalition aufgrund der politischen Konstellation nicht mit der Zustimmung des Bundesrates rechnen konnte. Es besteht bei den Vertragspartnern bereits Konsens darüber, dass eine neue Krankenhaus-Entgelt-Verordnung die gültige

Bundespflegesatz-Verordnung zeitnah ersetzen muss. Gleichzeitig sind das Krankenhausfinanzierungsgesetz und das SGB V anzupassen. Beispielsweise sind Sachverhalte wie die zentrale Sammlung der Daten gemäß § 301 SGB V zu regeln, da nur so eine empirisch basierte Pflege und Weiterentwicklung des Patientenklassifikationssystems durch die Selbstverwaltung gewährleistet werden kann. Für die Kalkulation und auch Abgrenzung von nicht DRG-fähigen Kosten sind sämtliche Budgetierungs-, Finanzierungs- und Abrechnungsregelungen von besonderer Bedeutung und müssen ebenfalls auf die speziellen Anforderungen des neuen Vergütungssystems angepasst werden.

Die Vertragspartner appellieren in Ihrer Vereinbarung an den Gesetzgeber, die notwendigen ausstehenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen in Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern auf der Basis der von ihnen bereits formulierten Regelungen festzulegen. Nur hierdurch kann verhindert werden, dass nachträglich eingeführte gesetzliche Bestimmungen die bereits angewandten Regelungen der Selbstverwaltung bei der Entwicklung des Systems konterkarieren und damit möglicherweise umfangreiche Arbeiten ad absurdum führen.

Der Gesetzgeber bleibt in der Pflicht, alle Steuerungsinstrumente für den stationären Sektor angesichts der DRG-Entscheidung zu überprüfen. Die ordnungspolitischen Vorstellungen bewegen sich zwischen der Forderung nach einer dauerhaften Budgetierung mit einem gerechten Verteilungsmaßstab einerseits und der Forderung einer ausschließlichen Steuerung über Preise andererseits. In beiden Fällen erfüllt ein funktionierendes DRG-System unabdingbar die Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung in der Praxis. Für die GKV wird entscheidend sein, ob der Gesetzgeber wirksame Mechanismen zur Mengensteuerung vorsieht. Auch die Krankenhausplanung kann nicht unverändert fortgeführt werden. Das vorherrschende Planungskriterium „Bett“ wird durch leistungsorientierte Kriterien ersetzt werden müssen. In diesem Zusammenhang stehen die 1999 eingebrachten Vorstellungen der Krankenkassen zur Neugestaltung der Krankenhausplanung erneut zur Entscheidung an.