

Dr. Thomas Braun

DRG-Optionsmodell 2003: Ersatzvornahme des BMG auf gutem Weg

Nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sind die Selbstverwaltungspartner, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV), mit der Einführung des DRG-Systems in Deutschland gesetzlich beauftragt worden. Im Konfliktfall wurde die Ersatzvornahme nach § 17 b KHG dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugewiesen. Auf dieser Grundlage wird zurzeit im BMG unter Hochdruck an einer Ministerverordnung gearbeitet, um das Optionsmodell umzusetzen. Ziel ist, dass die Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2003 ihre Leistungen nach DRG-Fallpauschalen abrechnen können. Für die Rechtsverordnung müssen zahlreiche Entscheidungen getroffen werden. Dabei sind die Vorstellungen der Krankenhäuser, die Ziele der Krankenkassen sowie die Forderungen der medizinischen Fachgesellschaften mit dem Machbaren abzustimmen.

■ Verhandlungen gescheitert – das Optionsmodell kommt

Als die DKG am 24. Juni 2002 nach über 2 Jahren der Verhandlungen mit GKV und PKV das Scheitern zum Optionsmodell erklärte, war noch offen, ob Krankenhäuser im Jahr 2003 auf DRG-Basis abrechnen können oder die Einführung des neuen Entgeltsystems um ein Jahr verschoben werden muss. Viele Krankenhäuser hatten bis zu diesem Zeitpunkt schon viel Zeit, Geld und Engagement in die Vorbereitung des DRG-Einstiegs zum 1. Januar 2003 gesteckt.

Das BMG konnte erst tätig werden, nachdem das Scheitern der Verhandlungen offiziell erklärt worden war (§ 17 Absatz 7 KHG). So verblieben zwischen der Scheiternserklärung Ende Juni noch ca. 2 Monate, bis dass der erste deutsche Fallpauschalenkatalog Anfang September vorliegen muss. Bis zum 31. Oktober 2002 müssen die Krankenhäuser auf dieser Basis entscheiden, ob sie die Möglichkeit des freiwilligen und budgetneutralen Umstiegs im Jahr 2003 nutzen wollen.

Nach eingehender Prüfung entschied das BMG, trotz der knappen, noch verbliebenen Zeit, den im Gesetz festgeschriebenen Zeitplan umzusetzen.

■ Erste Umsetzungsschritte

Bei der Erstellung eines „Projektplans“ mussten bei der Vorbereitung der Ersatzvornahme folgende Bereiche, die noch zu regeln und organisieren waren, berücksichtigt werden:

- Erstellung des Fallpauschalenkatalogs,
- Kalkulation der Bewertungsrelationen aus der Datenerhebung in den Kalkulationskrankenhäusern,
- Festsetzen der Abrechnungsregeln (einschließlich Grenzverweildauer, Zu- und Abschläge, Verlegungen etc.),
- Kalkulation des Zusatzentgeltkatalogs,
- Zusammenstellung des Katalogs, der nicht mit Fallpauschalen abgedeckten Leistungen nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und
- Durchführung der Grupperzertifizierung.

Folgende Vorarbeiten der Selbstverwaltung waren dabei einzubeziehen:

- Ersterhebung der Kalkulationsdaten in rund 280 deutschen Krankenhäusern nach den Deutschen Kodierregeln und

- die bereits in Auftrag gegebene Übertragung des australischen AR-DRG-Katalogs.

Daraufhin wurde Anfang Juli 2002 ein Auftrag zur Kalkulation der deutschen DRG-Bewertungsrelationen an die international erfahrene Firma 3M Medica in Neuss vergeben. Zusätzlich wurde an die Berliner Firma SBG ein Folgeauftrag vergeben, mit dem notwendige Änderungen durch die Kalkulation im Fallpauschalenkatalog eingearbeitet werden sollen. Verhandlungen und Auftragsvergaben erfolgten gemeinsam durch das BMG und das InEK.

■ Das G-DRG-System in der Version 0.9

Grundlage für den deutschen Fallpauschalenkatalog ist die Übertragung der australischen Vorlage, die am 18. Juni 2002 von den Selbstverwaltungspartnern in Auftrag gegeben wurde. Das Ergebnis wurde von der Firma SBG am 20. Juli 2002 an das InEK übergeben. Damit existierte eine Basis für ein erstes deutsches DRG-System, das „German DRG-System“ (G-DRG-System) in der Version 0.9. Die vorliegenden G-DRG-Handbücher definieren die Zuweisung der deutschen Diagnoseklassifikation ICD-10 – SBG V und des Prozedurenschlüssels OPS-301 zu den einzelnen DRG-Fallgruppen. Ein weiterer Bestandteil des DRG-Systems sind die so genannten Spezifikationen, die den Algorithmus zur DRG-Zuordnung beinhalten und die technische Voraussetzung zur Programmierung der Gruppersoftware sind. Die Handbücher können seit dem 2. August 2002 von der Homepage des InEK abgerufen werden; die Spezifikationen sind für die Grupperhersteller vom InEK beziehbar.

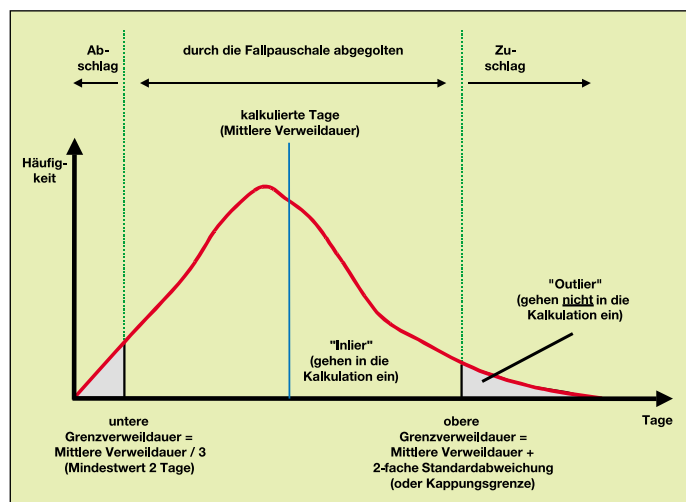
■ Datenannahme und erste Kalkulationsergebnisse

Der Termin zur Ablieferung der Kalkulationsdaten aus den rund 280 Krankenhäusern, die den Selbstverwaltungspartnern ihre Unterstützung zugesichert hatten, wurde von Anfang bis Mitte Juli verlängert, damit möglichst viele Krankenhäuser die Möglichkeit hatten, ihre Daten zur DRG-Kalkulation beizusteuern. Letztendlich lieferten bis Ende Juli insgesamt 125 Krankenhäuser ihre Daten ab und stimmten einer Bearbeitung durch 3M Medica zu. Da der Auftrag so kurzfristig an 3M Medica vergeben werden musste, hatte sich das BMG bereits im Juli direkt mit den kalkulierenden Krankenhäusern in Verbindung gesetzt, um eine schriftliche Zustimmung zur Verarbeitung der Daten zu erhalten.

Die gelieferten Datenbestände umfassen rund 635 000 Fälle. Unter den Krankenhäusern sind 22 Fach- und Spezialkliniken vertreten, jedoch stellte keine der 6 an der Kalkulation beteiligten Universitätskliniken ihre Daten zur Verfügung. Bis auf 8 konnten die Datensätze aller anderen Krankenhäuser, nach teilweise sehr aufwändiger Nachbearbeitung, in die Kalkulation aufgenommen werden. Somit steht eine Datenbasis von rund 502 000 Fällen für die Kalkulation zur Verfügung.

Die Analysen haben gezeigt, dass sich bisher an die 85 Prozent der rund 660 DRGs Bewertungsrelationen mit den vorliegenden Daten kalkulieren lassen; 10 Prozent der DRGs bilden bereits 50 Prozent der Fälle ab und ein Drittel der DRGs 80 Prozent der Falldaten. Somit lassen sich zurzeit schon insgesamt 95 Prozent aller Fälle durch die bisher kalkulierten DRGs abbilden. Damit werden umsteigewillige Krankenhäuser voraussichtlich auch 90 Prozent des Gesamtbetrages, wie es in § 17 b Absatz 4 Satz 5 KHG vorgeschrieben ist, über DRGs problemlos abdecken können. Dem Umstieg am 1. Januar 2003 steht damit nichts im Wege. ▶

Abbildung 1: DRG-Verweildauerkalkulation und -vergütung (vereinfachte Darstellung)



Teilbereiche, deren Kosten- und Verweildauerberechnungen dem internationalen Team von 3M Medica im Kalkulationsprozess besondere Schwierigkeiten bereitet haben, sind Transplantationen, Frühchen mit schweren Komplikationen, Vergiftungen und Verbrennungen.

Fallpauschalenverordnung: Vom Arbeits- zum Referentenentwurf

Die zurzeit als Fallpauschalenverordnung (FPVO) bezeichnete Ersatzvornahme, die am Ende des Ordnungsverfahrens Krankenhausfallpauschalenverordnung (KFPV) heißen wird, umfasst neben dem Verordnungstext auch den Fallpauschalenkatalog mit den Bewertungsrelationen sowie gegebenenfalls die Kataloge über die möglichen Zusatzentgelte und die Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG.

Zu den Abrechnungsbestimmungen und zur Grenzverweildauer hat das BMG sich von einer unabhängigen Sachverständigengruppe beraten lassen, die sich aus Experten von Krankenhäusern, Krankenkassen, dem InEK, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen und privaten Beratungsunternehmen zusammensetzt.

Am 18. Juli 2002 legte das BMG einen ersten Arbeitsentwurf der FPVO mit Abrechnungsregeln und Vorgaben zur Berechnung einer oberen Grenzverweildauer vor. Eine Woche später, am 25. Juli 2002, fand eine Erörterung des Entwurfs mit den Selbstverwaltungspartnern statt. Während der gesamten Vorbereitungszeit zum Verord-

nungsentwurf war das BMG in engem Kontakt mit den Softwareherstellern, welche die Vorgaben in den Abrechnungsprogrammen der Krankenhäuser umsetzen müssen. Anlässlich einer eintägigen Sitzung wurden die EDV-technische Realisierbarkeit der Regelungen diskutiert und notwendige Anpassungen am Verordnungstext vorgenommen.

Ein zweiter Arbeitsentwurf wurde am 12. August 2002 an die Selbstverwaltungspartner versandt mit der Bitte um eine kurzfristige schriftliche Stellungnahme, so dass am 15. August 2002 der Referentenentwurf mit Begründung vorgelegt werden konnte. Wesentliche Anpassungen waren:

- Einführung einer unteren Grenzverweildauer und Vorgaben zur Abschlagsberechnung bei Unterschreitung und damit auch Verzicht auf die Regelung zur Vergütung von ambulanten Leistungen nach § 115 b SGB V;
- Streichung des Absatzes zur Vergütung teilstationärer Fälle in Tages- und Nachtkliniken und
- Einführung eines neuen Paragraphen zur Fallzählung.

Die Vergütung von teilstationären Leistungen, insbesondere in der Onkologie, sowie die Fallpauschalen für Neugeborene waren weitere Teilbereiche, die auf dem Weg vom Arbeits- zum Referentenentwurf intensiv diskutiert wurden.

Abbildung 1 zeigt, wie die Verweildauer einer Fallpauschale zu kalkulieren und zu vergüten ist. Vor Erreichen der unteren Grenzverweildauer erfolgt ein Abschlag auf die Fallpauschale, während nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer ein Zuschlag gezahlt wird. Die Ermittlung der unteren und oberen Grenzverweildauer sowie die Höhe der Ab- und Zuschläge sind in den §§ 6 und 7 der FPVO vorgegeben. Sie werden im Fallpauschalenkatalog für jede DRG ausgewiesen (vergleiche Tabelle 1) und brauchen nicht von den Krankenhäusern berechnet zu werden.

Fallpauschalenkatalog des G-DRG-Systems Version 1.0

Ein Entwurf für das Layout des Fallpauschalenkatalogs liegt bereits vor (siehe Tabelle 1). Ende August wird der Katalog mit Inhalten gefüllt. Es steht fest, dass der endgültige Katalog noch stark an der australischen Vorlage angelehnt sein wird. Inwieweit jedoch auch für das Optionsjahr schon Anpassungen wie das Splitten von DRGs oder das Erstellen neuer Fallgruppen vorgenommen werden müssen und können, wird erst im Rahmen der Kalkulationen kurzfristig zu entscheiden sein. Das Ergebnis ist dann das G-DRG-System in der Version 1.0.

Ferner werden zurzeit die Problembeschreibungen der medizinischen Fachgesellschaften, die in den letzten Monaten beim BMG

Tabelle 1: Erster Entwurf des Fallpauschalenkatalogs (Hauptabteilungen)

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	mittlere Verweildauer ¹⁾	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale
						Erster Tag ²⁾ mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag ³⁾ zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pre-MDC											
A01Z	○	Lebertransplantation									
A02Z	○	Multiorgantransplantation									
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems											
B02A	○	Kraniotomie mit äußerst schweren CC									
B02B	○	Kraniotomie mit schweren oder mäßig schweren CC									
		Beispiel: Verlegungsfallpauschale									X

1) Tage, die der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurden
 2) Erster Tag, an dem nach § 1 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 7 FPVO ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist.
 3) Erster Tag, an dem nach § 1 Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit § 6 FPVO ein tagesbezogenes Entgelt zusätzlich zur Fallpauschale gezahlt wird.
 CC = Begleiterkrankungen ○ = Operative DRG

eingegangen sind, ausgewertet und mit dem Fallpauschalenkatalog abgeglichen, um gegebenenfalls noch in begrenztem Umfang auf Problembereiche reagieren zu können.

☞ Anfang September 2002 wird der Fallpauschalenkatalog vorliegen. Am 9. und 10. September 2002 hat das BMG die Länder, Verbände und betroffenen Bundesressorts zu den durchzuführenden Anhörungen eingeladen.

■ **Grouperzertifizierung**

Anfang August wurden nationale und internationale Grouperhersteller vom BMG angeschrieben und über das Lizenzierungsverfahren in Deutschland informiert. Mehr als ein Dutzend Hersteller aus dem In- und Ausland haben mittlerweile ihr Interesse bekundet. Alle Grouper, die im nächsten Jahr zur Abrechnung in den Krankenhäusern eingesetzt werden, müssen vom InEK zertifiziert sein. Damit die Krankenhäuser aber schon zur Vorbereitung ihrer Umstiegsentscheidung im Oktober über Groupersoftware verfügen, führt das InEK ab Anfang September 2002 ein mehrstufiges Zertifizierungsverfahren durch. So wird sichergestellt, dass die Grouper ab spätestens Ende September in den Krankenhäusern einsatzbereit sind.

■ **Das Optionsmodell kommt!**

Das BMG und alle an der DRG-Entwicklung Beteiligten sind optimistisch, dass das angestrebte Ziel erreicht wird und die Ersatzvornahme noch im September in Kraft treten kann. Das Optionsmodell 2003 basiert auf einem noch nicht vollständig ausdifferenzierten Fallpauschalenkatalog. Es wird noch bestimmte Leistungen und Patientengruppen geben, die sich nicht zufrieden stellend abbilden lassen. Damit ist aber für kein Krankenhaus und kein medizinisches Fachgebiet ein Nachteil verbunden. Auch 2003 wird das Budget nach bisherigem Recht verhandelt. Die DRGs ersetzen lediglich die tagesbezogene Abrechnung durch das Herunterbrechen der Vergütung auf Leistungskomplexe. Ein verbesserter Mindererlösausgleich von 95 Prozent sichert das wirtschaftliche Risiko nahezu vollständig ab. Das heißt, ein Krankenhaus erhält in jedem Fall 95 Prozent seines verhandelten Budgets, kann jedoch durch die verbesserte Mehrerlösausgleichsregelung von der DRG-Einführung durchaus profitieren.

Im Sinne eines lernenden Systems, wie es der Gesetzgeber vorgesehen hat, werden bereits für das Jahr 2004 weitere Ausdifferenzierungen notwendig. Am 3. September 2002 findet im BMG ein Gespräch mit den medizinischen Fachgesellschaften über die begrenzte Zielsetzung des Katalogs für das Optionsjahr 2003 und die erforderliche Weiterentwicklung in Verantwortung der Selbstverwaltung für das Jahr 2004 statt.

Wichtig für das Optionsjahr 2003 ist, dass durch die Ersatzvornahme den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben wird, unter gesicherten Rahmenbedingungen den freiwilligen Einstieg zu wagen und sich mit dem neuen Entgeltsystem vertraut zu machen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Thomas Braun,
Bundesministerium für Gesundheit, Referat 216,
Am Probsthof 78 a, 53121 Bonn ■

Abrechnungsbestimmungen – Referentenentwurf

Am 15. August 2002 legte das BMG den Referentenentwurf einer Verordnung zum Fallpauschalensystem, Abschnitt 1: Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte, vor. Für den 10. September wurde in Bonn eine Anhörung terminiert. Die DKG übermittelte dem BMG eine schriftliche Stellungnahme. Sowohl der Text des Referentenentwurfs als auch die DKG-Stellungnahme sind auf der DKG-Webseite www.dkgev.de zu finden.