



Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

DRG-Forum Berlin 07.05.2004 (2. Tag)

1. Positionierung der Krankenhäuser im neuen Umfeld

W. Schäfer (Vivantes Berlin)

- Zukunft: Steuerung über Kostenbenchmarking
- Situation von Vivantes in Berlin
- Bisher 2 Verträge zur integrierten Versorgung (elektive Endoprothetik. Probleme: u.a. Vertragsabschluss weit unter der fiktiven Landesbaserate
- 7 Mio. EUR Verluste durch 1%-igen Budgetabschlag für Vivantes. Zur Kompensation müssten Verträge zur integrierten Versorgung über 70 Mio. EUR abgeschlossen werden. Das ist utopisch.

Dr. M. Richter-Reichhelm (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

- Ab 2007 morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumina.
- Keine geeignete Qualitätssicherung im Bereich der integrierten Versorgung (§135 Abs. 2 etc. gilt nicht).
- Einsparungen könnten voraussichtlich im Bereich der verordneten Leistungen vorgenommen werden.
- Spannende Frage: Bleiben die Dumpingpreise in Krankenhausapotheken? Bisheriges System: Dumpingpreise in Krankenhausapotheken, um im ambulanten Bereich hochpreisige Medikamente nach stationären Aufenthalten zu verkaufen.
- Medizinische Versorgungszentren: Wegen der Niederlassungssperren müssen Krankenhäuser Ärzte im ambulanten Bereich „einkaufen“. Es müssen hohe Anreize geschaffen werden (Geld, geeignete Verträge etc.). Eine Rückkehr des angestellten Arztes in die Selbstständigkeit ist kaum möglich.
- Starke Anreize für die integrierte Versorgung: 3. Budget, Beitragssatzstabilität gilt nicht für integrierte Versorgung, große Vertragsfreiheit.
- Es scheint, als ob der Gesetzgeber abwartet, welche Verträge geschlossen werden, um dann die Gesetze anzupassen.
- Verträge für zur integrierten Versorgung müssen nicht sektorenübergreifend (stationär/ambulant) sein.
- Strukturelle Nachteile für Niedergelassene: Beispiel: Dual finanzierte Großgeräte werden von Krankenhäusern für ambulante Versorgung in medizinischen Versorgungszentren nutzen.

K.-H. Rehfeld (Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten)

- Horrorszenarien, die wegen der DRG-Einführung befürchtet wurden, sind nicht eingetreten.
- 16 DRGs Frührehabilitation: Es darf keine Aufweichung des Begriffs Frührehabilitation statt finden. Frührehabilitation muss qualitativ hochwertig sein („keine Mogelpackungen“).
- Sachlich ist die Integration in das bestehende System noch nicht korrekt, da sich Rehabilitationsleistungen nicht aufwandsgerecht über Diagnosen beschreiben lassen.

B. Meurer (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste)

- USA: 1990: 1,9 Mio. Fälle mit Heimpflege – 1995: 3,4 Mio. Fälle mit Heimpflege
- Entlassungsmanagement in Kliniken ist chaotisch und muss verbessert werden.

2. Das Bundesgesundheitsministerium: Vom Ersatzspieler zum regulären Betrieb? (Karl Heinz Tuschen, BMGS)

- Das Spiel dauert jeweils ein Jahr. Abpfiff ist jeweils im September.
- Wer in der ersten Spielhälfte bummelt, kann die Zeit nicht mehr einholen.
- Grundsatzbeschluss der Selbstverwaltung vom 13.01.2004: DRG-Institut wird Spielführer.
- Abrechnungsregeln werden für 2005 weitgehend erhalten bleiben.
- BMGS kann nicht zwischen Extrempositionen der Selbstverwaltung entscheiden. Es müssen häufig eigene Entwicklungen vorgenommen werden.
- Medizinische Fachgesellschaften wenden sich häufig mit inhaltlichen Anliegen an das BMGS, das aber nicht zuständig ist.
- Wenn Mannschaften (Selbstverwaltung) immer wieder verlieren (sich nicht einigen können) müssen sie vielleicht doch ausgetauscht werden (Wink mit dem Zaunpfahl...).
- Finanzierung von Ausbildungsbetrieben kann wegen schlechter Datenlage 2004 voraussichtlich nicht geklärt werden.
- Das Scheitern der Selbstverwaltung bei Verhandlungen wegen Zu- und Abschlägen und bei der Definition besonderer Einrichtungen ist auch 2004 zu erwarten.
- Bis Ende Mai 2004 soll ein erster Entwurf zu den Rahmenbedingungen 2005 vorgelegt werden.

3. Nachtrag vom 06.05.2004: Abbildung der Krankenhausleistungen im DRG-Katalog 2005 aus medizinischer Sicht

Zusammenfassende Darstellung von G. Frühauf (Vielen Dank!):

PD Dr. N. Roeder:

- Der G-DRG-Katalog 2004 beinhaltet erhebliche Verbesserungen gegenüber seinem Vorgänger aus dem Jahre 2003. Dennoch bleibt noch ein erhebliches Verbesserungspotenzial für den Katalog 2005: ICD- & OPS – Katalog, Kodierregeln, Leistungsdefinitionen, Schweregradbewertung neuer ICD-Codes, Probleme der Leistungsbewertung in gleichzeitig möglichen unterschiedlichen Vergütungsformen (stationär, teilstationär, ambulant), teure Medikamente, multimodale Therapien, Qualität der DRG-Kalkulationsdaten, Zusatzentgelte, Ausnahmen für besondere Einrichtungen.
- Zusammenfassend kommt es bei der notwendigen Verbesserung des DRG-Kataloges 2005 darauf an, die Produkte besser zu definieren und die Produktpreise richtig zu kalkulieren. Darüber hinaus ist eine Limitierung pauschalierender abrechenbarer medizinischer Leistungen vorzunehmen. Für nicht im DRG-System sach- und leistungsgerecht abbildbare Leistungen sind Zusatzentgelte festzulegen. Außerdem muss sich aus Praktikabilitätsgründen die Komplexität des Systems deutlich verringern.

Prof. Dr. M. Hansis:

- Er beleuchtet die Aspekte der notwendigen Methodenbewertung und externen Qualitätssicherung im DRG-System. In beiden Fällen spricht er sich gegen flächendeckende und zufällige Prüfungen aus. Vielmehr plädiert er für den hochpräzisen Einsatz beider Evaluationsverfahren: für die Methodenbewertung nach Maßgabe der medizinischen Bedeutung, der Anwendungshäufigkeit und des Gewichts innerhalb der DRG-Kalkulation, für die externe Qualitätssicherung nach Maßgabe der medizinisch-ökonomischen Bedeutung, der Überprüfbarkeit sowie der Beeinflussbarkeit. Wichtigste Ziele sind dabei die zeitnahe Bewertung von Innovationen sowie solide Entscheidungsgrundlagen für eine mögliche Addition oder Subtraktion medizinischer Leistungen in den oder aus dem DRG-Leistungskatalog. Die Prüfungen sollten auf der Grundlage transparenter Algorithmen erfolgen.

4. Verantwortlich für den Inhalt/Rückfragen bei

Dr. med. Sascha Baller

Kontakt: Dr.Baller@medizincontroller.de