

## Pressemitteilung

06.09.2000 – Nr. 50/00

### MedInform–Veranstaltung zu DRGs im Krankenhaus: Medizinische Innovationen müssen rasch integriert werden – Krankenhaus und Industrie als Partner in einer Umbruchphase

**Bonn.** Das neue pauschalierende Vergütungssystem im Krankenhaus ab dem Jahr 2003 muss eine rasche Integration der medizinischen Innovationen gewährleisten. Das war eine der Hauptforderungen auf der MedInform\*–Veranstaltung „Chancen und Risiken durch DRGs im Krankenhaus“ in Bonn (DRG = Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen). Die Krankenkassen verdeutlichten dabei, dass medizinische Innovationen im neuen System vor allem dann willkommen seien, wenn sie zu einer Reduzierung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus beitragen. Einig waren sich die Teilnehmer, dass mit der Einführung des DRG–Systems die Budgetierung im Krankenhausbereich aufgehoben werden müsse. In anderen Ländern, in denen DRGs existieren, gebe es auch keine Mengen– oder Leistungsbegrenzungen. Über 90 Teilnehmer aus Industrie, Krankenhäusern und Kassen informierten sich auf der Veranstaltung über die Einführung des australischen AR–DRG–Systems (Australien Refined–DRGs) im Krankenhausbereich. \*MedInform ist der Seminar–und Informations–Service des BVMed

Die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden DRG–Vergütungssystems ab dem Jahre 2003 ist das zentrale Element der Gesundheitsreform 2000 für den Krankenhausbereich. **Dr. Wulf–Dietrich Leber**, Abteilungsleiter „Stationäre Leistungen/Rehabilitation“ beim AOK–Bundesverband, und **Dr. Bernhard Rochell**, Referent Finanzierung/Planung bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), stellten den Zeitplan der Selbstverwaltung zur Anpassung des australischen Systems auf deutsche Verhältnisse vor:

Übersetzung der AR–DRGs sowie der Handbücher bis zum 30.11.2000  
Beginn der Leistungserfassung in den Krankenhäusern ab 1.1.2001  
Festlegung der Fallgruppendifinitionen und Relativgewichte bis 31.12.2001  
Einführung des DRG–Systems ab 1.1.2003, zunächst für ein Jahr budgetneutral.

Das AR–DRG–System sei ausgewählt worden, da es der modernste Systemansatz sei und die größte medizinische Aktualität biete. Es ermögliche eine große Schweregraddifferenzierung, bleibe aber dennoch übersichtlich. Außerdem hätten die Australier bereits seit zehn Jahren Erfahrungen mit dem DRG–System. Bei der Übertragung des Systems habe man sich selbst auf maximal 800 Fallgruppen und maximal drei Schweregrade begrenzt.

**Dr. Wulf–Dietrich Leber** teilte mit, dass ein eigenes DRG–Institut eingeführt und ein Krankenhaus–Entgelt–Ausschuss etabliert werden müsse. Das neue Institut solle unabhängig

sein und die Relativgewichte des Systems auf der Basis deutscher Daten entwickeln und das System jährlich anpassen. Das Ziel der Partner der Selbstverwaltung sei es, die Relativgewichte zu ermitteln, nicht zu verhandeln. Die derzeitige Verhandlungslage nannte der AOK-Abteilungsleiter wegen der möglichen Zu- und Abschläge als schwierig. Krankenhausbezogen könne man sich Abschläge unter bestimmten Bedingungen, beispielsweise bei den Kriterien Notfall und Ausbildungsstätten, vorstellen. Den von der DKG geforderten Innovationszuschlag für Universitätskliniken lehne man aber entschieden ab.

Zu den möglichen Auswirkungen der DRGs auf medizinische Innovationen meinte Dr. Leber, dass eine vernünftige Antwort aufgrund vieler unbestimmter Faktoren nicht möglich sei. Der medizintechnische Aufwand werde im Vergleich zum pflegerischen Aufwand durch die sinkende Verweildauer ebenso steigen wie die Nachfrage nach verweildauerverkürzenden und ressourcensparenden Verfahren. Daher sehe er durchaus einen Innovationsschub durch Anreize im System. Dr. Leber an die Herstellerseite: „Effiziente Häuser werden die Gewinner der DRGs sein. Werden Sie Partner von effizienten Häusern!“

**Dr. Bernhard Rochell** stellte klar, dass das neue DRG-System auch von Ärzten und Krankenhäusern akzeptiert werden müsse. Er forderte eine rasche Intergration der medizinischen Innovationen: „Komplexe innovative Leistungen müssen schnell in das System eingeführt werden können. Das setzt eine detaillierte Dokumentation und Darstellung der Leistungen voraus.“ Die Erfahrungen aus dem Ausland würden zeigen, dass eine Senkung der Gesamtausgaben im Gesundheitssystem durch die DRGs nicht erreicht werde. Man könne eher von einer Leistungsverlagerung ausgehen. Ambulante Operationen würden zunehmen, die Verweildauer in den Krankenhäuser werde erheblich reduziert. Dr. Rochell betonte auch die gestiegene Bedeutung der medizinischen Dokumentation: „Durch die Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems wird die Kodierung zur Existenzfrage der Krankenhäuser.“ Hier bestehe ein enormer Schulungsbedarf. Die Forderungen der DKG lauten u. a.:

Kalkulation der Entgelte nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen auf der Basis deutscher Daten

Kein Einsatz des Vergütungssystems zur Verteilung eines Budgets für den Krankenhausbereich, deshalb Aufhebung der bestehenden Budgetdeckelung  
Festlegung der Punktwerte als regionale Festpreise

**Norbert Bertram**, Leiter Gesundheitspolitik beim BVMed, formulierte in seinem Referat u. a. zwei Kernpunkte aus Sicht der Industrie:

Der medizinische Fortschritt im Bereich der Medizinprodukte muss auch in den Übergangsjahren bis 2003 gewährleistet bleiben.

Die Hersteller wollen an den Prozessen stärker beteiligt werden. Bisher fehlt es an offiziellen Antragsrechten der Industrie bei den Bundesausschüssen, die über neue medizinische Verfahren entscheiden. Bertram: „Wir benötigen ein Antragsrecht für die Medizinprodukteindustrie zur Prüfung und Aufnahme neuer Verfahren.“ Wenn die Belange der Hersteller betroffen seien, müsse die Industrie in den Beratungen der Bundesausschüsse auch angehört werden. Die Verfahren müssten insgesamt transparenter und offener werden.

Am Nachmittag der Veranstaltung informierten **Prof. Dr. Jekabs Leititis**, **Ralf Pinnau** und **Dr. Jörg Weidenhammer** über die DRG-Auswirkungen auf Krankenhäuser und Hersteller. Wichtig sei es, dass sich Krankenhäuser und Industrie als Partner bei diesen dramatischen Umwälzungen verstehen.

Für **Prof. Dr. Jekabs Leititis**, Vorstand Ressort Krankenversorgung des Bereichs Humanmedizin der Georg-August-Universität Göttingen, sind eine deutlich kürzere Verweildauer der Patienten und ein spezialisierteres Leistungsspektrum wichtige Erfolgsfaktoren für das Krankenhaus unter einem DRG-System. Eine verweildauerwirksame Maßnahme sei beispielsweise die Definition von Behandlungspfaden für häufige oder teure Behandlungsereignisse.

**Ralf Pinnau** von Haarmann Hemmelrath Management Consultants, früherer Ertragsmanager beim LBK Hamburg, ging in seinem Referat vor allem auf die Notwendigkeit von sogenannten Case-Mix-Modellen ein, die den durchschnittlichen Fallschweregrad aufzeigen. Die größte Herausforderung sei es, gemeinsam mit den Partnern, also auch mit der Industrie, zu analysieren, wie man die Verweildauer der Patienten reduzieren kann.

**Dr. Jörg Weidenhammer**, Geschäftsführender Gesellschafter von Trans Clinic Consultants Saarbrücken, verdeutlichte, dass die Belastung der Krankenhäuser durch die DRG-Einführung und Krankenhaus-Bedarfspläne der Länder derzeit enorm sei. Dies führe zu einem gewachsenen Angstpotential bei den Krankenhäusern, von denen nur rund 25 Prozent gut auf das Überleben im Markt vorbereitet seien. Durch die DRG-Einführung würden die Krankenhauserlöse um rund 20 Prozent sinken. Klar sei auch, dass kein Krankenhaus an einem leistungsstarken EDV-System vorbeikomme, denn die DRG-Abwicklung sei ohne EDV nicht möglich. Nach seiner Einschätzung würden in Zukunft insbesondere die Patientengruppen an Bedeutung gewinnen. Der Endverbraucher Patient werde mehr Mitsprache bekommen.

Diese Pressemitteilung finden Sie im Internet unter:  
<http://www.bvmed.de/presse.php?344>