



SwissDRG Forum
30. April 2010, Basel

Ärzeschaft und DRG-System:
Erfahrungen und Empfehlungen
für die Einführung

M. Rudolphi, Bundesärztekammer, Berlin



Ausgangsbedingungen

- Zeitrahmen G-DRG: 5 Jahre
- Änderungs- und Anpassungsbedarf in diesem Zeitraum: erheblich
- Vorerfahrung der Beteiligten bei Einführung: eingeschränkt
- Politische Intention u.a.: „100 % Ansatz“
- Weitere Ziele: Transparenz, Effizienz, Verweildauerreduktion



Ärztliche Weiterbildung

Derzeitiger Diskussionsstand in Deutschland:

- > laut KHRG 2009 (§ 17b Abs. 1 Satz 17 KHG) ist
 - Prüfung durch Selbstverwaltung bis 30.06.2009 erfolgt, ob zur sachgerechten Finanzierung der Mehrkosten der ärztlichen Weiterbildung Zu- oder Abschläge im DRG-System erforderlich sind
 - Ggf. nur für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche
 - Abrechnung soll in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung erfolgen



Ärztliche Weiterbildung

Derzeitiger Diskussionsstand in Deutschland

Laut BMG:

Prüfergebnis der Selbstverwaltung:

Einvernehmlich *kein Handlungsbedarf!*

Begründung:

- > Mit Zu- oder Abschlägen im DRG-System können Fragen der ärztlichen Weiterbildung nicht gelöst werden
- > Prüfung auf Kostenunterschiede, die durch die ärztliche Weiterbildung bedingt sind, kann auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht realisiert werden (hoher Aufwand, geringe Effekte)

Ärztliche Weiterbildung



- Die an der Aus-, Weiter- und Fortbildung beteiligten Spitäler sollten Vorteile bekommen. Da sich der Wettbewerb zwischen den Kliniken zukünftig hauptsächlich im Bereich
- Verträge
- Budget
- Personal

abspielen dürfte, sollte unbedingt auf die Sicherstellung fairer Wettbewerbsbedingungen für Spitäler in ländlichen Regionen zur Sicherstellung einer wohnortnahen stationären Versorgung geachtet werden.

Ärztliche Weiterbildung



- Reicht eine reine Fokussierung auf die ärztliche Weiterbildung ?
- Die Förderung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sollte ggf. jenseits der SWISS-DRG ebenfalls für weitere Massnahmen im Fokus stehen !

Hintergrund:

- Ärztlemangel bei steigendem Versorgungsbedarf der Bevölkerung !



"Ärztepakt zwischen Bund und Ländern"

„Bonn (RPO). Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hat mit Blick auf den Ärztemangel auf dem Land die Schaffung neuer Medizin-Studienplätze gefordert. Möglich machen solle dies ein "Ärztepakt zwischen Bund und Ländern", sagte er am Samstag in einem Interview.“

(Rheinische Post Online 24.04.2010)

Vergütung Psychiatrie etc. Deutschland



„... dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

Besonders schutzwürdig → Konsens der Beteiligten bei Einführung: keine Integration in das G-DRG-System

- Über die Reform der Krankenhausgesetzgebung wurde 4 Jahre nach Start des DRG-Systems 2009 entschieden, dass tagesbezogene Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik eingeführt werden sollen (§ 17d KHG)
- Bleibt es wirklich bei tagesbezogenen Entgelten ?

Exkurs: Begleitforschung Deutschland



§ 17 b Abs. 8 KHG:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2005 zu veröffentlichen“.



Begleitforschung Deutschland

§ 17 b Abs. 8 KHG:

Keine Datenerhebung im Sinne einer

„Nullienenerhebung“, 2002 / 2003 erfolgt

- Zeitgleiche Einführung unterschiedlichster Systemansätze wie §§ 115b 137, 140 ff SGB V,
- Kein PDCA-Ansatz im Sinne eines „lernenden Systems“ (rein kalkulatorischer Ansatz)
- Datenzugang „ambulanter Sektor“ nicht gegeben
- Zu Beginn keine Integration eines unabhängigen Institutes erfolgt

Begleitforschung

§ 17 b Abs. 8 KHG:



- Erste Ergebnisse sollten 2005 ! (2 Jahre nach dem offiziellen Start vorliegen)
- Erste Ergebnisse liegen April 2010 (für 2006) vor: Relevanz ?
- Berücksichtigung medizinischer Veränderungen ?
- Ableitung von Handlungs- und Änderungsempfehlungen ?
- Datenzugang: wie weit sind die Ergebnisse der aggregierten Daten verwendbar ?

Begleitforschung Deutschland



Erhebung einer Ärztekammer (N= 30 Kliniken)

„Die schlimmsten Befürchtungen der Ärzteschaft bewahrheiteten sich somit zwar nicht, andererseits konnten aber auch die optimistischen Erwartungen des Bundesgesundheitsministeriums hinsichtlich einer mittelfristigen Qualitätsverbesserung nicht erfüllt werden. Dabei ist zu beachten, dass der Zeitraum der DRG-Einführung von vielen politisch motivierten Qualitätsbestrebungen (Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätsberichte) geprägt war und ist.“

Begleitforschung



„51 Prozent der Ärzte geben an, die Qualität sei gleich geblieben oder habe sich sogar verbessert, während dies in der Pflege von 63 Prozent angegeben wird. Das bedeutet im Gegenzug, dass deutlich mehr Ärzte (49 Prozent) als Pflegekräfte (37 Prozent) eine Verschlechterung sehen.“
(Deutsche Ärzteblatt 2009)

Begleitforschung



„Die Aussagen zur Veränderung der Versorgungsqualität werden offenbar bei Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus von anderen Faktoren überlagert, die zu unterschiedlichen Sichtweisen führen. Die befragten Ärzte sehen, so die Erklärungsmuster, eine Verschlechterung vor allem wegen der verkürzten Verweildauer, die an sie selbst andere organisatorische Anforderungen stellt, wohingegen die Pflegenden eine höhere Erwartung an ihre Leistung im Sinne von Zeit und Zuwendung für die Patienten haben.“ (DÄB 2009)



Begleitforschung

Verlagerung stationär – ambulant

„Die befragten zuweisenden Ärzte nehmen am deutlichsten eine Verschlechterung der Versorgung aufgrund der DRG-Einführung wahr (70 Prozent). In der Fachgruppe Allgemeinmedizin und Innere Medizin empfinden 72 Prozent beziehungsweise 70 Prozent eine Verschlechterung der Qualität seit dem Jahr 2004, unter den Orthopäden liegt dieser Anteil bei 64 Prozent.“ (DÄB 2009)

Begleitforschung



„Bei der expliziten Nennung von Problemen geben auch zuweisende Ärzte am häufigsten die zu frühe Entlassung oder die Entlassung am Wochenende an (23 Prozent), auf die weder die Patienten noch der ambulante Sektor vorbereitet seien. Das Phänomen einer systematischen „blutigen Entlassung“ kann jedoch nicht belegt werden.“ (DÄB 2009)

Begleitforschung



„Circa zehn Prozent der Zuweiser stellen ferner fest, dass die Krankenhäuser konsequent nach der Aufnahmediagnose behandeln, was dazu führt, dass Begleiterkrankungen oder Symptome nicht mehr wie früher abgeklärt und behandelt werden.“

(DÄB 2009)

Begleitforschung



- „• Die Arbeitsbedingungen haben sich im Zuge der DRG-Einführung verändert: Die kürzeren Verweildauern sowie die Fallzahlsteigerungen führen zu einer Arbeitsverdichtung. Nur wenige Kliniken begegnen dem durch konsequent umgesetzte Prozessorientierung.
- Die mittleren und großen Krankenhäuser sind auch unter DRG-Bedingungen überwiegend ökonomisch erfolgreich. Sie nutzen die Möglichkeiten zur strategischen Neuausrichtung. Für die kleineren Krankenhäuser scheint dies deutlich schwieriger zu sein.“ (DÄB 2009)

Daten: Es war einmal eine CD



Die Einführung einer komplexen Vergütungssystematik in Kombination mit der Ausrichtung auf eine sektorübergreifende Versorgung und die Kopplung mit Qualitätssicherungsdaten bringt zwangsläufig eine Fülle an schutzbedürftigen Daten im Gesundheitswesen.

Wie sieht das aktuelle Datenschutzkonzept aus ?

Was wäre, wenn „andere“ CD s kaufen könnten ?



Weitere Themen:

Vorschlagsverfahren Deutschland



- **Im Rahmen des jährlichen Vorschlags- und Antragsverfahrens wurde insbesondere durch die Fachgesellschaften bis 2010 wiederholt eine Fülle von Anträgen eingereicht**
- **BÄK unterstützt die Fachgesellschaften im Bereich DRG durch in Ständige Fachkommission DRG der BÄK und AWMF**
- **2 Sitzungen jährlich unter Einbindung von Vertretern der Spitzenorganisationen und des BMG**
- **→ jährliches Antrags- und Vorschlagsverfahren notwendig**

Notwendiges Instrumentarium (auch zu Beginn der Einführung)



- **Kodierhandbuch und Konzept zur Kodierrevision**
- **Leistungsvolumen und Kosten**
- **Funktionsfähige , ggf. teilhelvetisierte Klassifikationssysteme, Kodierrichtlinien**
- **Definitionshandbuch**
- **Fallpauschalenkatalog**
- **Grouper**
 - **-> sollte kostenlos oder preiswert zur Verfügung gestellt werden !**



Kodierrichtlinien



- **Jährliche Prüfung auf Anpassungsbedarf**
- **Diskussion zu Anpassungsvorschlägen ergibt auch Hinweise für andere Bereiche**
- **100 % Ansatz ? Wie umfänglich sollen die Prüfungen ausfallen ?**
- **Diskussion Deutschland: 2009/2010:
„Fallpauschalen: Es gibt keinen Massenbetrug !“
(DÄB 2009; 106(48): A-2418 / B-2081 / C-2021)**

Kodierrichtlinien - > Komplexität der Vergütung



- Prüfverfahren als ein Beispiel für den Dokumentations- und Kontrollaufwand. (Aufwendungen für den MDK liegen bei ca 120 Mio €) In Verbindung mit der gestiegenen Komplexität und relativen Transparenz:
- -> : Wie weit soll der Arbeitsalltag durch eine Systemänderung beeinflusst werden ?
- ZDF Morgenmagazin 29.01.2010: Arzt im Gespräch mit Minister Dr. Rösler: „als wesentlichster Wunsch wird die baldige Reduktion der Bürokratie und der Prüfungen geäußert“
Antwort des Ministers:“ Vordringliches Anliegen – **wir brauchen eine neue Vertrauenskultur !**“



Innovationen



- **Zugang von Innovationen erfolgt in Deutschland über das Antragsverfahren „ Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“**
- **Klare, verlässliche und rechtssichere Struktur des Verfahrens notwendig**
- **Zeitnaher Zugang von „berechtigten“ Innovationen muss sichergestellt sein**
- **Transparenz des Verfahrens**
- **Bei Ablehnung: transparente Begründung**
- **Zeitgrenze für die Einführung ?**

Extremkostendebatte



- **In den jährlichen Anpassungen des Systems wiederholter Diskussionsbedarf**
- **Verbesserte Kalkulationsansätze**
- **Insbesondere in Bereichen mit teuren diagnostischen Massnahmen und Therapien weiterhin diskussionsbedürftig – wenige Fälle können reichen, um ein Klinikbudget massiv in ein Defizit zu führen**
- **Sollte die Lösung aus Deutschland 1.1 übernommen werden, zumal die Fallzahlen in der Schweiz als Basis von möglichen Kalkulationen geringer sein dürften ?**

Unabhängigkeit des Gesamtsystems



- **Das G-DRG-System hat sich weitestgehend von der australischen Systematik gelöst → viele Landesspezifika und besondere Anforderungen können so besser Berücksichtigung finden**
- **Wie weit soll/ kann das SWISS-DRG-System autonom und autark werden ?**

Landesbasisfallwert - Bundesbasisfallwert



- **Landesbasisfallwerte als Ausdruck des föderalen Gesundheitssystems**
- **Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde 2009 festgelegt einen Bundesbasisfallwert sukzessive anzustreben**
- **Mit dem Koalitionsvertrag vom 24.10.2009 wurde dieses Ziel wiederum aufgegeben**



Landesbasisfallwert - Bundesbasisfallwert

Laut BMG:

- **Gesetzlicher Auftrag (§ 10 Abs. 8 und 9 KHEntgG):**
LBFWs sollen von 2010 bis 2014 in gesetzlich vorgegebenen gleichen Schritten in Richtung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors angenähert werden
- **LBFWs innerhalb einer Bandbreite von + 2,5% bis – 1,25% um einen einheitlichen BFW (Korridor) sind von der Konvergenz ausgenommen**
- **Obergrenze für jährliche LBFW-Absenkung bei 0,3% des LBFW**

Sektorübergreifende Versorgung



Das wachsende „Produktverständnis“ und die Einführung der Integrierten Versorgung in Kombination mit Qualitätssicherungsansätzen hat zu verstärkten Bemühungen in Richtung einer sektorübergreifenden Versorgung geführt.

Sollte dies von Anfang an bei der Einführung der SWISS-DRG Berücksichtigung finden ?

Sektorübergreifende Versorgung



- **In Deutschland verstärkte Debatte zur Einführung von sektorübergreifenden Versorgungskonzepten**
- **Sektorübergreifende Vergütung ?**
- **Komplexität der sektorübergreifenden Vergütung ?**
- **Wie soll unter diesen Umständen die Ausgestaltung der belegärztlichen Vergütung erfolgen?**
- **Ggf. Sollte bei Einführung eine Beschränkung auf rein sektorale Vergütung erfolgen ?**

Zwischenfazit



- **Trotz 5 Jahre Einführungszeit eine Fülle von Baustellen**
- **Begleitforschung nicht im Sinne einer „Entlastungsfunktion“ sondern mit dem Ziel einer durch alle getragenen Intention !**
- **Frühe Diskussion und das lebhaftes Engagement der Schweizer Ärztinnen und Ärzte sehr zu begrüßen**
- **Komplexitätsfalle**
- **Resumees zum Deutschen System jeweils im Detail sichten und wiederholt mit den Beteiligten reden**
- **Cave 1:1 Übertragung aus Deutschland**



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Bei weitergehenden Fragen:

0049-178-7836574

0049- 400-456-456

Rudolphi@baek.de



X