

Mitteilungen aus der AWMF S

Nachrichten, Termine, Dokumentationen für alle Mitgliedsgesellschaften
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

8/9 2002

"Startschuss" für German Medical Science steht unmittelbar bevor

Der Startschuss für das elektronische Journal "German Medical Science", ein Gemeinschaftsprojekt von AWMF, dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und der deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZBMed) steht jetzt unmittelbar bevor, obwohl von der DFG nur ein Bruchteil der beantragten Mittel bewilligt wurde. DIMDI und ZBMed waren in der Lage, durch Umschichtungen eigener Ressourcen trotzdem die Voraussetzungen für einen baldigen Beginn zu schaffen.

Für etwa **Mitte November 2002** ist die **"Gründungssitzung"** mit den von AWMF-Mitgliedsgesellschaften benannten Vertretern geplant, bei der ein "Scientific Committee" gebildet, ein kleines, arbeitsfähiges "Editorial Board" gewählt und die konkreten Aufgaben der Beteiligten für die Erstellung einer ersten Ausgabe festgelegt werden müssen. Die Sitzung wird voraussichtlich bei DIMDI in Köln stattfinden

AWMF-Mitgliedsgesellschaften, die bisher noch keinen Vertreter nominiert haben, sich jetzt aber am Projekt aktiv beteiligen wollen, haben noch bis zum 20. Oktober 2002 Gelegenheit, der AWMF-Geschäftsstelle ein Mitglied ihrer Gesellschaft zu benennen, das bereit und in der Lage ist, aktiv am Aufbau des elektronischen Journals der AWMF im "Scientific Committee" und als Reviewer mitzuarbeiten.

Gemeinsame Stellungnahme der AWMF und der Bundesärztekammer zur Version 0.9 des G-DRG-Fall- pauschalen-Katalogs des Optionsmodells 2003

Zur Anhörung beim Bundesministerium für Gesundheit am 3. September 2002 haben AWMF und BÄK gemeinsam folgende Stellungnahme vorgelegt und dort ausführlich begründet:

Die Bundesärztekammer und die AWMF begrüßen, dass ihnen durch das Bundesministerium für Gesundheit noch vor Erlass einer Rechtsverordnung nach § 17 Abs. 7 KHG über ein DRG-Optionsmodell 2003 Gelegenheit zu einer Äußerung über den zu Grunde liegenden Fallpauschalen-Katalog gegeben wird. Sie geben hierzu folgende gemeinsame Stellungnahme ab:

Nachdem die Gesamtverhandlungen der Vertragsparteien über das DRG-Optionsmodell 2003 am 24.06.2002 als gescheitert erklärt wurden, hat die Firma SBG, Berlin, die Handbücher im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) fertig gestellt:

- Eine Einbindung der Bundesärztekammer sowie der AWMF und ihrer Fachgesellschaften hat im Rahmen der Erstellung der Handbücher nicht stattgefunden.
- Die bei der Übertragung der australischen AR-DRG-Handbücher, Version 4.1 in die vorgelegten G-DRG-Handbücher genutzte Methodik wurde nicht transparent gemacht.
- Die einen systematischen Vergleich beider Fassungen ermöglichenden und die Übertragung nachvoll-

*Herausgeber: Geschäftsstelle der AWMF, Moorenstr. 5 Geb. 15.12, D-40225 Düsseldorf
Tel. (0211) 31 28 28; FAX (0211) 31 68 19, Redaktion: Wolfgang Müller M.A.
e-mail: awmf@awmf.org; WWW im Internet: <http://awmf.org>*

ziehbar machenden Mapping-Tabellen sind nicht zugänglich.

- Eine Validierung der Mapping-Tabellen mittels repräsentativer deutscher Krankenhausdaten ist ebenso unterblieben.

Diese intransparente Vorgehensweise macht eine vollständige Bewertung der in den G-DRG-Handbüchern vorgenommenen Zuordnungen deutscher ICD-10-SGBV- und insbesondere OPS-301-Kodes zu den einzelnen Fallpauschalen innerhalb der kurzen verfügbaren Zeit nicht möglich.

Bereits bei der stichprobenhaften Prüfung wird jedoch deutlich, dass die vorgelegten G-DRG-Handbücher das nach dem Begleittext ihrer Veröffentlichung vorgegebene Ziel einer im Vergleich mit der australischen Version „möglichst unveränderten Fallgruppenzuordnung“ verfehlen. Insbesondere durch die vorgenommenen DRG-Zuordnungen der nicht 1:1 auf die australischen MBS-Kodes überleitbaren deutschen OPS-301-Prozedurenkodes resultieren teils erhebliche Änderungen der Fallgruppendefinitionen. Diese sind hauptsächlich darauf zurück zu führen, dass

- unspezifische MBS-Kodes auf spezifische OPS-301-Kodes gemappt wurden.

Beispiel: Der den Kraniotomie-DRGs B02A, B02B, B02C zugeordnete unspezifische MBS-Kode 50200-00 [Biopsy of bone not elsewhere classified] wurde in der G-DRG Version 0.9 offensichtlich auf die OPS-301-Kodes 1-503.- [Biopsie an Knochen durch Inzision] sämtlicher Lokalisationen übertragen. Dies würde dazu führen, dass z. B. eine während eines stationären Aufenthalts mit neurologischer Hauptdiagnose durchgeführte Knochenbiopsie an der Großzehe in die Abrechnung einer der sehr hoch bewerteten o. g. Kraniotomie-DRGs münden kann.

- einzelne OPS-301-Kodes Fallgruppen zugeordnet wurden, obwohl diese Leistungen in der australischen Version nicht zu finden sind

Beispiel: Den DRGs L06A und L06B für „Kleine Eingriffe an der Harnblase“ wurde in der G-DRG Version 0.9 der OPS-301-Kode 8-020.1 [Therapeutische Injektion Harnorgane] zugeordnet, ohne dass diese Leistung in der australischen Vorlage enthalten wäre. Die Folge wäre, dass schon die Instillation eines Medikamentes über einen Blasenkatheter zur Abrechnung der im Vergleich mit einer konservativen DRG höher bewerteten DRGs L06A und L06B führen kann.

- und die völlig unspezifischen OPS-301-Kodes [Prozedur, nicht näher bezeichnet], welche keine Entsprechung im MBS besitzen, mit in die G-DRG-Zuordnung übernommen wurden und OPS-301-Kodes für [Sonstige Prozeduren (näher bezeichnet)] teilweise unscharf zugeordnet wurden.

Beispiel: Der DRG F20Z [Unterbindung und Stripping von Venen] werden in der deutschen Version eine Reihe sonstiger bzw. nicht näher bezeichneter Kodes zugeordnet (Naht von/Operativer Verschluss an Blutgefäßen, OPS-Kodes: 5-388.x -.y, 5-389.x, -.y). Diese unspezifischen Kodes bilden sowohl Eingriffe an venösen als auch an arteriellen Gefäßen ab. In der australischen Gruppierungslogik sind hier jedoch ausschließlich Verfahren an venösen Gefäßen aufgelistet. In der deutschen DRG F20Z sind zusätzlich Nahtverfahren an venösen Gefäßen aufgelistet, die nicht in der australischen Gruppierungslogik enthalten sind. Dazu gehören Nähte an der V. pulmonalis, cava superior, cava inferior und der oberflächlichen Venen.

Weil die hier nur exemplarisch beschriebenen Modifikationen sich nicht auf empirischer Datengrundlage, sondern „am grünen Tisch“ der beauftragten Firma ergeben haben, entsteht jenseits der durch das Mapping ohnehin in Kauf zu nehmenden Unschärfen in vielen Details eine Verfälschung der ursprünglichen DRG-Definitionen. Diese führen unweigerlich zu ökonomisch relevanten Verzerrungen der DRG-Kostengewichte mit der Folge entsprechender Fehlanreize in der Abrechnungspraxis. Sofern die Kalkulationsdaten den Fallgruppen bei der Ermittlung der Kostengewichte direkt entsprechend der G-DRG-Handbücher Version 0.9 zugeordnet werden, wird es kaum möglich sein, die sich aus einer unterschiedlichen Qualität der Kostendaten ergebenden Inkonsistenzen von den primär auf das Mapping zurück zu führenden Abweichungen zu unterscheiden. Dieses wird eine sachgerechte Anpassung der AR-DRGs an die deutsche Leistungswirklichkeit verzögern. Werden die in größerer Zahl vorhandenen mapping-bedingten Inkonsistenzen erst nach der abrechnungswirksamen DRG-Einführung behoben, werden die dadurch erhöhten Schwankungen der DRG-Kostengewichte die jahresübergreifende Planung und Vergleiche der Budgetentwicklung bei Krankenhäusern und Kostenträgern deutlich erschweren.

Auf Grund der sich bei erster Prüfung abzeichnenden gravierenden Mängel lehnen Bundesärztekammer und AWMF den Einsatz der unter erheblichem Zeitdruck, intransparenten Bedingungen und offenbar ohne die erforderliche Validierung entstandenen Version 0.9 der G-DRG-Handbücher als Grundlage eines abrechnungswirksamen DRG-Optionsmodells ab. Bundesärztekammer und AWMF waren an der Erstellung der Handbücher nicht beteiligt und weisen daher jede Mitverantwortung für daraus resultierende Fehljustierungen des einzuführenden DRG-Vergütungssystems von sich.

Zur Fehlerbereinigung wird die vollständige Offenlegung der Mappingtabellen, die Markierung und nachvollziehbar begründete Zuordnung kritischer Bereiche durch Fachgruppen mit anschließender Validierung anhand repräsentativer Echtdaten deutscher Krankenhäuser gefordert. Darüber hinaus müssen die in den AR-DRG-Versionen 4.2 und 5.0 vorgenommenen Fehler-

korrekturen bei der Erstellung der deutschen Übersetzung berücksichtigt werden. Die resultierende Rohfassung des G-DRG-Fallpauschalen-Katalogs könnte dann im Jahr 2003 auf Simulationsbasis verbindlich für alle Krankenhäuser eingesetzt werden. Auch hinsichtlich des Procedere bei der Kalkulation der DRG-Relativgewichte bestehen größte Bedenken: Angesichts der auch hier erfolgten Fremdvergabe des Kalkulationsauftrages und nicht transparenter Regeln bei der Kostengewichtsfestlegung haben viele Krankenhäuser, darunter die Mehrheit der Universitätskliniken die Einwilligung zur Weitergabe ihrer Kostendaten an einen kommerziellen Auftragnehmer nicht gegeben. Es ist zweifelhaft, ob die zur Auswertung gelangenden Kalkulationsdaten so noch als repräsentativ bezeichnet werden können. Bei Fortführung der Arbeiten innerhalb gemeinsam getragener Strukturen hätte die jetzt zusätzlich drohende Datenschiefelage vermieden werden können.

Ein weiteres Problem des nun weitgehend am grünen Tisch entstehenden Optionsmodells ist die unter anderem noch ungelöste Frage der DRG-externen Zusatzentgelte nach § 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG und der „Sons-tigen Entgelte“ nach § 6 Absatz 1 KHEntgG: Art und Umfang der aus den DRGs herauszunehmenden Leistungen sollten eigentlich vor der Festlegung der DRGs und ihrer Relativgewichte bekannt sein. Auch die dringend erforderliche Beantwortung der Frage, wie die im DRG-System nur unzureichend abgebildeten Leistungsbereiche wie z. B. Intensivmedizin, Onkologie und Transplantationsmedizin unter den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des künftigen DRG-Vergütungssystems noch adäquat finanziert werden können, wird durch ein solches Vorgehen unnötig verzögert. Somit ist zu befürchten, dass sich das G-DRG-Optionsmodell 2003 in der tatsächlichen Praxis weniger als Annäherung des als Basis gewählten australischen AR-DRG-Systems an die deutsche Leistungswirklichkeit, sondern als dessen „Entstellung“ erweisen wird. Dieses wird dem weiteren Fortgang der Einführung des neuen Fallpauschalensystems insbesondere auf Grund der zu erwartenden negativen präjudizierenden Wirkung einer mit deutlichen Mängeln behafteten G-DRG-Erstfassung mehr schaden als nützen.

Ein Vergütungssystem, das Krankenhauserlöse von jährlich bis zu 50 Milliarden Euro verteilen soll und durch seine Anreize auch die angrenzenden Versorgungsbereiche beeinflussen wird, muss unter für alle Beteiligten rechtzeitig transparenten Bedingungen eingeführt werden. Auf der Seite der für die Systemeinführung verantwortlichen Institutionen müssen klare Zuständigkeiten, feste Ansprechpartner und handlungsfähige Entscheidungsstrukturen bestehen. Vieles davon ist zwei Monate vor Ablauf der Entscheidungsfrist der Krankenhäuser für den optionalen DRG-Eintritt ab 2003 noch nicht erkennbar.

Bundesärztekammer, AWMF und Fachgesellschaften haben den Vertragsparteien der Selbstverwaltung seit der gesetzlichen Vorgabe der Einführung eines DRG-Vergütungssystems mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 17.12.1999 wiederholt, aber leider vergeblich eine enge und kontinuierliche Kooperation mit dem Ziel einer sachgerechten Umsetzung der erforderlichen Anpassungsmaßnahmen angeboten. Bundesärztekammer und AWMF erneuern und bekräftigen an dieser Stelle ihr Angebot einer Zusammenarbeit mit Politik und Selbstverwaltung unter realistischen Zeitvorgaben und innerhalb klarer Entscheidungsstrukturen. Sie richten zu diesem Zweck eine Ständige Fachkommission für das DRG-Vergütungssystem mit festen Ansprechpartnern für die betroffenen Fachgebiete ein. Diese Fachkommission steht auch für eine weitere Zusammenarbeit zur Verfügung.

Bundesärztekammer und AWMF weisen darauf hin, dass ein Projekt von der Tragweite der DRG-Einführung nur in Kooperation mit den maßgeblich Betroffenen zum Erfolg führen kann. Zusammenfassend erneuern Bundesärztekammer und AWMF ihre mehrfach vorgetragene Forderung, lieber auf die übereilte Einführung eines nur ungenügend übersetzten und auf die Anwendung in Deutschland hin angepassten DRG-Systems zu verzichten, als mit aller Gewalt ein die Umsetzung neuer Finanzierungsformen eher behinderndes denn förderndes System durchsetzen zu wollen.

Bundesärztekammer und AWMF halten es für den falschen Ansatz und falschen Weg, die Leistungen der Krankenhäuser auf der Basis eines nicht geprüften, nicht validen und noch dazu in sich unstimmen DRG-Systems zu vergüten. Eine besondere Gefahr sehen Bundesärztekammer und AWMF in der Verstärkung der Fehl-anreize, die mit dem jetzt vorgelegten Entwurf gesetzt werden. Bundesärztekammer und AWMF sehen weder medizinisch, noch technisch oder kalkulatorisch die Voraussetzungen für eine verantwortungsbewusste Umsetzung des gesetzlich angestrebten Optionsmodells 2003 erfüllt. Sie fordern daher nochmals, das G-DRG-System im Jahr 2003 zunächst im Rahmen einer Simulation auf bundesdeutscher Datenbasis zu validieren und die vorhandenen groben Fehler zu bereinigen. Ein abrechnungsrelevanter Einsatz des neuen Vergütungssystems für Krankenhausleistungen unter geschützten Bedingungen kommt erst dann in Betracht, wenn ein ausreichend geprüfter und mit der Selbstverwaltung konsentierter Entwurf des G-DRG-Systems vorliegt.

In diesem Zusammenhang haben Prof. Encke (Präsident der AWMF) und Prof. Hoppe (Präsident der BÄK) folgendes Schreiben gerichtet an die:

- Spitzenverbände der Krankenkassen
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Bundesministerium für Gesundheit
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands

Nachrichtlich:

- Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaften

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 3. September 2002 hat der BMG eine Anhörung der AWMF und der Bundesärztekammer zum vorliegenden G-DRG Katalog in der Version 0.9 durchgeführt. An dem Gespräch nahmen auch Vertreter der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) teil.

Die Bundesärztekammer und die AWMF haben deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die G DRG in der vorliegenden Version aus verschiedenen Gründen (siehe beiliegende Stellungnahme) aus medizinischer Sicht nicht akzeptabel sind und deshalb eine Zustimmung als Abrechnungsgrundlage nicht in Betracht kommen kann. An den BMG wurde dringend appelliert, auf dieser Grundlage keinen Optionsstart 2003 zu erzwingen. Diesem Votum wurde eigentlich nur vom Vertreter der AOK widersprochen; Ersatzkassen, DKG und VUD haben sich uneingeschränkt und zum Teil mit weiteren Gesichtspunkten gegen die abrechnungswirksame Umsetzung des vorgelegten Optionsmodells 2003 ausgesprochen.

Die Diskussion fokussierte sich dann nach dieser nahezu einhelligen Kritik auf eine Bestandsaufnahme, die zum Ausdruck brachte, dass unter einer unveränderten Beibehaltung der Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung für 2004 die große Gefahr gesehen wird, dass die sachlichen und fachlichen Grundlagen für die DRG Einführung nicht in der gebotenen Güte vorliegen dürften. Insbesondere AWMF, BÄK und VUD haben erhebliche Zweifel geäußert, ob die Selbstverwaltung nach ihrem bisherigen Scheitern in einem Jahr die gestellten Aufgaben erledigt haben wird.

Die Hauptkritik von AWMF, BÄK und VUD besteht seit zwei Jahren darin, dass die Selbstverwaltung der Aufgabe einer Revision des als Basis gewählten australischen DRG Katalogs an die Gegebenheiten der deutschen Medizin nicht nachgegangen ist, und dass der angebotene medizinische Sachverstand der Fachgesellschaften und Ärztekammern nicht eingeholt wurde. Im Ergebnis sind u.a. weite Teile der modernen Krebsmedizin, der Intensivmedizin, der Transplantationschirurgie, der chronischen Erkrankungen sowie Leistungsschwerpunkte aus einzelnen Fächern in den DRG Fallpauschalen nur völlig unzureichend oder überhaupt nicht erfasst. Dies betrifft insbesondere die nichtoperative Medizin.

Der zweite wesentliche Kritikpunkt besteht darin, dass die Selbstverwaltungsparteien im Unterschied zur australischen Finanzierungspraxis bisher keinerlei Fortschritte dabei erzielt haben, einen sachgerechten Katalog von Zusatzentgelten zu formulieren und zu kalkulieren, mit dem insbesondere teure Chemotherapeutika, Immunpräparate, teure Implantate usw. neben den DRG erfasst und abgerechnet werden können.

Ohne diese beiden Überarbeitungen muss jeder Versuch scheitern und zu absurden Ergebnissen führen, ein deutsches DRG System zu konzipieren.

Diese vorwiegend medizinisch geleiteten Revisionsarbeiten können nur in einem kontrollierten Dialog mit den medizinischen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer erledigt werden. Diese Arbeiten müssen aber auch so gesteuert werden, dass der gesetzlich und vertraglich vorgesehene zahlenmäßige Rahmen der DRG nicht gesprengt wird, der Katalog von Zusatzentgelten nicht unendlich ausfällt und die Fachgesellschaften nicht egoistisch versuchen, statistisch nicht bedeutende Spezialitäten in dieses System einzubringen.

Die AWMF hat in der Anhörung am 3. September 2002 in Bonn angeboten, diesen Prozess der medizinischen Revision der DRG und der Listung von Zusatzentgelten zwischen der Selbstverwaltung und den Fachgesellschaften und der BÄK zu strukturieren und zu moderieren. Wir halten es durchaus für möglich, diese Arbeit beginnend am 1.10.2002 zeitgerecht für den Einsatz des DRG Systems im Jahr 2004 zu erledigen.

Der BMG hat in der Unterredung unverändert auf die Zuständigkeit der Selbstverwaltung verwiesen. Deren Vertreter haben im Prinzip unserer Bestandsanalyse und unseren Vorschlägen nicht widersprochen. Der BMG hat aber auf Anfrage angeboten, sich an dieser Arbeit als Gast zu beteiligen. Ich wende mich deshalb an Sie mit der dringenden Bitte, sich auf diese Vorgehensweise zu verständigen. Wir glauben, dass auf diesem Wege nicht nur die wesentlichen sachlichen Voraussetzungen eines DRG-System in Deutschland endlich geschaffen würden. Es könnte auf diese Weise auch eine Akzeptanz in der Ärzteschaft für ein derartiges System begründet werden, deren Wert sich für alle Beteiligten letztlich als großer Nutzen erweisen würde.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich kurzfristig zu unseren Vorschlägen rückäußern könnten.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Prof. Dr. A. Encke, Präsident der AWMF

Prof. Dr. Jörg D. Hoppe, Präsident der BÄK