



## Bericht von der Mitgliederversammlung der BNLD am 23. Juni 2001 in Fulda

### 1. Einführung von DRGs und deren Bedeutung für die Labordiagnostik

Vortrag von Prof. Dr. G. Neubauer,  
Institut für Gesundheitsökonomik (IfG)



Die stetig steigenden Ausgaben für die Krankenhäuser zwingen den Gesetzgeber zu Maßnahmen, diese zu stabilisieren, wenn er den Beitragssatz der Krankenkassen stabil halten will. Dies soll durch eine Steigerung der Effizienz erreicht werden. Das Mittel hierfür ist eine leistungsbezogene Vergütung und die Erhöhung der Leistungstransparenz.

Eine leistungsbezogene Vergütung setzt sich zusammen aus zählbaren Einzelleistungen und einer Bewertung (z.B. Preis) dieser Leistungen. Zusätzlich müssen Zusatzleistungen berücksichtigt werden, die sich nicht unmittelbar in der Zahl erbrachter Leistungen ausdrücken. Hierzu könnten Aufwendungen für Ausbildung, Vorhalteleistungen für eine flächendeckende Versorgung oder Forschungsaufgaben zählen. Sehr wahrscheinlich wird aber nur das Thema Ausbildung Berücksichtigung finden.

Bisher wird als Leistungseinheit im Krankenhaus im wesentlichen der Pflgetag verwendet. Mit der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) gibt es nur noch die Leistungseinheit „Fall“, bei der verschiedene Diagnosen und/oder Prozeduren in einer Gruppe zusammengefasst werden. Für die Auswahl und Festlegung des Fallgruppensystems wurde ein Zeitfahrplan entwickelt, der nach Auswahl und Anpassung des Systems bis 31.12.2001 eine budgetneutrale Umsetzung für die Jahre 2003 und 2004 vorsieht. 2005 und 2006 erfolgt stufenweise eine Anpas-

sung der Budgets, ab 2007 ist das System dann uneingeschränkt in Kraft.

Als Fallgruppensystem wurde leider ein System ausgewählt, das bisher nirgends in Europa eingesetzt wird, weshalb der europäische Vergleich erschwert wird. Sicherlich muss dieses System in späteren Jahren angepaßt werden. Die ausgewählten AR-DRGs (Australien Refined DRGs) unterscheiden sich von anderen DRG-Systemen dadurch, dass sie teilweise eine unterschiedliche Bewertung der Fälle nach Schweregrad und Komplexität zulassen. Nach Übersetzung und Anpassung an deutsche Bedingungen entstand so ein System von 645 Fallgruppen, das als G-DRG-System (German-...) bezeichnet wird und das bis zu 4 verschiedene Schweregrade kennt.

Bevor eine Vergütung für diese Fallgruppen festgelegt werden kann, müssen zunächst einmal die Kosten für diese Fälle ermittelt werden. Hierzu wurde eine Kalkulationssystematik entwickelt, die in folgende Teilschritte gegliedert werden kann:

1. Ausgrenzung aller Kosten, die nicht DRG-relevant sind (Ausbildung, Forschung etc.).
2. Verursachungsgerechte Kostenverteilung auf die verschiedenen Kostenstellen.
3. Zuweisung der Kosten zu 8 Kostenartengruppen (Löhne, Wirtschaftsbedarf, Verwaltungsbedarf, direkte Kosten etc.).
4. Kostenträgerrechnung (Zuordnung der Kosten zum jeweiligen Träger der Kosten, d.h. dem Fall).
5. Zusammenfassung der Kostenstellen in 11 Kostenstellengruppen, unter denen das Labor als Nr. 8 berücksichtigt ist. Darstellung der Kosten als Matrix, deren eine Komponente die Kostenartengruppen und deren zweite Komponente die Kostenstellengruppen sind.

Sind auf diese Weise die Kosten je Fall in den Krankenhäusern ersichtlich und vergleichbar, dann muß eine Bewertung der DRGs erfolgen, d.h. ein Preis dafür festgelegt

werden. Bisher wird davon ausgegangen, dass die Bewertung so erfolgt, dass das Gesamtbudget der Krankenhäuser von 100 Mrd. DM konstant bleibt. Es gibt aber schon heute starke Argumente dafür, das Budget bei diesem Schritt herab zu setzen. Ungeklärt ist auch die Frage, ob die Bezugs Ebene (Bewertung des durchschnittlichen Fallwertes mit dem Schweregrad 1) bundes- oder länderweit gelten soll und ob sich die Relation zwischen den DRGs (das Relativgewicht) direkt aus den Durchschnitten der Kostenanalyse ergibt.

Sind die Relativgewichte der DRGs zum Basiswert festgelegt, dann kann für jedes Krankenhaus ein Durchschnitt der Relativgewichte aller Fälle (Case Mix Index, CMI) bestimmt werden. Das Krankenhausbudget ist dann das Produkt aus der Anzahl der Fälle, dem CMI und der Vergütung für den Basisfall. Dieses Budget wird zwei Jahre lang neben dem bisherigen Budget als Schattenbudget bestehen. Dann erfolgt die Konvergenzphase, in der die Differenz beider Budgets zunächst zu 33 %, dann zu 66 % und schließlich zu 100 % berücksichtigt wird.

Versucht man die Auswirkung auf die Krankenhäuser vorherzusehen, dann erkennt man, dass bestehende Trends fortgesetzt und teilweise beschleunigt werden. Die steigenden Fallzahlen werden weiter steigen und die Verweildauer der Fälle wird weiter sinken. Angesichts der hohen Differenz in der Verweildauer zwischen BRD und USA ist auch nicht anzunehmen, dass diese Entwicklung in den nächsten 10 Jahren ein Ende finden wird. Sie wird begleitet werden von einer Zunahme an Tagesfällen und einer Neugliederung der poststationären Phase.

Die Verkürzung der Verweildauer wird den Trend zum Bettenabbau (10 % in den letzten 7 Jahren) und damit den Trend zur Schließung von Krankenhäusern (4,3 % in den letzten 7 Jahren) weiter beschleunigen. Bei der Vorhersage für die Krankenhausschließungen müssen öffentliche, freigemeinnützige und private Häuser unterschieden werden: während letztere bis 2010 wahrscheinlich einen Zuwachs von 33 % erfahren werden, nehmen erstere um bis zu 62 % ab. Nur die freigemeinnützigen Häuser werden zahlenmäßig in etwa unverändert bleiben. Der Anteil, den 4 Krankenhausketten am Gesamtmarkt haben, wird sich dabei nahezu verdoppeln.

Auch in der Labordiagnostik werden sich die bestehenden Trends fortsetzen, Zentralisierung und Outsourcing werden zunehmen. Ein Anstieg von Laborleistungen wird in den Bereichen zu erwarten sein, wo sie zur Verkürzung der Liegezeiten beitragen. Die Diskussion, ob Labordiagnostik eine gewerbliche oder eine ärztliche Tätigkeit ist, wird neu belebt werden.

Alle diese Entwicklungen werden den wahlabhängigen Zyklus von Gesundheitsreformen kaum beeinflussen. Eine erneute Reform im Jahr 2004, die die Finanzierungsbasis und den Wettbewerb der Krankenhäuser betrifft, ist vorhersehbar. Ebenso erscheint eine Reform zur Europäisierung des Gesundheitswesens für das Jahr 2008 wahrscheinlich.

## 2. Bedeutung der DRGs für das Labor aus Sicht der Industrie

Vortrag von Henning von Eicke, Roche Diagnostics



Die Einführung der DRGs zwingt die Krankenhäuser zur Steigerung der Effizienz ihrer Behandlung. Im Mittelpunkt steht nicht mehr das Abteilungsdenken, sondern die Optimierung des Behandlungsfalles durch Absenken des Inputs oder Erhöhung der Fallzahlen.

Die Rolle des Labors muss in allen Teilschritten der Behandlung hinterfragt

werden. Der Weg des Patienten von Anamnese über Diagnose und Therapieauswahl bis hin zur Therapie und Nachsorge wird von einer Vielzahl von Laboruntersuchungen begleitet, von denen gezeigt werden muss, dass sie Einfluss auf die Behandlungsrisiken haben, da jedes Behandlungsrisiko auch ein Kostenrisiko darstellt. Dem Labor kommt hierbei die Aufgabe zu, den Behandlungsprozess zu steuern und zu optimieren. Dies kann an der Bestimmung des Troponin T als Marker für eine Myokardschädigung beispielhaft gezeigt werden.

Diese Zukunftsaufgabe des Labors steht sicherlich im Mittelpunkt der Betrachtungen. Die Annahme, das Labor würde schon allein deshalb aufgewertet werden, weil es wesentlich zur Festlegung der Schweregrade und der Erfassung der Begleiterkrankungen beiträgt, erscheint trügerisch. Es sind lediglich 20 DRGs, bei denen Laboruntersuchungen auf die Beurteilung des jeweiligen Schweregrades Einfluss nehmen.

Aus diesem Grund muss auch das Labor selbst seine Effektivität steigern. Die Schnelligkeit etwa der mikrobiologischen Diagnostik hat unmittelbaren Einfluss auf die Liegezeit und damit auf die Kosten eines Falles. Auch der Einsatz von Point-of-care-Tests (POCT) kann hierbei zunehmende Bedeutung erlangen. Es wird wesentlich darauf ankommen, die Bedeutung von Laboruntersuchungen in den Standard Operating Procedures (SOPs), die den gesamten Behandlungsfall im Krankenhaus abdecken werden, festzulegen. Kooperative Zusammenarbeit zwischen Labor und Klinik ist hierfür zwingende Voraussetzung.

Durch all diese Betrachtungen wird der Dienstleistungscharakter des Labors in den Vordergrund gestellt. Dabei ist nicht nur das Kerngeschäft, die Erstellung und Übermittlung von Laborergebnissen, von Bedeutung, sondern auch alle ergänzenden Dienstleistungen. Diese reichen von Controllingaufgaben für Stationen und Verwaltung über Abholung von Proben bis zur Schulung und Betreuung derjenigen, die Labordaten interpretieren und weiter verarbeiten.

### 3. Diskussion

Im Mittelpunkt der Diskussion beider Vorträge standen die noch offenen Punkte des zukünftigen DRG-Systems. Nach welchem Zeitraum ist die Wiederaufnahme eines Patienten ein neuer Fall und wann fällt sie unter die Gewährleistungspflicht? Gibt es in Deutschland überhaupt eine Region, in der mit dem Argument der flächendeckenden Versorgung Zuschläge begründet werden können? Was wird die Mindestgröße eines Krankenhauses sein, damit es mit der DRG-Vergütung noch zurecht kommt? Kann POCT wirklich Kosten minimieren? Zu allen diesen Fragen kann bis heute keine verbindliche Stellungnahme abgegeben werden.

### 4. Berufspolitische Teil

Zu Beginn der Mitgliederversammlung wurde Prof. Dr. rer. nat. Walter Appel zum Ehrenvorsitzenden der BNLD ernannt (s. Laudatio in diesem Heft).

Prof. W. Ebert stellte in seinem Rechenschaftsbericht die umfangreichen Aktivitäten der Berufsvereinigung dar. Er versuchte dabei eine Bilanz zu ziehen zwischen den auf zwei Mitgliederversammlungen und einem Brainstorming geplanten Vorhaben und den bis heute davon umgesetzten Punkten.

Das Fernziel einer Legitimation der beruflichen Tätigkeit der Naturwissenschaftler in der Labordiagnostik ist noch lange nicht erreicht. Der Weg, durch konstruktive Sachlichkeit Einfluss zu nehmen hat sich immer wieder als erfolgreich gezeigt. Gesetze und Richtlinien wurden gemäß der Stellungnahmen der BNLD angepaßt und so verändert, dass sie die Berufsfreiheit der Naturwissenschaftler nicht einengen. Beim Infektionsschutzgesetz wurde sogar erstmals der Spielraum der Berufsfreiheit erweitert, weil die Beschränkung des Bundesseuchengesetzes auf nicht meldepflichtige Erreger entfiel.

In der Deutschen Diagnostika Gruppe (DDG) ist die BNLD durch Herrn Dr. Franz-Joachim Schott repräsentiert, der im April 2001 als Nachfolger von Prof. Dr. Walter Appel in den Vorstand gewählt wurde.

Bei zahlreichen Kontakten zu anderen Verbänden hat sich die Annäherung zu den Vereinigungen der Biologen als besonders bedeutsam gezeigt. Stellungnahmen der BNLD wurden in deren Verbandszeitschrift übernommen und Absprachen zu gemeinsamen Arbeitsweisen wurden getroffen. Dies hat sich auch positiv auf die Mitgliederzahl ausgewirkt.

Dieser positiven Bilanz steht eine negative Seite gegenüber. Die immer umfangreicher werdende Vorstandsarbeit wird von wenigen Schultern schwer getragen. Zwar wurde der Vorstand durch die Mitarbeit der Kollegen Weinstock, Gässler, Fritze, Schnitzler, Muley und Kaiser kräftig unterstützt, viele geplante Aktivitäten blieben dennoch unerledigt. Es konnten noch immer keine stabilen Kontakte zur Industrie, zum VDP (Verband der Diagnostika-Industrie e.V.), zu den Kassen oder den Behörden hergestellt werden. Auch die Öffentlichkeitsarbeit hat ihr angestrebtes

Ziel noch nicht erreicht, wenn auch die BNLD in der Zeitschrift „Clinical Laboratory“ als offiziellem Mitteilungsorgan und in den Instand-Informationen regelmäßig vertreten ist. Einzelvorhaben, wie beispielsweise die Themen Qualitätsmanagement (QM), regionale Labornetze oder der Arztvorbehalt in Europa wurden noch nicht einmal begonnen.

Im Mittelpunkt der zukünftigen Vorstandsarbeit muss die Schaffung eines dauerhaften Weiterbildungskonzeptes stehen. Die Treffen mit den Verbänden der Biologen zeigen erste Lösungswege hierfür auf. Der Helmholtzbund kann bei diesem Weg nicht mehr berücksichtigt werden, da er sich zum Jahreswechsel 2000/2001 aufgelöst hat.

Der Bericht wurde durch die Stellungnahmen des zweiten Vorsitzenden, des Schriftführers und des Schatzmeisters ergänzt. Prof. Appel und Dr. Bauersfeld berichteten über den Stand der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätskontrolle. Bei der Anhörung am 5. Juni dieses Jahres wurde der Text zum letzten Mal durchgearbeitet. Er enthält immer noch die rechtlich fragwürdige Anzeigepflicht von Naturwissenschaftlern gegenüber den Ärztekammern und eine Präambel, die keinen Bezug zu dem Gesetz hat, auf dessen Grundlage die Richtlinien verbindlich sein sollen. Von besonderer Bedeutung wird es sein, dass für POCT eine externe Qualitätskontrolle vorgeschrieben sein wird, die aber nicht erfolgen muss, wenn die Qualitätssicherung unter der Kontrolle eines Labors mit fachlicher Leitung erfolgt.

Bei der anschließenden Neuwahl wurde PD Dr. Norbert Gässler zum ersten und Prof. Dr. Werner Ebert zum zweiten Vorsitzenden gewählt. Dr. Walter Bauersfeld wurde als Schriftführer und Dr. Paul-Anton Grathwohl als Schatzmeister wiedergewählt. In den erweiterten Vorstand wurden Dr. Weinstock und Dr. Fritze gewählt. Die Amtszeit des neuen Vorstandes beginnt am 1. Januar 2002.

W. Bauersfeld

Nichtmitglieder können eine ausführliche Zusammenfassung der beiden Vorträge, welche auch einen großen Teil der Diavorlagen enthält, gegen Überweisung von DM 20.- auf das Konto der BNLD bei der Landesbank Baden-Württemberg (Kto.Nr. 800 766 5, BLZ 600 501 01) unter Angabe ihrer vollständigen Postadresse beziehen.