

G-DRGs 2006: Was hat sich geändert?

KGNW-Forum 2005

Düsseldorf, den 10. November 2005

Dr. Michael Schmidt, InEK gGmbH

Agenda

1. Kalkulationsbasis für Weiterentwicklung
2. Katalogänderungen
 - Belegärztliche Versorgung
 - Teilstationäre Leistungen
 - Zusatzentgelte
 - Medizinische Schwerpunkte
 - Bezugsgröße
3. Nächste Schritte im InEK

Kalkulationsbasis

Krankenhäuser

➤ Krankenhäuser mit Kalkulationsvertrag	221
➤ Krankenhäuser mit Datenlieferung	214
davon „Neueinsteiger“	81
➤ Universitätsklinika	9
➤ „Aussteiger“	14

Kalkulationsbasis

Falldaten

Fallzahl (Kosten- und Leistungsdaten)		
	Rohdaten (Maximum)	Nach Abschluss Plausibilisierungen
Gesamt	3.531.760	2.851.819
Hauptabteilung	3.115.925	2.570.430
Belegabteilung	47.827	31.811
Teilstationär	368.008	249.578

Kalkulationsbasis: Verweildauer-Analyse

V2005 (§21-Daten 2003) vs. V2005 (§21-Daten 2004)

Mittelwert Verweildauer

§21-Daten 2003: **8,04** Tage

§21-Daten 2004: **7,75** Tage

(Datenbasis: Fälle in Hauptabteilung, med. plausibilisiert,
ohne nicht bewertete DRGs und expl. Ein-Belegungstag-DRGs)

Vorschlagsverfahren

- 124 (-59) Vorschläge von Fachgesellschaften und Verbänden
- 104 (+30) Vorschläge anderer Einsender
- 1.070 „plus“ (+147) rechenbare Vorschläge
 - Etwa 15% davon umgesetzt oder „Problematik im Sinne des Vorschlags gelöst“

G-DRG-System 2006

➤ DRGs	954 (+76)
davon im FP-Katalog	912 (+67)
davon nicht bewertet (Anlage 3)	40 (+ 7)
davon rein teilstationäre DRGs	2 (+ 2)
➤ Ein-Belegungstag-DRGs	
Explizit	17 (- 2)
Implizit	241 (+25)

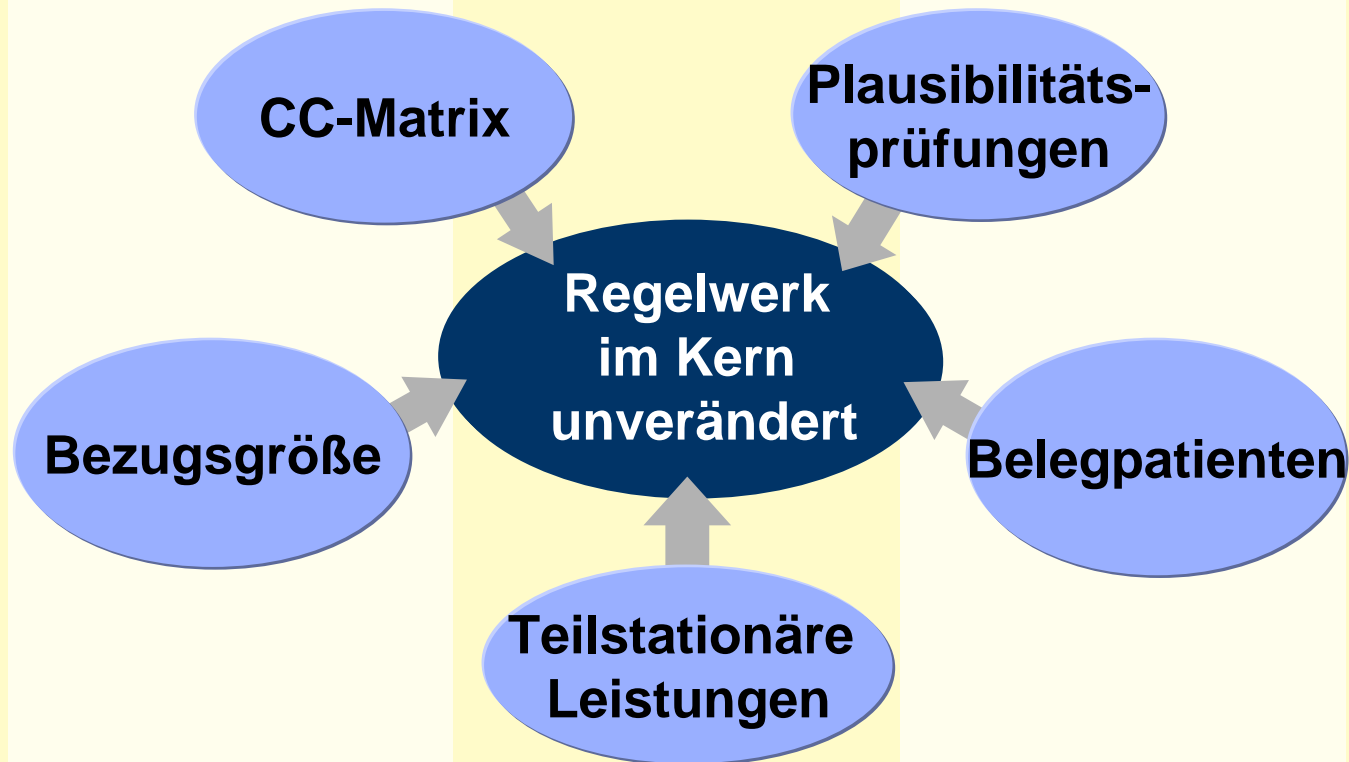
Güte des Systems

Die Systemgüte kann mit dem **Varianzreduktionsmaß R^2** angegeben werden.

	G-DRG-System Version 2005	G-DRG-System Version 2006	Verän- derung
Alle Fälle	0,6388	0,6805	+6,5%
Inlier	0,7796	0,7884	+1,1%

Methodik: Weiterentwicklungen

Übersicht



Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Lösungsansatz

- Dreistufiger Ansatz:
 1. DRG-Kalkulation soweit wie möglich
 2. Analytische Ableitung für übrige DRGs weiterentwickelt
 3. Vollständige Verweildauer-Kalkulation

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Kalkulationsbedingungen

- Keine Mischfälle
- Mindestens 40 (80) Fälle pro DRG
- Mindestens 3 Krankenhäuser
- Homogenitätskoeffizient von mindestens 65% (70%)
- Dominanzkriterium von maximal 66% (50%)

In Klammern: Verschärfung bei DRGs mit Differenz zur HA >30%

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2006 - Kalkulation

- 16.678 Fälle
- 54 kalkulierte DRGs
- Entspricht 63% aller Belegfälle der §21-Daten

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Lösungsansatz – normativ-analytische Ableitung

- Ausgangsgröße: mittlere Kosten Hauptabteilung
- Abzug der Personalkosten für ärztlichen Dienst und/oder für Hebammen
- Veränderung des Ergebnisses um tagesabhängige Kosten auf der Normalstation für Pflege, Funktionsdienst und Infrastruktur bei Verweildauerunterschied zwischen Haupt- und Belegabteilung in Verweildauerstrukturanalyse (§21-Daten)
- Absicherung gegen Zufallseinflüsse in §21-Daten

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2006 – analytische Ableitung

- 483 DRGs mit Verweildaueranpassung
- 211 DRGs ausschließlich mit Abzug Personalkosten für ärztlichen Dienst und/oder Hebammen
- 164 DRGs werden gar nicht getroffen (§21-Daten)
= kein Ausweis im Fallpauschalen-Katalog 2006

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2006

Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu
Bewertungsrelation Hauptabteilung

	DRG kalkuliert	DRG abgeleitet
Bis 10%	3	188
Über 10% bis 20%	7	477
Über 20% bis 30%	25	29
Über 30% bis 40%	17	
Über 40% bis 50%	2	
Mittelwert (FZ-gew.)	27,06%	15,07%

Teilstationäre Leistungen

Ausgangssituation

- Expliziter Kalkulationsauftrag der Selbstverwaltung
- Ergänzung des Kalkulationshandbuches
- Umstellung auf kontaktbezogene Kalkulation
(Im Mittel 5 Kontakte je Behandlungsfall)
- Ziel: Fallzusammenführung über Patientennummer

Teilstationäre Leistungen

Kalkulationsbedingungen

- Mindestens 150 Kontakte je DRG (ca. 30 Fälle)
- Mindestens 3 Krankenhäuser
- Dominanzkriterium maximal 66% für 1 Haus
- Dominanzkriterium maximal 95% für 2 Häuser
- Homogenitätskoeffizient mindestens 55%

Teilstationäre Leistungen

Ergebnis für 2006

- 2 tagesbezogene DRGs (Dialyse),
davon 1 unbewertet (Kinderdialyse)
als Teil c) des Kataloges
- Für die übrigen Leistungen weiterhin kranken-
hausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Zusatzentgelte

Kriterien und Voraussetzungen

- Tritt bei mehreren DRGs auf
- Definierbare Leistung
- Sporadisches Auftreten ohne feste Zuordnung zu DRGs
- Kosten von relevanter Höhe für Gesamtsystem
- „Schieflage“ bei der Leistungserbringung

Unverändert!

Zusatzentgelte

Berechnung

- Berechnungsmethodik wie im Vorjahr
 - Mehraufwand außerhalb der Streuung der DRG
- Kostenbereinigung im regulären Datensatz
- Mindestanforderungen bezüglich Fallzahl, DRG-Mix, Dominanzkriterium
- Umfangreiche Plausibilisierungen

Unverändert!

Zusatzentgelte

Ergebnisse für 2006

- Untersuchte spezielle u. aufwändige Leist. 229 (+110)
- Gefordert im Vorschlagsverfahren: > 400
- Bewertete ZE in Anlage 2 FPV:
 - Dialysen und verwandte Verfahren 3 (+1)
 - Operative und intervent. Verfahren 8 (-2)
 - Medikamente und Blutprodukte 29 (+6)
- Definierte ZE nach §6 Abs. 1 KHEntgG 42 (+6)
- Neu über Klassifikation abgebildete Leistungen 6

Zusatzentgelte

Fazit und Ausblick

- Überprüfung jedes bestehenden Zusatzentgelts auf
 - Rückführung in die Klassifikation
 - Streichung
- Darstellung in den Anlagen 2 bis 6 stellt Eindeutigkeit des Abrechnungsschlüssels im §301-Verfahren sicher

Klassifikatorische Überarbeitung

Übersicht



Unfallchirurgie

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Neue Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ als belastbares Splitkriterium
- Logik: Mindestens zwei (nicht banale) Eingriffe an verschiedenen (und nicht unmittelbar benachbarten) Lokalisationen
- Schärfung der Polytrauma-Zuordnung (insbesondere Aufwertung Wirbelsäulenverletzungen; Abwertung unspezifischer Kopfverletzungen)

Eingriffe an mehreren Lokalisationen

	Becken	Fuß	Hand	Hüftgelenk	Kniegelenk	Oberarm	Ober-schenkel	Schulterbl./Schlüsselb.	Schultergelenk	Unterarm	Unterschenkel	Wirbelsäule
Becken				X			X					X
Fuß											X	
Hand										X		
Hüftgelenk							X					
Kniegelenk							X				X	
Oberarm								X	X	X		
Oberschenkel												
Schulterblatt / Schlüsselbein									X			
Schultergelenk												
Unterarm												
Unterschenkel												
Wirbelsäule												

X

Funktion "Eingriff an mehreren Lokalisationen" TRUE
Gilt zugunsten eines belastbaren Splits nicht als "mehrere Lokalisationen"
Gleiche Lokalisation bzw. redundante Paare

Intensivmedizin

Weiterentwicklung für 2006

- Etablierung Intensiv-Scores (TISS/SAPS) als alternatives Splitkriterium in den Beatmungs-DRGs A06, A07, A11, A13
- Je eine neue DRGs für nicht langzeitbeatmete Patienten in den MDCs Herz/Kreislauf, Magen/Darm, Polytrauma
- hohe Einstiegsschwelle zur Minimierung von Missbrauchsmöglichkeiten (> 1.100 Punkte = mindestens 10-14 Tage maximal intensivbehandlungspflichtig)

Onkologie

Weiterentwicklung für 2006

- Differenzierung in 11 DRGs über OPS-Kodes nach Komplexität der Chemotherapie
- 1 DRG für hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff
- Partitionsübergreifende Sortierung im Kapitel Hämatoonkologie (MDC17)
- Differenzierung der Abbildung onkologischer Therapien durch 5 neue Zusatzentgelte für Medikamente, z.B. Liposomales Doxorubicin (ZE52), Cetuximab (ZE50)

Kinderonkologie

Weiterentwicklung für 2006

- Strukturelle Unterfinanzierung von onkologischen Therapien bei Kindern behoben
 - Zusätzliche Dosisklassen für 11 Zusatzentgelte (inklusive nicht-onkologischer)
 - Eingrenzung der Abrechenbarkeit des Zusatzentgelts nach Alter
 - unbewertetes Zusatzentgelt für „Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“

Schlaganfall-Behandlung

Ergebnis für 2006

- Split „Schlaganfall-DRGs“ B69 und B70 anhand „Komplexbehandlung Schlaganfall“ (24 bis 72 Std., > 72 Std.)
- **Achtung: Daten 2004 enthalten OPS-Kode 8.981.- nicht => falsch niedrige Einschätzung des CM(I)!!!!**
- 7 neue DRGs „Komplexbehandlung Schlaganfall“ zusätzlich zu 6 bestehenden DRGs

Bezugsgröße

Bisher

- Bestimmung der Bezugsgröße:
Mittleres Relativgewicht der Inlier in §21-Daten 1,0
- Normierung führt bei Katalogüberarbeitung
zu Liquiditätseffekten

Bezugsgröße

Neu

- Bestimmung der Bezugsgröße:
Konstanter nationaler Case-Mix in §21-Daten
(= konstante Summe effektiver Bewertungsrelationen in §21-Daten)
- Minimierung des nationalen Liquiditätseffektes

Bezugsgröße Datenbasis

- §21-Daten, plausibilisiert
- Keine Berücksichtigung von
 - Teilstationären Leistungen
 - Behandlungsfällen, die entweder im Katalog 2005 oder im Katalog 2006 nach Anlage 3 vergütet werden
 - Behandlungsfälle mit noch nicht identifizierbaren Attributen(z.B. Intensivscores = bessere Sortierung besonders teurer Fälle)

Bezugsgröße Datenbasis

- Soweit möglich Berücksichtigung von
 - Differenz Vollkostenbereinigung
Zusatzentgelt-Kalkulation 2005 vs. 2006
 - Katalogumbau Schlaganfall-Behandlung
Postulat: Verbesserte Verteilung gleicher Erlössumme
 - Hierfür Gesamtsumme Relativgewichte: 32.953

Bezugsgröße

- Die Bezugsgröße für 2005 betrug 2.974,89 €
Casemix V2005: 15.476.804

- Die Bezugsgröße für 2006 beträgt **2.836,00 €**
Casemix V2006: 15.443.851

- Delta Casemix: -32.953

Nächste Schritte InEK

- Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung
- Hinweise zu Zusatzentgelten in der Leistungsplanung
- Grouper und Definitionshandbuch 2006 möglichst wieder Anfang Dezember
- Abschlussbericht und Browser Dezember 2006

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**