

Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2006

KGW-FORUM 2005

am 10. November 2005 in Düsseldorf

Dr. Peter Steiner

Geschäftsführer

Dezernat II, Krankenhausfinanzierung und -planung

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

**Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland**

Wegelystrasse 3, 10623 Berlin

Telefon 030/39801-1200, Telefax 030/39801-3210, P.Steiner@dkgev.de

Datenlieferung vom **214 Krankenhäusern**, davon

- ⇒ 133 aus dem Vorjahr und **81 Neueinsteiger**
- ⇒ Neueinsteiger insbesondere kleinere Krankenhäuser
- ⇒ Verfeinerung der Plausibilisierung
(Fehlerverfahren der Datenstelle, inhaltliche Prüfung in 3 Stufen durch InEK)

	Rohdaten				Nach Plausibilisierung		
	2004	2005	Diff.		2004	2005	Diff.
Krankenhäuser	148	214	45%				
Gesamt	3.087.853	3.531.760	14%		2.283.874	2.851.819	25%
Hauptabteilungen	2.502.835	3.115.925	24%		2.060.482	2.570.430	25%
Belegabteilungen	34.436	47.827	39%		24.818	31.811	28%
Teilstationär	201.750	368.008	82%		198.574	249.578	26%

Medizinische Versorgungsbereiche

- ⇒ Intensivmedizin
- ⇒ Schlaganfallbehandlung
- ⇒ Pädiatrie und Kinderonkologie
- ⇒ Polytrauma / Mehrfachoperationen

Verfeinerung der Methodik

- ⇒ Systemhierarchie und Systemarchitektur
- ⇒ Katalog bei belegärztlicher Versorgung
- ⇒ Zusatzentgelte
- ⇒ Vermeidung des Liquiditätseffekts (Bezugsgrößeneffekts)

Neuaufnahme von Versorgungsbereichen

- ⇒ Teilstationäre Leistungen

Hierarchie des DRG-Gruppierungsalgorithmus

- ⇒ Grundsätzlich wird die erste „passende“ DRG (Partition) angesteuert, so dass aufwändige Fälle durch zusätzliche Leistungen in eine niedriger bewertete DRG gelangen (z. B. durch Gastroskopie).
- ⇒ Lösung durch Neusortierung der DRGs innerhalb einer MDC, zum Teil auch partitionsübergreifend.

Systemarchitektur

- ⇒ Aufhebung von Kondensationen (Zusammenführung medizinisch unterschiedlicher aber aufwandshomogener Fallgruppen).
- ⇒ Zurückbenennung von Z-DRGs in nach Splitkriterien differenzierte DRGs einer Basis-DRG (insgesamt 81 DRGs)

Transparenz für Systemwechsel 2005 zu 2006

- ⇒ Darstellung des Systemwechsels 2005 / 2006 durch eine Migrationstabelle

Kalkulation der Relativgewichte bei **belegärztlicher Versorgung**

- ⇒ 54 eigenständig kalkulierte belegärztliche DRGs (15 im Katalog 2005)
- ⇒ auf diese entfallen 63 % aller Belegfälle in den Daten nach § 21 KHEntgG
- ⇒ erhöhte Kalkulationsanforderungen gegenüber dem Vorjahr

Normativ-analytische Ableitung der Relativgewichte

- ⇒ Abzug der Arztkosten ohne Verweildaueranpassung bei 211 DRGs
- ⇒ Verweildaueranpassung der DRGs für Hauptabteilungen bei 483 DRGs
 - maximal 20 % Verweildauerdifferenz als plausibel akzeptiert
 - Verweildauerabhängige Anpassung in beide Richtungen
 - Anpassung nur der verweildauerabhängigen Kosten (Normalstation)
 - regelgebundene Ableitung von UGV und OGV

G-DRG Katalog 2005

- ⇒ Erstmals größere Anzahl von Zusatzentgelten kalkuliert
 - ergänzende Abfragen bei den Kalkulationskrankenhäusern erforderlich
 - Einzelleistungen mit hohen Kosten, die mit einer DRG nicht notwendig verbunden sind, die über mehrere DRGs streuen und nur von einigen spezialisierten Krankenhäusern erbracht werden

G-DRG Katalog 2006

- ⇒ Erhöhung der Zahl der bewerten Zusatzentgelte von 35 auf 41 (davon 5 NUB)
- ⇒ Bei 11 teuren Medikamenten und Blutprodukten erstmals spezielle Mengenklassen für Kinder
- ⇒ Erhöhung der Zahl der nicht bewerteten Zusatzentgelte von 36 auf 42 (davon 3 NUB für Medikamente)
- ⇒ Weiterhin 2 nicht bewertete Zusatzentgelte für nicht zugelassene Arzneimittel (können bei im Einzelfall auch 2006 abgerechnet werden)

Vermeidung des Liquiditätseffekts (Bezugsgrößeneffekt)

Bezugsgröße für das **System 2005**

- ⇒ **Bestimmung:** CMI der Inlier = 1,0 (Daten nach § 21 KHEntgG)
- ⇒ **Mit dem Systemwechsel von 2004 auf 2005 sank der bundesdurchschnittliche Casemix-Index (CMI) um rd. 5 %**
- ⇒ **Liquiditätsnachteile der Krankenhäuser bei Abrechnung der neuen Relativgewichte mit den weitergeltenden Basisfallwerten des Vorjahres**

Bezugsgröße für das **System 2006**

- ⇒ **Ziel:** Minimierung eines nationalen Liquiditätseffektes
- ⇒ **Bestimmung:** Effektiver Casemix konstant (2005 = 2006)
- ⇒ **Methodische Einschränkungen**
 - Nur Fälle, die in beiden Systemen in bewertete DRGs fließen
 - Schätzung von zu erwartenden Auswirkungen, die sich mit den 21er Daten des Jahres 2004 nicht abbilden lassen (neue Zusatzentgelte, Schlaganfallbehandlung, Einführung von Intensivscores)

Ergänzungen der Kalkulationsmethodik bereits für 2005 (Rohfallkosten)

- ⇒ kontaktbezogene Kalkulation
- ⇒ Fallzusammenführung über Patientennummer
- ⇒ Bildung getrennter teilstationärer Kostenstellen

Datenlage im Kalkulationsjahr 2005

- ⇒ keine schlüssige Fallabgrenzung, weiterhin Orientierung an der Quartalsgrenze
- ⇒ Fehlen einer kontaktbezogenen OPS-Dokumentation und unvollständige Diagnosenangaben
- ⇒ Gleichverteilung der Kosten über alle Kontakte und teilstationären Fällen (Scheinhomogenität der Fallkosten in den Fallgruppen)
- ⇒ hohe Variabilitäten in den Kosten für Medikamente, insbesondere bei onkologischen Fällen

Weitere **Verbesserung der Datenbasis** erforderlich

Ergebnisse im **Entwurf** des G-DRG-Kataloges 2006

- ⇒ der Katalogentwurf des InEK enthielt ursprünglich 34 tagesbezogene DRGs
- ⇒ nur für 4 teilstationären DRGs konnte eine „eigenständige“ Leistungsdefinition umgesetzt werden
- ⇒ davon wäre bei 2 geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen noch eine Anpassung des OPS-Kodes zur Verwendung bei kontaktbezogener teilstationärer Behandlung notwendig gewesen

Vereinbarung der Selbstverwaltung zum G-DRG-Katalog 2006

- ⇒ Einigung auf 2 teilstationäre DRGs
 - die nicht bewertete teilstationäre Dialyse für Kinder bis 14 Jahren,
 - die bewertete teilstationäre Dialyse für Erwachsene über 14 Jahren
- ⇒ Alle übrigen teilstationäre Leistungen sind in 2006 weiterhin nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausspezifisch zu vereinbaren

- ⇒ **Erhöhung des R^2 (Varianzreduktionsmaß) gegenüber dem G-DRG-System 2005 um 2,8 Prozent auf 68 Prozent für alle Fälle, um 1,6 Prozent auf 78 Prozent bei den Inliern**
- ⇒ **Anstieg der durchschnittlichen Homogenität der Kosten in den Fallgruppen bei den nicht verlegten Inliern von 0,67 auf 0,68**
- ⇒ **Spreizung der Relativgewichte der Bewertungsrelationen in Hauptabteilungen zwischen Minimalwert von 0,117 und Maximalwert 65,7 (gegenüber 0,118 und 57,633 im Katalog 2005)**
- ⇒ **Weitere durchschnittliche Erhöhung des CMI bei Krankenhäusern mit hohem CMI-Ausgangswert in 2005 (wenn größer gleich 1,3 in 2005, durchschnittliche Erhöhung um 1,45 Prozent)**
- ⇒ **Entsprechende durchschnittliche Absenkung bei Krankenhäusern mit niedrigem Ausgangswert in 2005 (wenn kleiner als 0,9, durchschnittliche Absenkung um 0,76 Prozent)**

⇒ Ausgangspunkt: Abrechnungsbestimmungen für das Jahr 2005

⇒ die wesentlichen Änderungen:

- Aussetzen der Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen im Falle eines Jahreswechsels
- Anwendung der Abschlagsregelung bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer auch bei Verlegungspauschalen (beim verlegenden Krankenhaus)
- Berücksichtigung nachstationär erbrachter Prozeduren kann zu iterativer Höhergruppierung des vollstationären Falles führen
- nicht vereinbarte krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte, können mit €600,- abgerechnet werden (nach Abschluss der Vereinbarung)
- nicht vereinbarte krankenhausesindividuelle DRGs, können mit €450,- / Belegungstag abgerechnet werden (nach Abschluss der Vereinbarung)

Besondere Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG

- ⇒ Zeitlich befristete Ausnahme für organisatorische Einheiten aus dem DRG-Vergütungssystem aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten, oder aus Gründen der Versorgungsstruktur
- ⇒ Keine Einigung zwischen den Selbstverwaltungspartnern für die Jahre 2004 und 2005 möglich, Ersatzvornahme durch das BMGS mit den FPVBE 2004 und 2005

Einigung der Selbstverwaltungspartner für 2006 (VBE 2006)

- ⇒ Fortsetzung der Regelungen und aller benannten Ausnahmehbereiche der FPVBE 2005
- ⇒ Anpassung für Kinderkrankenhäuser: Können auch für 2006 ausgenommen werden, wenn der krankenhausindividuelle Basisfallwert 2006 um 10% über dem Landesbasisfallwert 2006 liegt.
- ⇒ Einigung der SV im Spitzengespräch am 26.10.2005 unter Gremienvorbehalt (Vorstandsentscheidung)

Inhalte der Richtwerte nach § 17a KHG

- ⇒ **Kosten der Ausbildungsstätten, Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen und der Umsetzung des Krankenpflegegesetzes**

Verhandlungsergebnis der SV

- ⇒ **Scheitern der Verhandlungen im Spitzengespräch am 26.10.2005**
- ⇒ **Die DKG hat gemeinsam mit dem DPR eine analytische Herleitung der Richtwerte erarbeitet, die detailliert und nachvollziehbar die Kosten der Ausbildungsstätten wiedergibt.**
- ⇒ **Die Kassenseite hat kategorisch abgelehnt, über die detaillierten Vorschläge der DKG und des DPR zu verhandeln. Die pauschalen Vorschläge der Kassenseite ließen dagegen wesentliche Kostenbestandteile der Ausbildungsstätten unberücksichtigt.**
- ⇒ **Durch die Verhinderung von sachgerechten bundesweiten Richtwerten soll anscheinend auf die Budget-Verhandlungen mit dem einzelnen Krankenhaus Druck ausgeübt werden, um niedrigere Werte zu vereinbaren.**

- ⇒ Das DRG-System als lernendes System erfordert einen ständigen Anpassungsprozess an die Versorgungswirklichkeit.
- ⇒ Erweiterung der Kalkulationsbasis als „Zukunftsinvestition“.
- ⇒ Bei hochkomplexen Versorgungsformen (Intensivmedizin, Schlaganfallbehandlung etc.) wurde durch Einführung neuer Klassifikationsmerkmale eine bessere Abbildung im System erreicht.
- ⇒ Für die Problemen der Systemarchitektur (Sortierung) wurden Lösungen gesucht.
- ⇒ Der G-DRG-Katalog 2006 stellt erneut einen Schritt in die richtige Richtung dar.
- ⇒ Die Abbildung teilstationärer Leistungen im System bleibt jedoch weiterhin ungelöst.
- ⇒ Die Finanzierung der Ausbildungsstätten ist ohne sachgerechte Richtwerte gefährdet.