

Einfluss der Änderungen auf die Krankenhäuser

**KGNW –Forum 2006
10. November, Düsseldorf**

Referent: Prof. Dr. N. Roeder

DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster

DRG-Einführung in Deutschland

- Wo stehen wir ?
- Gelöste / ungelöste Probleme
- Konsequenzen für die Krankenhäuser ?
- Konsequenzen für die Versorgung ?

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Leistungsabbildung im G-DRG-Katalog 2006

Deutsche „Behandlungswirklichkeit“

- Ist das, was derzeit in deutschen KH an Leistungen erbracht wird
- DRG definieren
 - kaum Behandlungsziele
 - selten differenzierte Behandlungsinhalte
 - keine Behandlungsqualität (Prozess, Ergebnis)

ERGEBNIS der InEK Kalkulation

- Standardbehandlung wird gut abgebildet sein
- Seltene Leistungen / Spezialleistungen eher nicht

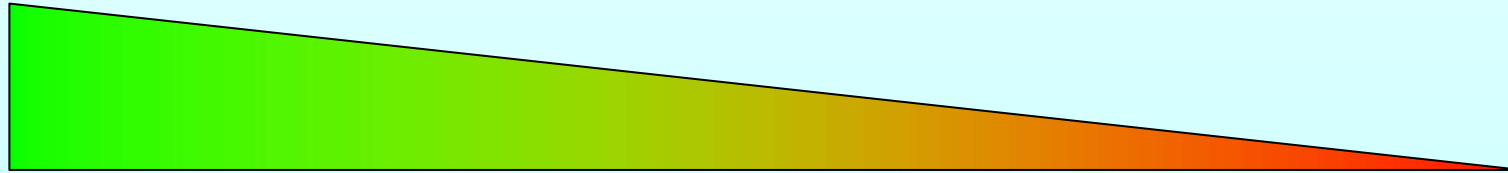
Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Wo stehen wir ?

Budgetsystem



Konvergenzphase

Preissystem

- Übergang vom Budgetsystem zum Preissystem
 - **Preissystem beginnt zu wirken bei**
 - Bewertung von Leistungsveränderungen
 - Minder- und Mehrleistungen über Vereinbarung
 - Mengenveränderungen bei Zusatzentgelten
 - Ausgleichsregelungen
- ➔ **Sachgerechte Leistungsabbildung unverzichtbar**
- ➔ **Hohe Last beim InEK und den kalkulierenden Häusern**

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Erreichtes und nicht Erreichtes

- Standardleistungen weitgehend korrekt abgebildet
- Kalkulation / Finanzierung noch nicht abschließend beurteilbar
(multizentrischer Vergleich mit Kostendaten notwendig)
- Spezialisierung weiterhin problematisch
- Sektorübergreifende Behandlungen problematisch
(Frühreha/Reha, chronische Erkrankungen etc,)
- Ausgeprägte Fallkomplexitäten, Anwendung teurer diagnostischer und therapeutischer Optionen

➔ Folge: **Kostenausreisser !!**

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Konsequenzen

- Erheblicher Wettbewerb mit „Überlebenskampf“
- Kostenwettbewerb statt Qualitätswettbewerb (Qualität ist häufig gar nicht darstellbar)
- Konzentration auf „profitable“ Leistung
- Reduktion „defizitärer“ Leistungen
- Überprüfung und Optimierung des Behandlungsprozesses
- Veränderung der Leistungskette mit Trend zur Vermeidung „Zusätzlicher Leistungen“ (werden auch wichtige Leistungen weggelassen ?)

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Veränderungen 2006

- Komplexe Eingriffe, Mehrfacheingriffe
- Intensivmedizin
- Stroke Unit
- Onkologie
- Rheumatologie
- Qualifizierter Entzug
-

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Sachgerechte Abbildung erhöht Komplexität

2003

Akute Leukämie

R60A

R60B

R60C

- PCCL

2006

**R60: Akute
myeloische
Leukämie**

R60A

R60B

R60C

R60D

R60E

R60F

R60G

- hochkomplexe intensive
mäßig kompl. lokale
Chemotherapie
- kompl. Diagnose
- Dialyse
- Portimplantation
- PCCL

+ Zusatzentgelt(e)

**R63: Andere
akute Leukämie**

R63A

R63B

R63C

R63D

R63E

R63F

R60G

- hochkomplexe intensive
mäßig kompl. lokale
Chemotherapie
- Dialyse
- Sepsis
- Agranulozytose
- Portimplantation
- PCCL

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Preis für die Differenzierung ?

Kodierung wird komplexer – Beispiel ICD-10

2003

D70 Agranulocytose



2006

**D70.1- Arzneimittelinduzierte
Agranulozytose & Neutropenie
(inkl. durch zytostat. Therapie)**

D70.10 Kritische Phase < 10Tg

D70.20 10 bis < 20 Tage

D70.30 > 20 Tage

...

**Kritische Phase definiert als:
<500 Neutrophile/ μ l**

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Veränderungen OPS-301

2003

8-540.1 Applikation von Chemoth.
intravenös



2006

8-542 Nicht komplexe Chemoth.

8-543 Mittelgradig komplexe &
intensive Blockchemoth.

8-544 Hochgradig komplexe &
intensive Blockchemoth.

.0 ein Block

.1 zwei Blöcke

Gruppierungsrelevant!

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Folgen der Anpassungen

- Komplexität der Kodierung steigt
- Komplexität des Gesamtsystems steigt
- In der Komplexität liegen viele Risiken !
- Teilweise erhebliche Missverständnisse & Informationslücken bei den Beteiligten
- Case-Mix verändert sich jährlich katalogbedingt
- Noch keine Stabilität, teilweise erhebliche CM-Sprünge
- **Ein Preissystem setzt ein stabiles DRG-System voraus**

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Gemessene Veränderung

MDC	Bezeichnung	CMI Veränderung in %
01	Nervensystem	2,88
02	Auge	3,81
03	HNO	0,57
04	Atmungsorgane	0,61
05	Herz-Kreislauf	6,65
06	Verdauungsorgane	1,64
07	Leber/Pankreas	2,99
08	Bindegewebe (Orthopädie, Unfallchirurgie)	6,03
09	Haut, Unterhaut, Mamma	-0,86
10	Stoffwechsel	4,24
11	Harnorgane	1,05
12	männl. Geschlechtsorgane	-1,07
13	weibl. Geschlechtsorgane	0,00
14	Schwangerschaft, Geburt	1,78
15	Neugeborene (Frühgeborene)	12,19
16	blutbildenden Organe und des Immunsystems	0,25
17	Hämatologische und solide Neubildungen	3,18
18	HIV und infektionen	4,10
19	Psychische Krankheiten	0,26
20	Alkohol, Drogen	-2,66
21	Polytrauma	2,70
22	Verbrennungen	2,55
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	-8,45

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Ökonomische Konsequenzen der Änderungen 2006

- Kann CMI in Grund- und Regelversorgung senken (Basisfallwert steigt)
- Kann CMI in Maximalversorgung steigern (Basisfallwert sinkt)
- Basisfallwertdifferenzen werden reduziert
- Einfluss auf den landesweiten Basisfallwert ?
- Einfluss auf die Frage Gewinner/Verlierer ?

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Basisfallwerte nähern sich an !

	44 KH	44 KH	Veränderung	
	2004	2005	absolut	in %
Basisfallwert ohne Ausgleiche				
gewichteter Mittelwert	2.697,22	2.650,23	-46,99	-1,7
MIN-Wert	961,12	1.347,34	386,22	40,2
MAX-Wert	3.992,36	3.616,02	-376,34	-9,4
Delta	3.031,24	2.268,68		

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Quelle: U. Neumann, Ruhrbezirk, Stand: 27.10.2005

Was ist zu tun ?

- Strategische Planung nicht an DRG-Katalog orientieren
- Leistungsplanung im wettbewerblichen Umfeld
- Entgeltverhandlungen **extrem** gut vorbereiten
- Leistungsplanung exakt durchführen
 - DRG und ZE bewertet
 - DRG und ZE unbewertet : § 6.1
- Daten nachkodieren wo notwendig
- Fehlplanung bei Leistungsmengen wird ökonomisch abgestraft
- Leistungsentwicklung berücksichtigen (**Mindestmengen !!**)
- Ausgleichsregelungen beachten

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Verhandlungen

- **Leistungs- und Entgeltverhandlungen** statt **Budgetverhandlungen**
- Krankenhäuser und Krankenkassen häufig noch in Budgetsystematik verhaftet (Betriebvergleich über BFW)
(„Bei Ihrem hohen Basisfallwert können Sie die zusätzlichen Leistungen ohne Bewertung erbringen“)
- Gesetzgeber hat Bewertung und Ausgleich klar geregelt
- Regelungen werden vor Ort häufig ignoriert
- „Geld folgt der Leistung“
➔ Leistungsveränderungen sind sachgerecht zu bewerten
- Krankenhäuser sollten die Anwendung der Regeln einfordern (notfalls über die Schiedsstelle)

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Einflüsse auf die Versorgung ?

- Spezialisierung, Zentralisierung und Leistungsabbau verändern den Zugang zu Krankenhausleistungen (Erreichbarkeit, Auswahl)
- „Konzentration auf die Kernleistung“ mit Beschränkung auf „unbedingt notwendige“ Leistungen innerhalb der Leistungskette kann Einfluss auf Outcome haben
- Deshalb: **Versorgungsforschung** mit dem Ziel der Untersuchung des Einflusses der geänderten Anreize auf **Art und Umfang der Leistungserbringung, das Leistungsangebot und das Outcome**
ist unverzichtbar
- Gesetzlicher Auftrag zur Begleitforschung wurde bisher nicht wahrgenommen

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Zusammenfassung I

- Das deutsche Fallpauschalensystem wurde seit 2003 erheblich verbessert
- **ABER: Noch nicht tauglich für ein echtes Preissystem**
- Verbesserung bedeutet nicht in jedem Fall Erlösverbesserung
- Gesamtsystem und Rahmenbedingungen extrem komplex
- In der Komplexität liegen erhebliche ökonomische Risiken
- Umsetzung der Veränderungen in KH und bei KK sehr aufwändig (Teilweise Frustration, Überforderung)

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster

Zusammenfassung II

- **Unsicherheit beherrscht die Aktivitäten/Inaktivitäten**
- **Viele Fragen bestimmen den Alltag im Krankenhaus**
 - Was geschieht ab 2009 ?
 - Endgültige Ausgestaltung Konvergenzphase ?
 - Einheitspreissystem oder z. B. Richtpreise?

Berücksichtigung

- von unlösbaren Abbildungsproblemen
- von Mengenentwicklungen
- von Qualitätsunterschieden
- Diskussion um bundeseinheitliche Basisfallwerte
(sind gleiche Leistungen unterschiedlich viel wert ??)
- Diskussion um Belegarzt-Vergütung
(Finanzierung über DRG?)

Referent:
N. Roeder

DRG
-Research
-Group

Münster