

Angleichung der ambulanten und stationären Vergütungssysteme

4. Nationales DRG-Forum
Berlin 20.05.2005

Dr. Wulf-Dietrich Leber

AOK-Bundesverband

Gang der Handlung

- 1 Versorgungformen im ambulant-stationären Grenzbereich
- 2 Konvergenz von G-DRG- und EBM-Systematik?
- 3 Zulassung, Planung, QS und andere Dissonanzen
- 4 Finanzierung ambulanter Klinikleistungen
- 5 Vom Abendbrot zu Hause

Ambulante Versorgung durch KHs

- 1 Belegärztliche Versorgung
- 2 Teilstationäre Versorgung
- 3 Vor- und nachstationäre Versorgung
- 4 Hochschulambulanzen
- 5 Ambulantes Operieren
- 6 Ermächtigungen
- 7 Öffnung für hochspezialisierte Leistungen
- 8 Versorgung im Rahmen von DMPs
- 9 Öffnung bei Unterversorgung
- 10 Pseudostationäre Versorgung

Kostendifferenz am Rande des DRG-Systems

Die gleiche Chemotherapie wird völlig unterschiedlich finanziert, je nachdem ob sie

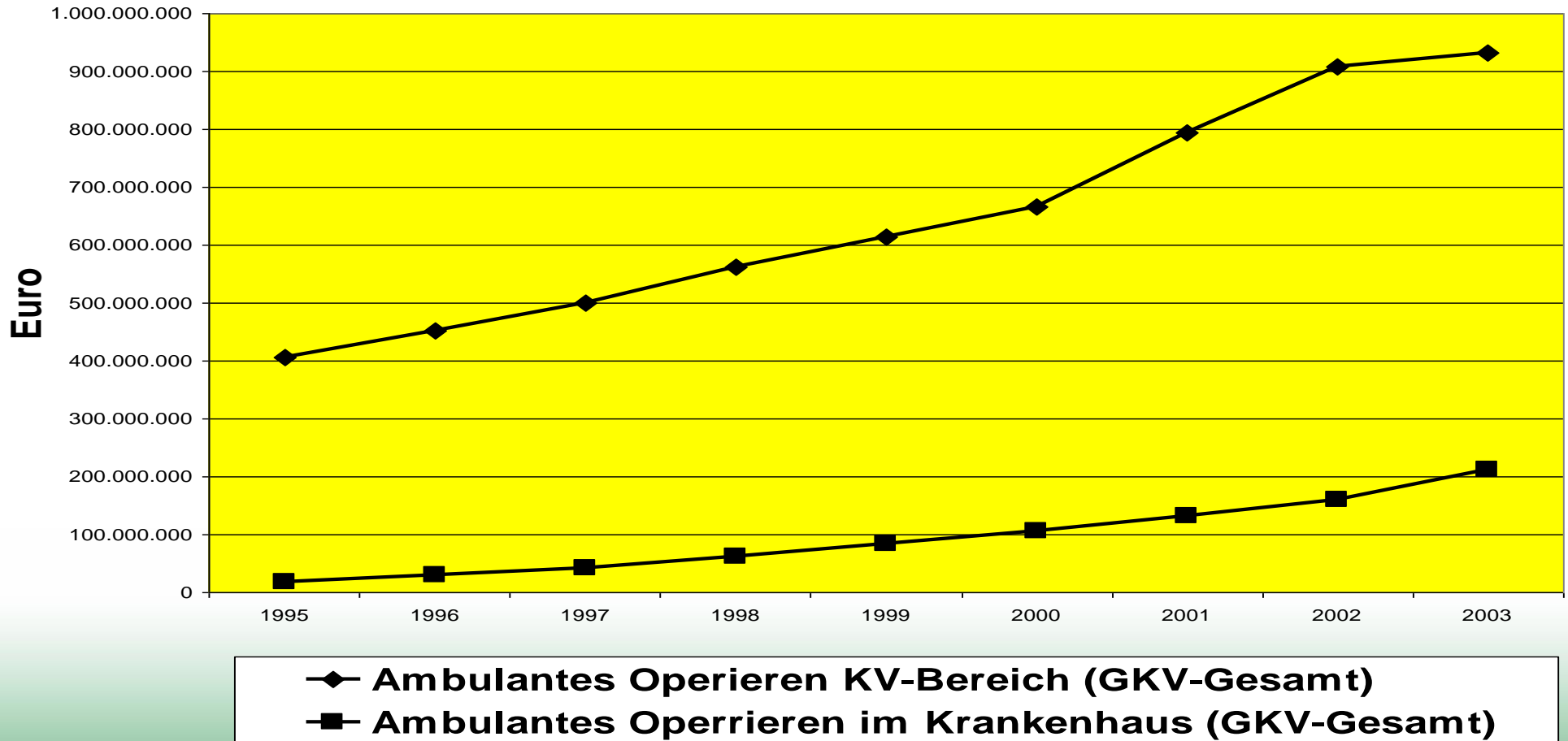
- vollstationär
- teilstationär
- in einer Hochschulambulanz
- ambulant
- belegärztlich
-

erbracht wird. Hier liegen die wirklich ungerechtfertigten Kostenunterschiede.

Konsequenz: Wir brauchen eine Gebührenordnung für tagesstationäre Fälle.

Ausgabenvolumen für ambulante Operationen 1995-2003

Ambulantes Operieren



Pseudostationäre Versorgung

Rund 300.000
vollstationäre AOK-Krankenhausfälle
sind ohne Übernachtung.

Warum rechnen wir die nicht nach EBM ab?

Gang der Handlung

- 1 Versorgungsformen im ambulant-stationären Grenzbereich
- 2 Konvergenz von G-DRG- und EBM-Systematik?
- 3 Zulassung, Planung, QS und andere Dissonanzen
- 4 Finanzierung ambulanter Klinikleistungen
- 5 Vom Abendbrot zu Hause

These: Von DRGs zu PRGs

Das G-DRG-System entwickelt
sich zunehmend zu einem

„PRG“

- zu einem
prozedurenorientierten
System - und damit in
Richtung EBM

Vergleich der Kataloge 2003 / 2004 / 2005

	G-DRG 2003	G-DRG 2004	G-DRG 2005
Anzahl G-DRGs	664	824	878
Basis-DRGs	411	471	587
<u>Operative DRGs</u>	<u>280</u>	<u>377</u>	<u>452</u>
Nicht kalkulierte G-DRGs	22	18	33
Schweregrade	A - D, Z	A - E, Z	A - G, Z

Anteil der Ausgaben je Splitkriterienklasse 2003

Anz. DRGs	(P) Proz	(D) Diagn	(P) VD	(D) CC	(D) Alter	(P) Beatm.	(P) Entl.	(D) Poly.	(D) Aufn. gew.	Summe von Kosten
4										116.885.190,20 €
76		x								1.187.576.184,10 €
2		x							x	54.574.630,20 €
1		x						x		5.350.964,00 €
1		x					x			20.630.170,80 €
3		x				x				458.912.727,20 €
5		x				x			x	46.179.440,50 €
21		x			x					492.633.338,50 €
149		x		x						4.792.972.764,10 €
64		x		x	x					1.252.400.411,90 €
4		x	x							20.596.574,30 €
3		x	x	x						126.189.785,10 €
121	x	x								4.162.269.169,90 €
2	x	x							x	260.868.690,90 €
3	x	x						x		16.404.815,70 €
1	x	x					x	x		1.945.337,40 €
1	x	x				x				336.439.266,00 €
8	x	x				x			x	77.693.575,20 €
1	x	x				x		x		37.037.674,80 €
5	x	x			x					236.473.534,20 €
4	x	x			x	x			x	36.955.114,70 €
132	x	x		x						4.851.219.733,90 €
18	x	x		x	x					386.227.475,20 €
4	x	x		x	x	x				14.910.689,30 €
4	x	x	x							96.388.489,00 €
3	x	x	x		x	x	x			1.271.693,50 €
2	x	x	x	x						154.153.368,60 €

2003:

Ca. 40 Prozent der Ausgaben entfallen auf Diagnoseorientierte DRGs.

Ca. 60 Prozent der Ausgaben entfallen auf Prozedurenorientierte DRGs.

Katalog 2003

Kosten (D = 40,45%): 7.785.508.292,80 €
 Kosten (P = 59,55): 11.459.652.516,40 €
 Gesamtkosten: 19.245.160.809,20 €

Anteil der Ausgaben je Splitkriterienklasse 2005

Anz. DRGs	(P) Proz	(D) Diagn	(P) VD	(D) CC	(D) Alter	(P) Beatm.	(P) Entl.	(D) Poly.	(D) Aufn gew.	Summe von Kosten
4										137.990.297
86		x								1.308.741.403
1		x						x		5.342.496
6		x					x		x	51.930.996
8		x				x				274.906.762
12		x				x			x	125.695.213
5		x			x					154.757.050
105		x		x						2.957.679.814
1		x		x			x			15.128.500
1		x		x		x				8.193.161
23		x		x	x					484.239.291
33		x	x							857.396.255
1		x	x				x			5.424.024
1		x	x				x	x		1.346.052
2		x	x			x			x	176.493.809
2		x	x			x	x			1.982.078
2		x	x		x					2.386.906
27		x	x	x						779.150.824
14		x	x	x	x					385.107.614
257	x	x								5.240.340.432
2	x	x						x		15.139.958
20	x	x				x				413.528.792
13	x	x				x			x	43.357.842
6	x	x				x		x		120.111.513
16	x	x			x					405.248.975
119	x	x		x						2.587.503.555
10	x	x		x		x				190.976.029
2	x	x		x		x		x		12.034.919
21	x	x		x	x					306.161.549
20	x	x	x							201.025.802
2	x	x	x			x				31.104.023
1	x	x	x			x	x			177.956
17	x	x	x	x						532.216.184
5	x	x	x	x	x					19.212.909

2005:

Ca. 27 Prozent der Ausgaben entfallen auf Diagnoseorientierte DRGs.

Ca. 72 Prozent der Ausgaben entfallen auf Prozedurenorientierte DRGs.

Katalog 2005

Kosten (D= 27,51 %)
Kosten (P= 72, 48%)
Gesamtkosten:

4.910.760.054
12.941.272.925
17.852.032.979

Vor- und Nachteile der Prozedurenorientierung

Vorteile

- Es wird tatsächlich eine Behandlung durchgeführt.
- notwendige Behandlung muss auch refinanziert werden.

Nachteile

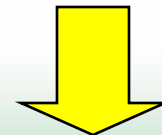
- Induzierung von gegebenenfalls medizinisch nicht notwendigen Mehrleistungen.
- Gibt einen bestimmten Behandlungsweg vor.
- Sorgt wegen häufiger OPS-Änderungen tendenziell für Instabilität im DRG-System.

Gruppierung in EBM (ambulantes Operieren)

Op-Kategorie	OP-Bereich
A	Dermatochirurgischer Eingriff
B	Eingriff an der Brustdrüse
C	Eingriff an einer Extremität
D	Eingriff an Knochen und/oder Gelenken
E	Arthroskopischer Eingriff
F	Visceralchirurgischer Eingriff
G	Endoskopischer visceralchirurgischer Eingriff
H	Proktologischer Eingriff
I	Kardiochirurgischer Eingriff
J	Thoraxchirurgischer Eingriff
K	Eingriff am Gefäßsystem
L	Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems
M	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgischer Eingriff
N	Eingriff der HNO-Chirurgie
O	peripherer neurochirurgischer Eingriff
P	zentraler neurochirurgischer Eingriff
PP	stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff
Q	urologischer Eingriff
R	endoskopischer urologischer Eingriff
RR	(endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler
S	gynäkologischer Eingriff
T	endoskopischer gynäkologischer Eingriff
U	Extraocularer Eingriff
V	intraocularer Eingriff
W	laserchirurgischer Eingriff

bis 15	Min. kalk. SNZ	(1)
15 bis 30	Min. kalk. SNZ	(2)
30 bis 45	Min. kalk. SNZ	(3)
45 bis 60	Min. kalk. SNZ	(4)
60 bis 90	Min. kalk. SNZ	(5)
90 bis 120	Min. kalk. SNZ	(6)
über 120	Min. kalk. SNZ	(7)

Beispiel: OPS 5-793.ge



D 5

OPS-EBM-Zuordnung zu Kapitel 31 in Anhang 2 des EBM2000plus

lfd. Nr.	OPS-301 V 2004	Bezeichnung	Kategorie	Leistung Nr.	Über- wachung Nr.	Nachbe- handlung/ Überweisung	Nachbe- handlung/ Operateur	Narkose leistung Nr.
4622	5-793.g7	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna proximal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4623	5-793.g9	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna distal	D3	31133	31504	31616	31617	31823
4624	5-793.ge	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals	D5	31135	31505	31618	31619	31825
4625	5-793.gf	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur proximal	D5	31135	31505	31618	31619	31825
4626	5-793.gh	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur distal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4627	5-793.gk	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibia proximal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4628	5-793.gn	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibia distal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4629	5-793.gp	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibula proximal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4630	5-793.gr	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibula distal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4631	5-793.h1	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Humerus proximal	D3	31133	31504	31616	31617	31823

Der künftige Grouperkosmos



**G-
DRG**



**Morbi
-RSA**



**Morbi
-RLV**



AOP

Die Vergütungssysteme werden konvergieren

Im Laufe der nächsten Jahre werden alle Vergütungssysteme im Grenzbereich ambulanter und stationärer Versorgung auf Diagnosen und Prozeduren aufbauen. Der 115b-Katalog setzt Maßstäbe.

Es ist nicht kurzfristig mit einem einheitlichem Vergütungssystem für „tagesstationäre“ Leistungen zu rechnen. Also müssen die Krankenhäuser mehrere Abrechnungssysteme beherrschen, wenn sie ambulant tätig sein wollen.

Es sollte gelingen, extreme Vergütungsdifferenzen zwischen den Vergütungssystemen zu vermeiden.

Die Vergütungssystematik ist nur Teil eines umfassenderen ordnungspolitischen Problems

Gang der Handlung

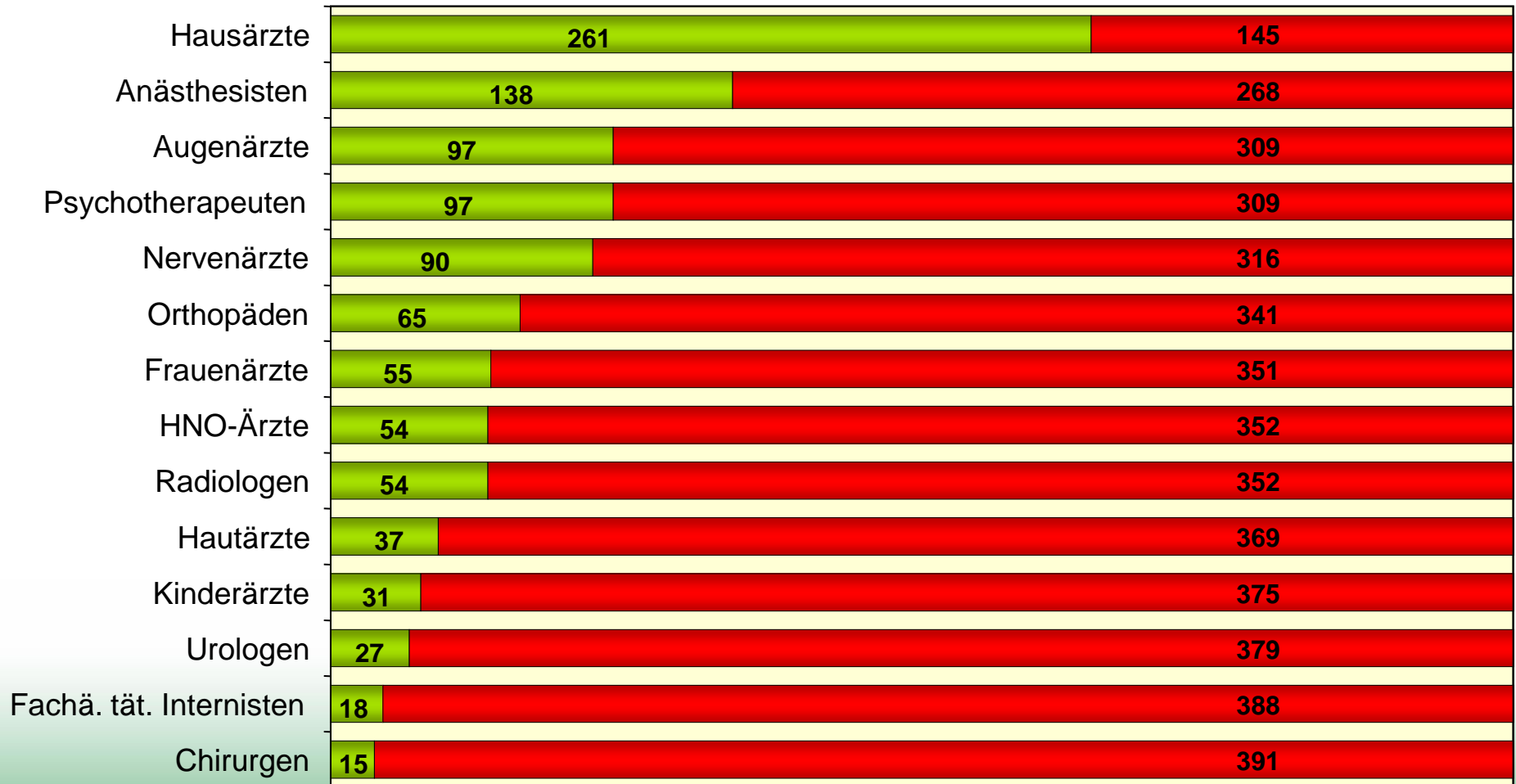
- 1 Versorgungsformen im ambulant-stationären Grenzbereich
- 2 Konvergenz von G-DRG- und EBM-Systematik?
- 3 Zulassung, Planung, QS und andere Dissonanzen
- 4 Finanzierung ambulanter Klinikleistungen
- 5 Vom Abendbrot zu Hause

Ambulante Versorgung durch KHe

1	Belegärztliche Versorgung	Anspruch
2	Teilstationäre Versorgung	Planung
3	Vor- und nachstationäre Versorgung	Anspruch
4	Hochschulambulanzen	Anspruch
5	Ambulantes Operieren	Anspruch
6	Ermächtigungen	Verhandlung
7	Öffnung für hochspezialisierte Leistungen	Verhandlung
8	Versorgung im Rahmen von DMPs	Verhandlung
9	Öffnung bei Unterversorgung	Verhandlung
10	Pseudostationäre Versorgung	???

Anzahl offener und gesperrter Planungsbereiche in den Kassenärztlichen Vereinigungen Anfang 2002

■ Offene Planungsbereiche absolut
 ■ Geschlossene Planungsbereiche absolut

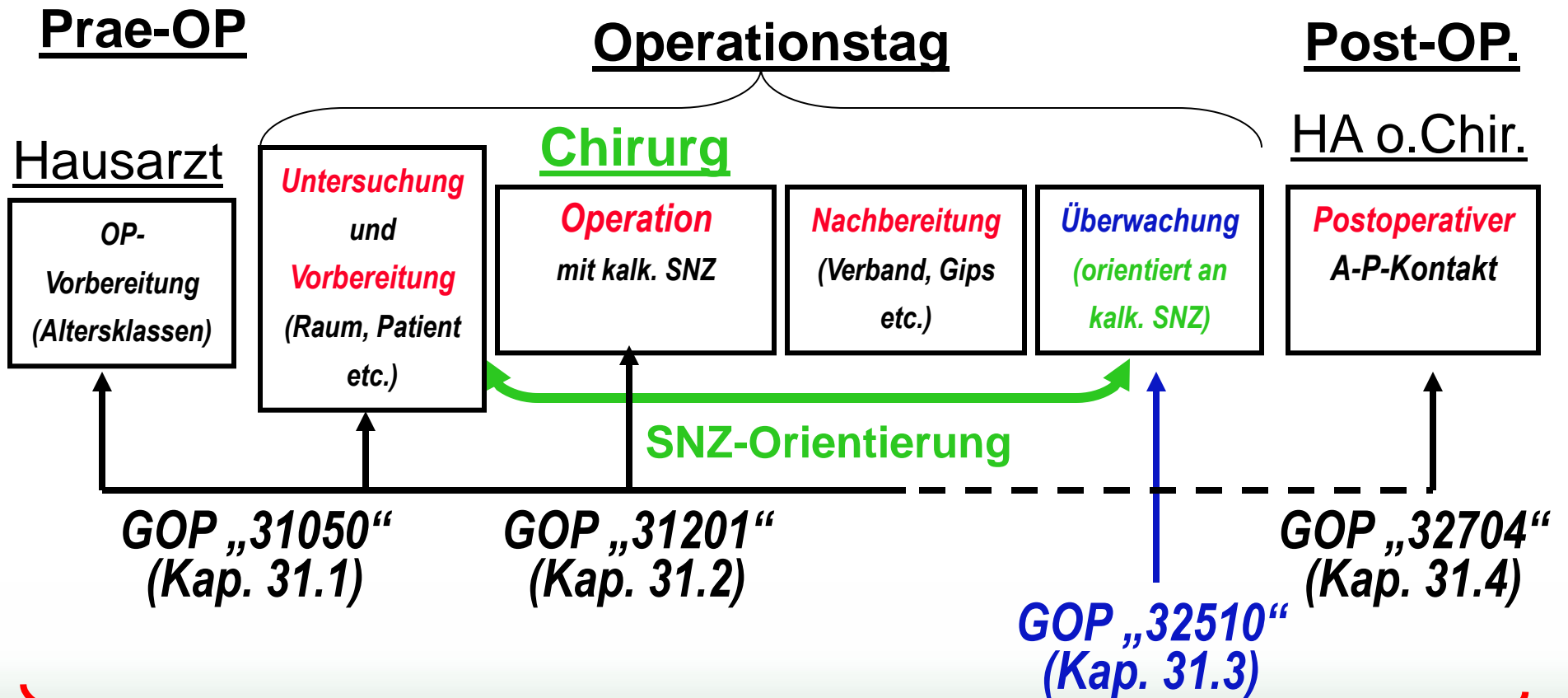


Vertrag 115b: Einheitliche QS-Richtlinien

§ 15 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

- Existieren im niedergelassenen Bereich Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2, so gelten diese auch für Krankenhäuser
 - Hygienekontrollen
 - Strukturqualität
 - Mindestmengen pro Arzt und Zeitraum
- Zum Beispiel: Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien unter Anleitung innerhalb von zwei Jahren
- Nachweis gegenüber den Landeskommissionen ambulantes Operieren => MDS-Beauftragung

Abgrenzung ambulanter Klinikleistungen problematisch



ggf. als Fallpauschale im § 115b-Vertrag (plus **SNZ-orientierter** Anästhesie)

Gang der Handlung

- 1 Versorgungsformen im ambulant-stationären Grenzbereich
- 2 Konvergenz von G-DRG- und EBM-Systematik?
- 3 Zulassung, Planung, QS und andere Dissonanzen
- 4 Finanzierung ambulanter Klinikleistungen
- 5 Vom Abendbrot zu Hause

Nachbesserungsbedarf beim § 116b

Enttäuschende Bilanz nach einem Jahr: 1 Vertrag !!!

Abhilfe:

- „Gemeinsam und einheitlich“ ?
- Zulassungsanspruch a la 115b ?

Konstruktionsfehler: Warum sollten die Krankenkassen doppelt zahlen?

Abzug von Krankenhausrechnung bzw. von Gesamtvergütung schaffen!

Generelle Lösung für Übergang von Kollektiv- zu Selektivverträgen

Gang der Handlung

- 1 Versorgungsformen im ambulant-stationären Grenzbereich
- 2 Konvergenz von G-DRG- und EBM-Systematik?
- 3 Zulassung, Planung, QS und andere Dissonanzen
- 4 Finanzierung ambulanter Klinikleistungen
- 5 Vom Abendbrot zu Hause

Was sollten die ambulanten Klinikleistungen sein?

Krankenhäuser befinden sich in der Regel in überversorgten Gebieten und haben nicht unbedingt einen Kostenvorteil gegenüber niedergelassenen Ärzten - vor allem dann nicht, wenn die sich als Medizinisches Versorgungszentrum organisieren.

Öffnung der Krankenhäuser wird bedeuten: Krankenhäuser erbringen Leistungen ambulant, die sie bisher stationär erbracht haben.

Das stationäre Budget wird auf alle Fälle sinken müssen, wenn mehr ambulant möglich ist. Die Öffnung der Krankenhäuser könnte ermöglichen, dass die Patienten, die bisher stationär versorgt werden, nunmehr vom Krankenhaus ambulant versorgt werden.

Ermöglichen Sie einem Teil ihrer Patienten, ein Abendbrot zu Hause!

Partner Krankenhaus

- G-DRG
- Budgetverhandlungen
- Abrechnung
- Qualitätssicherung
- Integrierte Versorgung
- Sonderregelungen
- Aktuelle Gesetzgebung
- Service

DRG-Umsteiger

Aktuelle Gesetzgebung

G-DRG

§§§

AOK-Presseseminar

Die Praxisgebühr erfüllt die von der Politik gewünschte Lenkungsfunktion, fand Wissenschaftliche ... der AOK heraus.

ationen zu weiteren ... minars des Landesverbandes ... 22./23. Juni sowie alle Pressmaterialien finden Sie [hier](#)

**Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

<http://www.krankenhaus-aok.de/>

Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf eine 5. Fortschreibung der Anlagen zur § 301-Vereinbarung geeinigt. Sie tritt zum 1. Januar 2005 in Kraft. [mehr...](#)

Union
wächst. Infos und Daten über die Gesundheitsversorgung in den zehn neuen Staaten finden Sie in