



# Überarbeitung des Fallpauschalenkatalogs 2003 einschließlich zweiter Kalkulationsrunde

2. Nationales DRG-Forum  
Berlin 22.05.2003

Dr. Wulf-Dietrich Leber    AOK-Bundesverband

---

# Gang der Handlung

## 1 DRG-Kalkulation

- Verbesserung in der zweiten Runde
- Mittelfristige Optimierung

## 2 G-DRG: von v1.0 zu v2.0

- Zum Regelwerk
- Vorschläge der AOK

## 3 Probleme an der Sektorengrenzen

- Abgrenzung Akut/Reha
- Abgrenzung ambulant/stationäre

## 4 Fazit

# Countdown Optionsmodell in 2002

Datenbasis

Rohfallkosten-Kalkulation

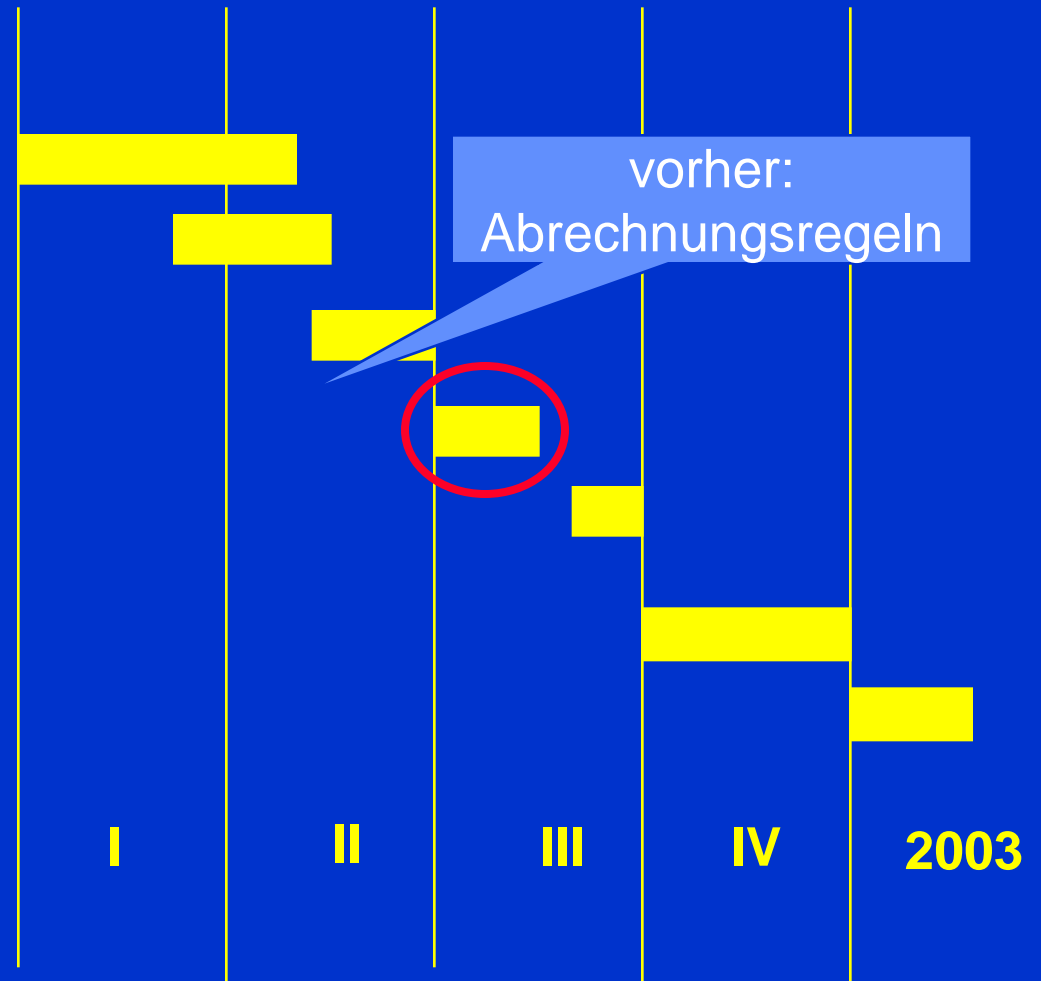
Datenlieferung

Kalkulation im InEK (bzw 3M)

Anhörungen, Korrekturen

Bekanntgabe

Start der G-DRG v1.0



# G-DRG v1.0 fast wie AR-DRG v4.1

## Neue Gruppen

A07Z Tracheostomie und Langzeitbeatmung >10 Tage

B08A Eingriffe bei zerebraler Lähmung, mit CC ... > 17 Jahre

B08B Eingriffe bei zerebraler Lähmung, ohne CC ... > 17 Jahre

## Ausgesonderte Gruppen (Anlage 2, nicht per DRGs vergütet)

6 Transplantationen (A01Z, A02Z, A03Z, A04Z, A05Z, A40Z, L01A, L02B)

5 Psych. DRGs mit Zwangseinweisung (U40Z, U61A, U61B, U62A, U62B)

6 Seltene DRGs (z.T. Maximalversorgung) wie Verbrennung 3. Grades..

**Keine Einbeziehung von Tages- und Nachtkliniken oder organisatorisch ausgegliederten teilstationären Einrichtung**

# Erstkalkulation - Resümee

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen wurden erste Relativgewichte ermittelt. Damit ist die Einführung des G-DRG-Systems einen großen Schritt nach vorne gekommen!

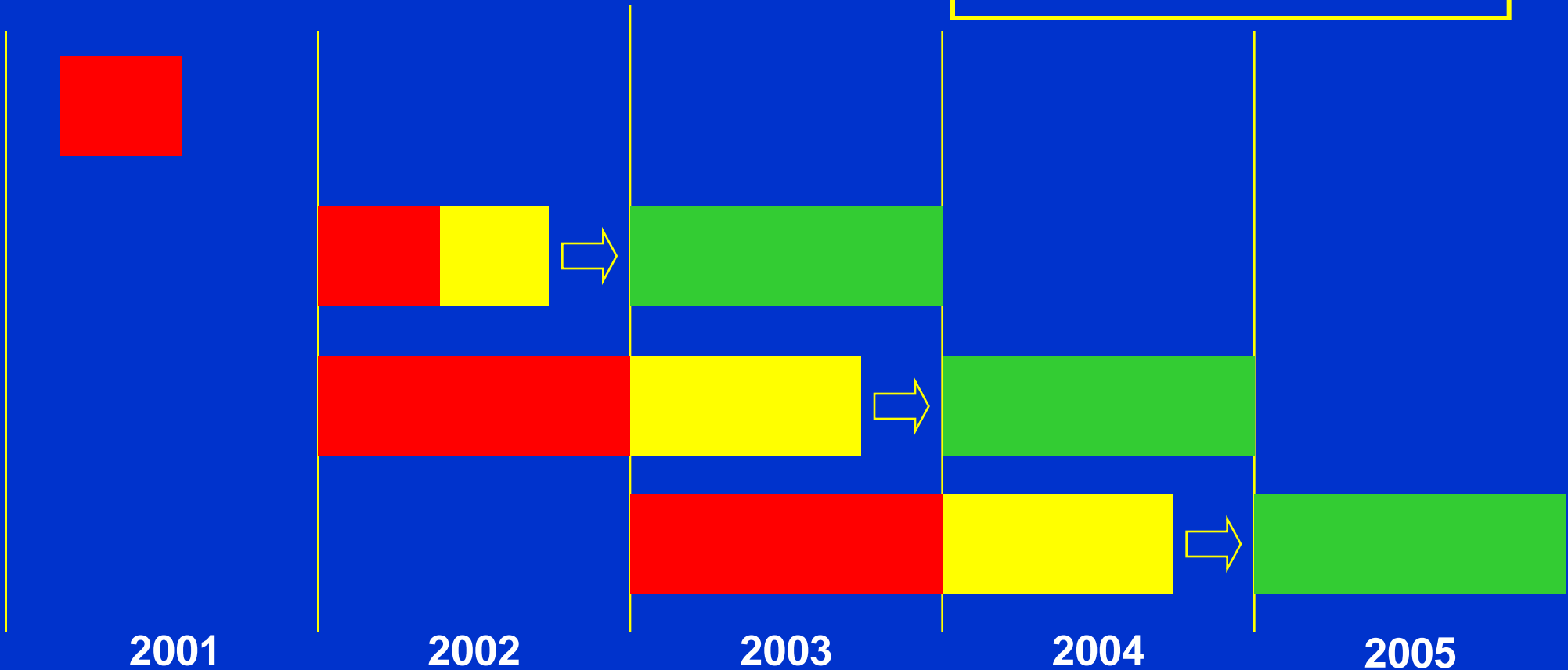
Die Gewichte sind noch „gestaucht“ (niedrige Varianz):

- teure Fälle sind unterbewertet (schlecht für Maximalversorger)
- billige (ambulante) Fälle sind überbewertet (Disparität amb/stat)

Gründe für den Kompressionseffekt:

- 1 Mangelhafte Kodierung (teure Fälle in den unaufwendigen Gruppen)
- 2 Zu wenig Einzelkostenverrechnung
- 3 Keine Teilnahme der Universitäten
- 4 Methodische Kompromisse (geometrisches Mittel,...)

# Jährliche Neukalkulation



# Erst- und verbesserte Zweitkalkulation

## Erstkalkulation

### Krankenhäuser

angemeldet:	289
geliefert:	125
verwendbar:	116

### Fälle

geliefert:	634.000
verwendbar:	500.000

### Abdeckung

nicht abgedeckt werden  
Transplantationen,  
z.T. Verbrennungen ...

## Zweitkalkulation

### Krankenhäuser

vorauss. verwendbar: 140

### Fälle

vorauss. verwendbar: 2 Mio.

### Abdeckung

Berücksichtigung von Herzzentren,  
Unikliniken...

**Deutliche Verbesserung der Erstkalkulation !**

# Mittelfristige Optimierung der Kalkulation

- 1 **Verbesserte Einzelkostenerfassung**
- 2 **Partialgewichte (Cost-weights)**
- 3 **Verbesserte Herkunftskorrektur**
- 4 **Tiefenanalyse**
- 5 **Optionaler OPS**
- 6 **krankenhausübergreifende Fallverfolgung**
- 7 **Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen**



# Gang der Handlung

## 1 DRG-Kalkulation

- Verbesserung in der zweiten Runde
- Mittelfristige Optimierung

## 2 G-DRG: von v1.0 zu v2.0

- Zum Regelwerk
- Vorschläge der AOK

## 3 Probleme an der Sektorengrenzen

- Abgrenzung Akut/Reha
- Abgrenzung ambulant/stationäre

## 4 Fazit

# Schritt 1: Datenannahme und -bereinigung



# DRG-Modifikation



**Kondensation von DRGs**



**Teilstationäre Fälle**

**Bedingung: 30 Fälle in Kalkulation**  
**500 Fälle bundesweit**  
**Homogenitätsfaktor > 0,5**



**Nicht-DRG-mehrende Vorschläge (Prozedur verschieben,...)**



**Abarbeitung einer Liste DRG-mehrender Vorschläge (Split,...)**

# Warum teilstationäre DRGs ?

## Zwei eigenständige Versorgungsformen

- Sequentielle Mehrtages-Fälle (Tages- und Nachtkliniken)
- Ein-Tages-Fälle (Chemotherapie, Strahlentherapie,...)

Unbestimmtheit bei „Spaltenlösung“: Tagesfälle immer teilstationär oder freie Wahl der Spalte ?

Alle vollstationären DRGs teilstationär, teilstationäre Herztransplantation,...?  
Bitte keine Öffnung der Krankenhäuser durch die kalte Küche!

Homogenität der teilstationären DRGs besser, wenn keine Kopplung an vollstationäre DRGs. Auch mehr Splits möglich.

# Konfliktfeld Zusatzentgelte

**DKG: jenseits der 800**

**GKV: keine österreichischen Verhältnisse**

**GKV-Forderungen:**

- nur bei nachweisbarer Varianzreduktion
- Mindestmengen (z.B. 500)
- Ergebnis von Kalkulation
- Zeitliche Befristung
- Abrechnungsregel (z.B. nur einmal je Fall abrechenbar...)

**Resultat: jenseits von 800, keine Einigung bislang**

# FPÄndG - Ausnahmebereiche

**§ 17 b Absatz 7 Satz 1 Nr. 3 KHG**

**BMGS kann Ausnahmebereiche unabhängig von Selbstverwaltungsentscheidungen festlegen.**

**AOK-Bewertung:**

**inakzeptabel**

- Keiner kalkuliert mehr, alle antichambrieren im BMGS
- Kernerarbeit durch die Selbstverwaltung, landesherrliche Geschenke vom Ministerium - das ist kein Modell für die Arbeitsteilung BMGS-Selbstverwaltung

# Änderungsvorschläge der AOK für das G-DRG System 2004

Den AOK-Vorschlägen liegen Falldaten aber keine Kalkulationsdaten (Kosten) zu Grunde.

Die Änderungsvorschläge des AOK-Bundesverbandes sind drei Bereichen zuzuordnen:

- **Systematische Änderungen (10 Vorschläge)**
- **Kondensation kostenhomogener DRGs (29 Vorschläge)**
- **Splits (6 Vorschläge) und Alterssplits insbesondere Kinderherzchirurgie (11 Vorschläge)**

# Beispiel: Reihenfolge der Nebendiagnosen

Je nach Reihenfolge der Kodierung der Nebendiagnosen kann - in nicht allzu vielen Fällen - der PCCL Wert des Falls differieren. Dies widerspricht der Aussage, die Reihenfolge der Nennung spiele keine Rolle.

Theoretisch ist dies in vielen Kombinationen möglich  
(> 1000)

Eine eindeutige und sinnvolle Reihenfolge der Kodierung der Nebendiagnosen kann nicht vorgegeben werden.

Unstimmigkeiten in der Abrechnung sind vorprogrammiert, weil Krankenhäuser und Kassen gruppieren und unterschiedliche Ergebnisse ohne logische Grundlage entstehen.



# Kondensation kostenhomogener DRGs

## Beispiel

Folgende DRGs weisen einen hohen Grad an Homogenität bezüglich der Kosten auf:

**D07Z Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Sialadenektomie (RG: 0,860)**

und

**D12Z Andere Eingriffe im HNO Bereich (RG: 0,855)**

## Vorschlag:

**Auflösung der DRG D07Z und Eingliederung der Fälle in die DRG D12Z**

# Beispiel: Alterssplitts

## DRG-Beispiel:

Bei der DRG F09Z Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine zeigte sich in AOK-Datenbeständen, dass die Patienten unterhalb von 20 Jahren eine um 40 Prozent längere Verweildauer hatten, als Patienten, die älter als 20 Jahre waren. Auch bei den durchschnittlichen Erlösen nach BPfIV war ein vergleichbarer Effekt zu beobachten.

Die Daten geben Anlass zu der Fragestellung, ob die Vergütung der Kinderherzchirurgie durch den vorgeschlagenen Alterssplitt besser abgebildet werden.

## Lösung:

Es ist zu prüfen, ob es erforderlich ist, einen Alterssplitt bei 20 Jahren in die DRG einzufügen.

# Gang der Handlung

## 1 DRG-Kalkulation

- Verbesserung in der zweiten Runde
- Mittelfristige Optimierung

## 2 G-DRG: von v1.0 zu v2.0

- Zum Regelwerk
- Vorschläge der AOK

## 3 Probleme an der Sektorengrenzen

- Abgrenzung Akut/Reha
- Abgrenzung ambulant/stationäre

## 4 Fazit

# Geriatric-Options im DRG-System

## 1 Ausnahme-Bereich

- weiterhin Abrechnung über tagesgleiche Pflegesätze
- Gesetzesgrundlage nur für 2004 (§ 6 Absatz 1 KHEntgG)
- Gegenargument: Türschild-Abgrenzung (Geriatrische Versorgung findet auch in der Inneren,.... statt)

## 2 Zuschläge oder Zusatzentgelte

- Wiederum: Türschild-Abgrenzung

## 3 Eigene Relativgewichtsspalte für geriatrische Leistungen

- Wiederum: Türschild-Abgrenzung

## 4 Anpassung der DRG-Klassifikation

- Alterssplit
- Prozeduren-abhängige DRGs mit geriatrischer Abgrenzung
- Einbeziehung von Fähigkeitsstörungen

# Problem: Geriatrie im Akut- oder Rehabereich ?

Im Akutbereich gehört die Geriatrie ins DRG-System.

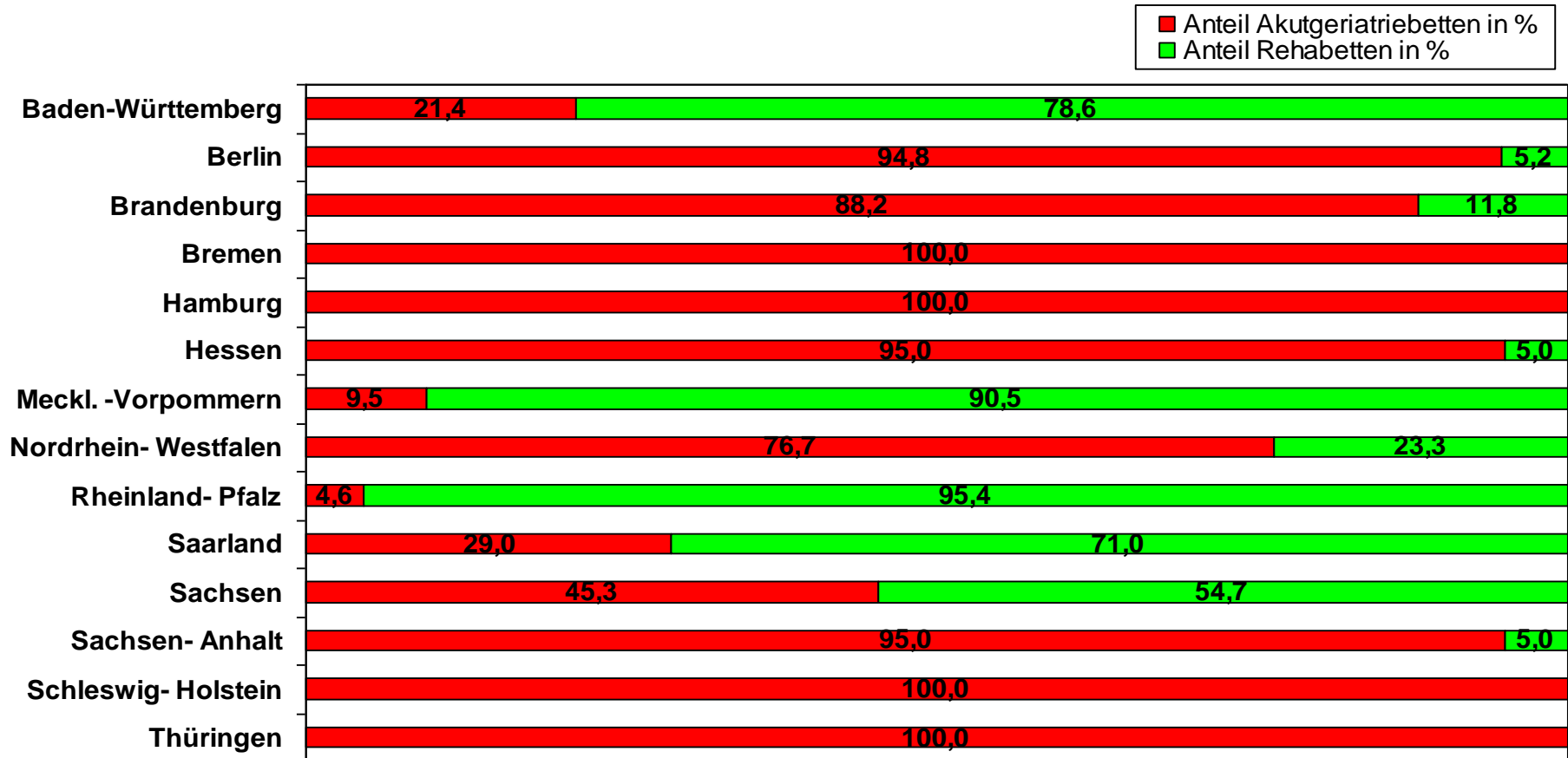
Im Rehabereichbereich wäre sie außerhalb des DRG-Systems.

Problem: Bundesweit keine einheitliche Lösung.

Das Problem wird spiegelbildlich zu diskutieren sein für die Abgrenzung:  
geriatriische Tagesklinik vs. geriatriische ambulante Reha.

# Akutgeriatrie und Bundesländer

## Verteilung Geriatriebetten in Akut- und Reha-Betten



# Handlungsbedarf

**Das SGB V definiert für die Versicherten einen einheitlichen Leistungsanspruch. Da sich dieser erst durch real existierende Anbieter einlösen lässt, erfordert dies bundeseinheitliche Vorgaben.**

**Die derzeitige Landesplanung im geriatrischen Bereich führt den einheitlichen Leistungsanspruch ad absurdum.**

**Die Einführung von leistungsgerechter Vergütung wird in Konflikt zur planungsgerechten Vergütung stehen.**

**Die DRG-Einführung wird die föderale Vielfalt tendenziell neu ordnen.**

# Akut/Reha-Abgrenzung vereinheitlichen !

Die geriatrischen Einrichtungen werden - zwangsweise - die Verweildauern erheblich kürzen.

Wie in kaum einer anderen Fachrichtung wird dies zu Verschiebungen in die Reha führen.

Im budgetneutralen Umstieg bedeutet das weniger Leistung für das gleiche Geld - eine Pervertierung des Postulats „budgetneutral“

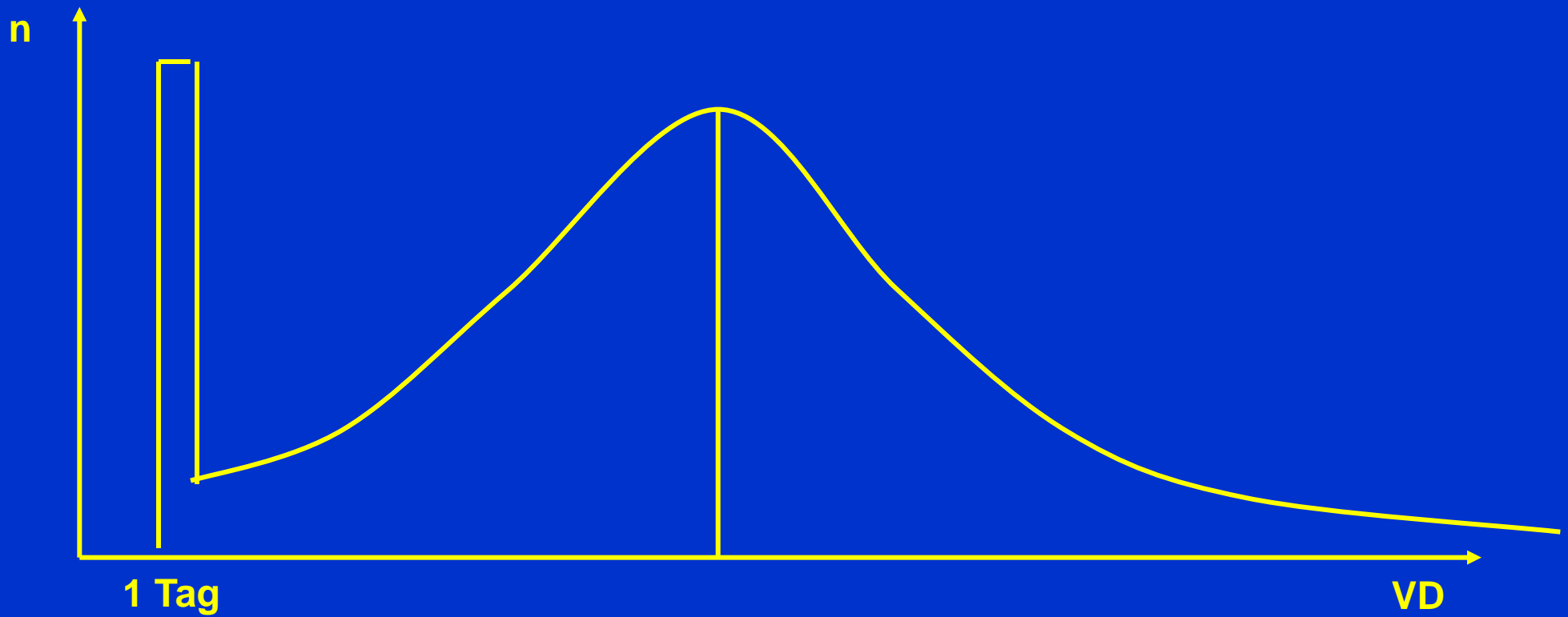
Konsequenz: Reha gehört in die Reha. Die Verlagerung in die Reha muss als geordneter Prozess mit Umwidmung von Häusern (und entsprechenden Budgetübertragungen) organisiert werden.



# Ambulante Versorgung durch KHe

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

# Problem: Bimodal durch Tagesfälle

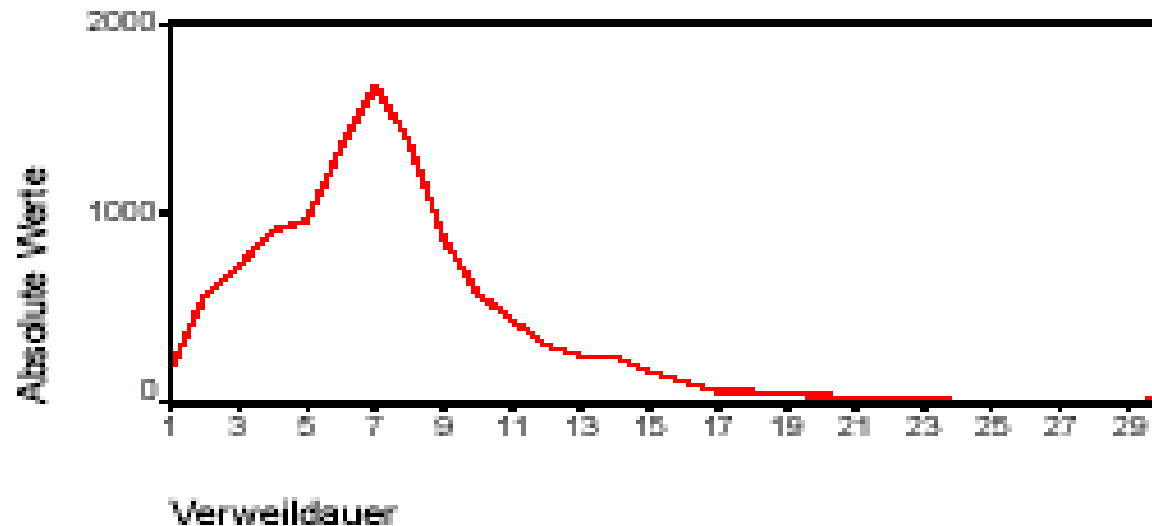


# Der „Idealfall“

Verweildauer je DRG

2002, Haupt/Beleg

DRG: C03Z Eingriffe an der Retina



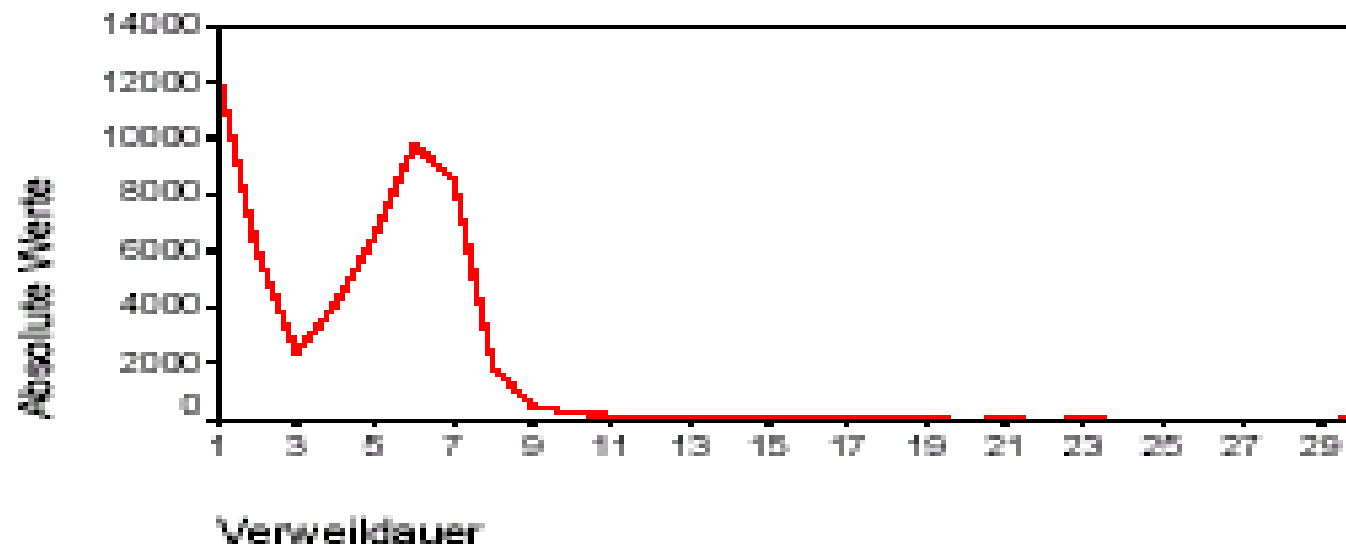
ES/le gewichtet nach CITY

# Bimodal durch ambulante Fälle

Verweildauer je DRG

2002, Haupt/Beleg

DRG: D11Z Tonsillektomie oder Adenotomie

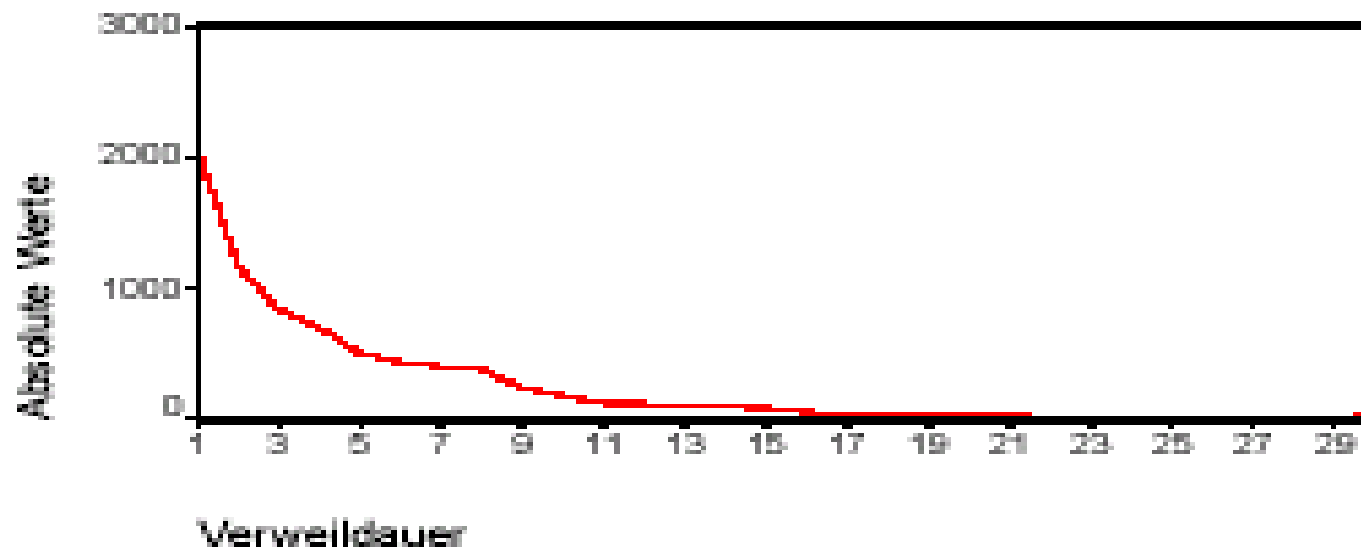


# „Ambulant dominierte“ DRG

Verweildauer je DRG

2002, Haupt/Beleg

DRG: B77Z Kopfschmerzen



**11 DRGs haben einen VwD-Modalwert von 0, 165 von 1 (Übernachtung)**

# Trennung ambulant-stationär

Tagesfälle reduzieren bei einigen DRGs die Homogenität und zerren die Relativgewichte nach unten.

Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung ist diskussionswürdig, aber sie verlangt eine schärfere Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Die Öffnung der Krankenhäuser muss mit klaren Kriterien verbunden werden - bezüglich des Bedarfs, bezüglich des Vergütungsniveaus und bezüglich der Aufnahmekriterien.

In § 39 SGB V wird ein neuer Absatz nötig zur Definition von „Aufnahmerichtlinien“ - anstelle von indirekten Regelungen wie § 17 c KHG oder § 115 b SGB V.

# Fazit

- 1 Das Problem der Relativgewichts-Kompression wird sukzessive durch Verfeinerung der Kalkulation beseitigt.**
- 2 Die Qualität des DRG-Systems wird durch eine datengetriebene und regelgebundene Weiterentwicklung gesichert. Die Lautstärke lobbyistischer Aktivität darf keine Rolle spielen.**
- 3 Rehabilitation kann nicht über akutstationäre DRGs finanziert werden. Reha gehört in die Reha. Klare Sektorabgrenzung der Vergütung erhöht die Homogenität der DRGs.**
- 4 Pseudostationäre (ambulante) Versorgung verzerrt die Relativgewichte. Ambulante Versorgung muss durch ein eigenes Vergütungssystem finanziert werden.**

**Herzlichen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!**