



Charité - Universitätsmedizin Berlin

**Medizin-Controlling
Stabsstelle des Vorstandes**

Aktueller Stand der DRG-Einführung

PD Dr. med. Diethelm Hansen

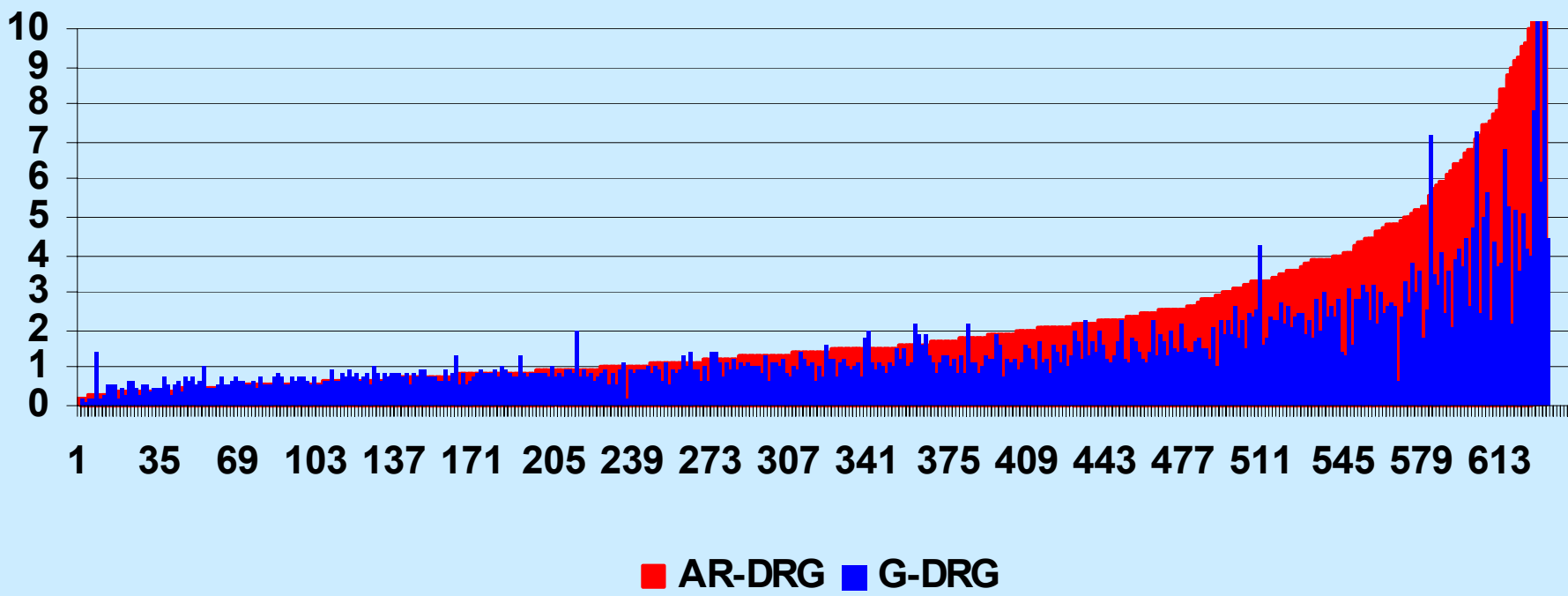
**Ernährung 2004, Jahrestagung der DGEM
6-8. Mai 2004 München**

▶ Entwicklungsschritte

- 2003: australische DRG mit deutschen Verweildauern und Preisen (G-DRG 1.0)
 - freiwillige Anwendung
- 2004: erster Schritt zum deutschen DRG-Katalog (G-DRG 2.0)
 - verbindliche Anwendung
- 2005: möglichst weitgehende Anpassung an Versorgungsstruktur in Deutschland
 - **erstes Jahr mit direkter ökonomischer Wirkung**
- ab 2006: jährliche Überarbeitung des DRG-Kataloges

► **Kompressionseffekt**

Relativgewichte aufsteigend (Basis AR-DRG)



■ AR-DRG ■ G-DRG

**billige (einfache) Leistungen sind zu teuer
teure (aufwendige) Leistungen zu billig**

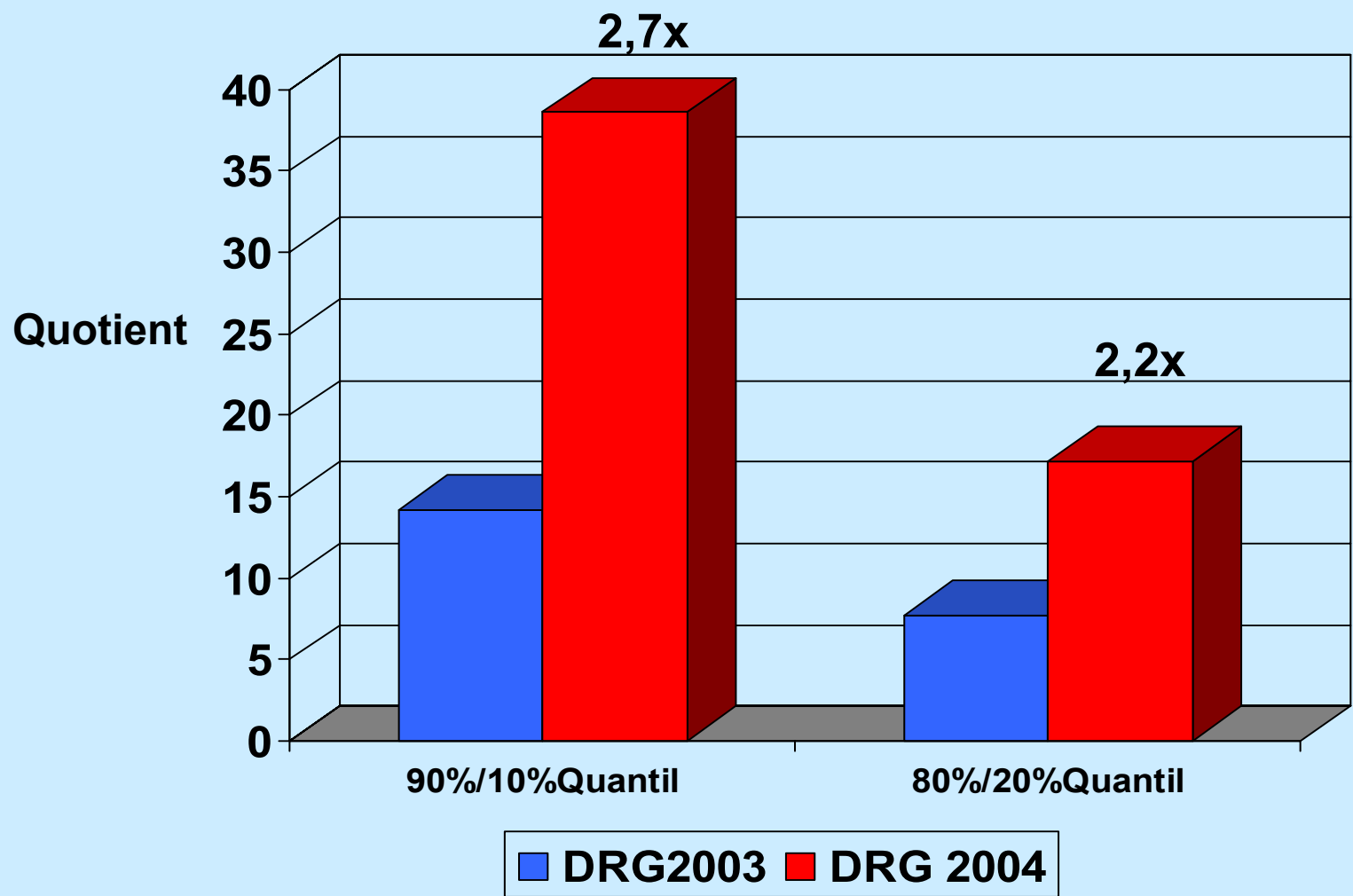
Ursachen

- **Verwendung geometrischer Mittelwerte (Kosten und Verweildauer)**
- **mangelnde fallbezogenen Kostenerfassung in deutschen Krankenhäusern**
- **mangelhafte Kodierqualität (falsche Zuordnung zu DRG)**
- **aufwendige Fälle unterrepräsentiert (keine Universitätsklinik beteiligt)**

► Änderungen für 2004

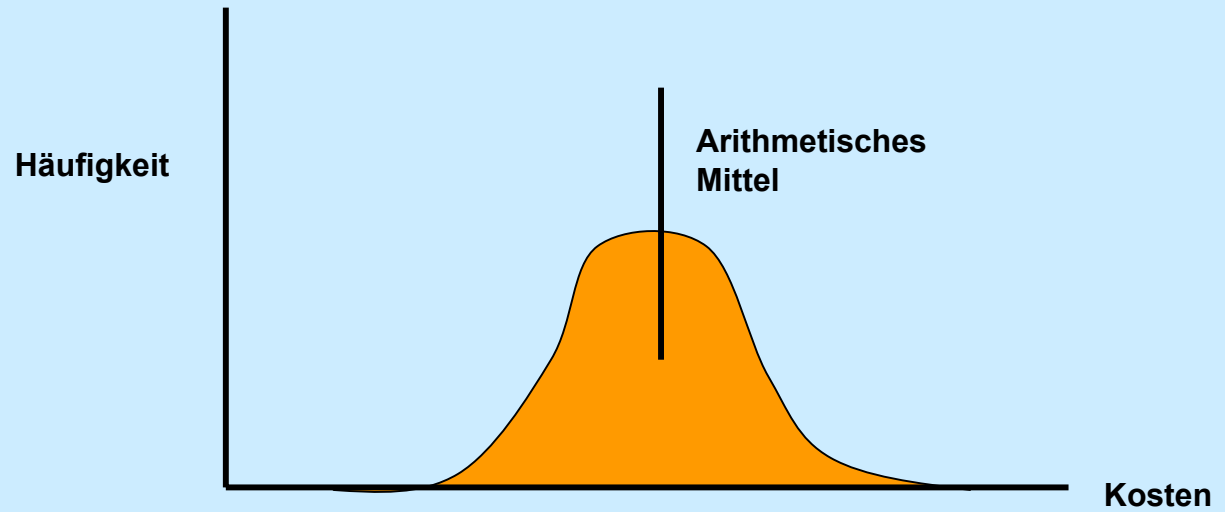
	<i>G-DRG 1.0 (gültig 2003)</i>	<i>G-DRG 2.0 (gültig 2004)</i>
Anzahl DRG (arithmetische MW)	664	824
ohne Bewertungsrelation	22	18
Tages-DRG (Voraussetzungen für eine vollstationäre Behandlung müssen erfüllt sein, §39 SGB V)	2	46
Zusatzentgelte (besonders aufwendige Leistungen)	-	24
Teilstationäre Leistungen	über DRG	Tagesgleiche Pflegesätze
Frührehabilitation/geriatrische Komplexbehandlung DRG	-	23
Transplantationsmedizin DRG	-	31
Langzeitbeatmung DRG	2	10

Quotient der Mittelwerte oberes/unteres Quantil der Relativgewichte (Abschlussbericht INEK)

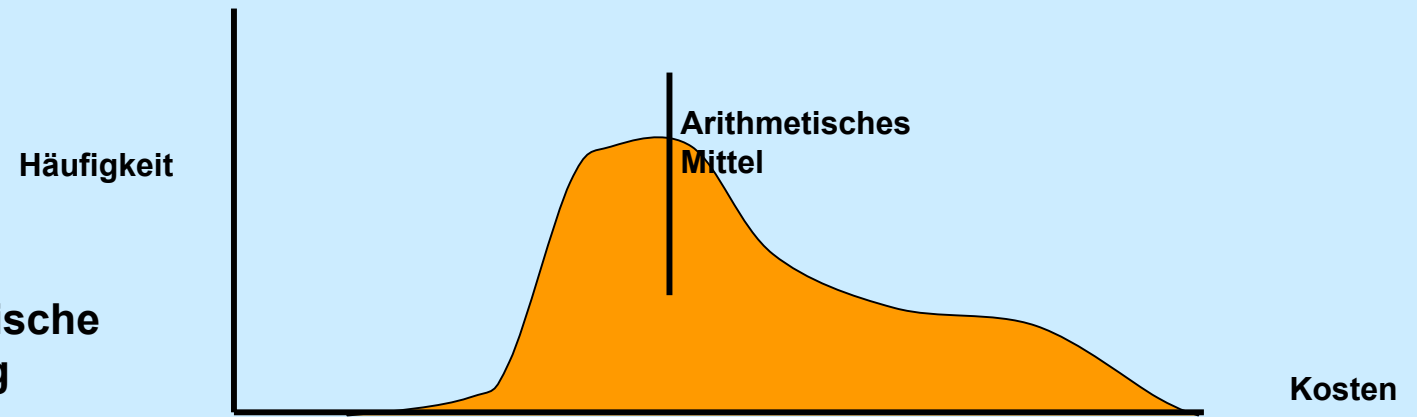


► Kostenhomogenität der DRG

Homogene
symmetrische
Kostenverteilung



inhomogene
rechtsasymmetrische
Kostenverteilung

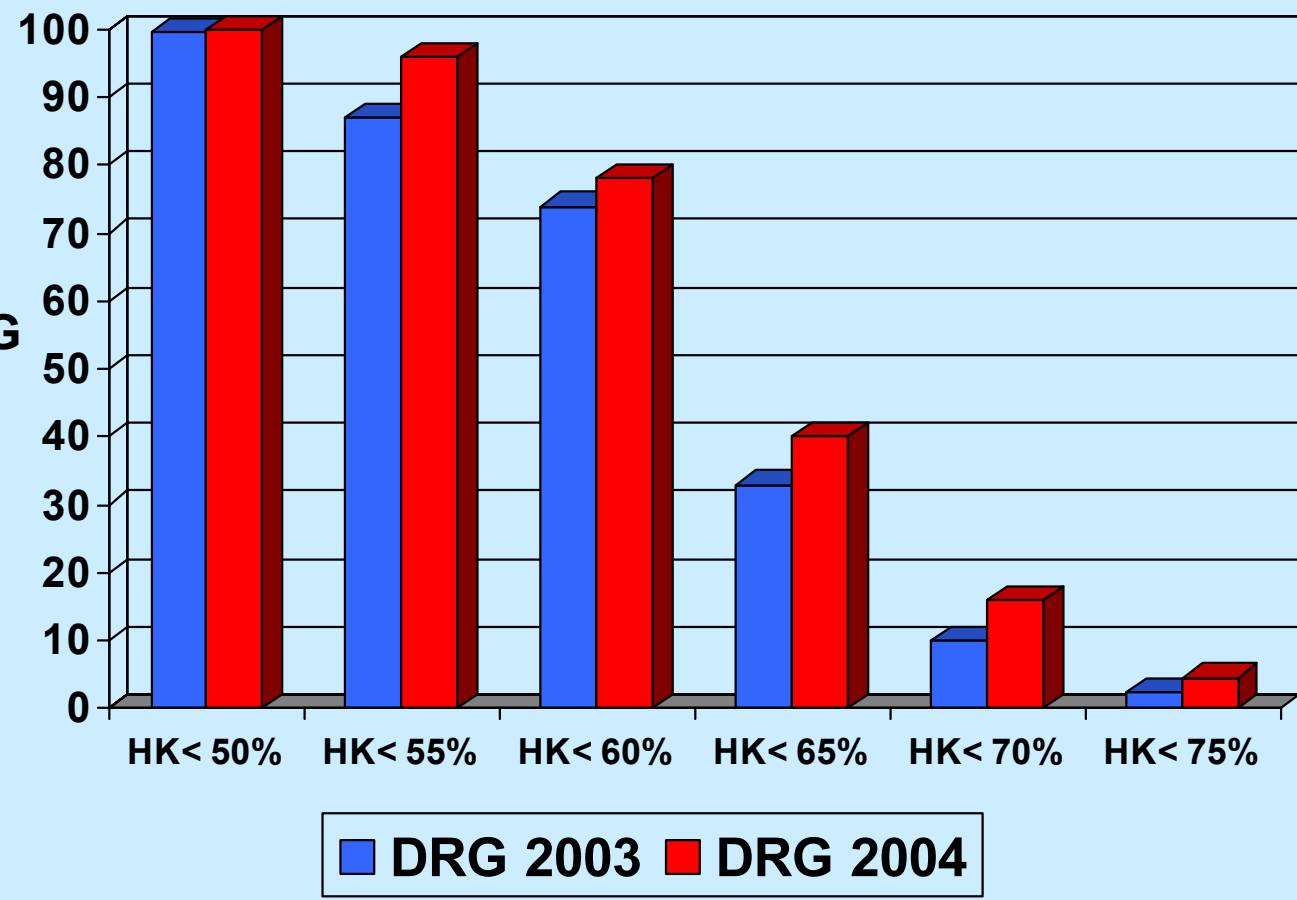


► **Verbesserung der Kostenhomogenität**

**Homogenitätskoeffizienten (HK) der DRG
(Abschlussbericht INEK)**

$$HK = \frac{1}{1 + \text{Variationskoeffizient Fallkosten}} = \frac{1}{1 + \frac{SD}{MW}}$$

Anteil an DRG (%)



► Zusatzentgelte

Teure Implantate

ZE 20	Tumorendoprothesen
ZE 21	Beckenimplantate
ZE 22	Links-Rechtsventrikuläre Herz-Assistentensysteme
ZE 23	Stentgraft-Prothesen zur Behandl. Aortenaneurysmen
ZE 25	individuell nach CAD-gefährtige Titanrekonstr. Gesichtsbereich
ZE 26	Ramus-Distraktoren
ZE 27	ZNS-Stimulatoren
ZE 28	implantierbare Medikamentenpumpen
ZE 29	künstl. Blasenschließmuskel

Teure Medikamente

ZE 39	Bluter
-------	--------

Sonstige

ZE 40	Versorg. Schwerstbehinderter
ZE 42	Fremdbezug von Stammzellen
ZE 44	med.-freisetzende Stents

Aufwendige Therapieverfahren

ZE 24	ECMO
ZE 01	Hämaodialyse (bundeseinheitlich)
ZE 30	Nierenersatzverfahren (KH-individuell)
ZE 31	Hämoperfusion
ZE 32	Leberersatzverfahren
ZE 33	Extrakorp. Photopherese
ZE 34	Plasmapherese
ZE 35	Immunabsorption
ZE 36	LDL-Apherese
ZE 37	Zellapherese
ZE 38	Isolierte Extremitätenperfusion

Aufwendige Diagnostik

Keine ZE

ZE 41	Retransplantation
ZE 43	Zwerchfellschrittmacher

▶ Zusatzentgelte

Die Zusatzentgelte sind **keine zusätzlichen Erlöse**, sondern reduzieren das DRG-Budget und reduzieren dadurch den Basisfallwert

Offene Fragen:

- Welche Preise können mit den KK ausgehandelt werden?
- Welche Mengen können ausgehandelt werden?
- Wie wird eine Mengenausweitung vergütet?

Probleme:

- Viele der ZE können erst mit dem OPS-Katalog 2004 verschlüsselt werden!
- Mengenermittlung geht nur in Zusammenarbeit mit den Kliniken!

Positiv:

- **Signal an die Krankenkassen: es gibt vollstationäre Behandlungsnotwendigkeit für 1 Tag**

Gefahr:

- **Krankenkassen überprüfen die Fälle auf die Notwendigkeit der stationären Aufnahme (§39 SGB V)**
- **Abgrenzung zu stationersetzenden Leistungen nach §115b**
- **Abgrenzung zu teilstationär**

► Vergütungselemente 2004

	Vergütungselement	Definition	Budgetanteil Charité
1.	BPfIV-Bereiche	- Psychiatrie, - Psychosomatik	3 %
2.	§ 6.1 nicht über Fallpauschalen abzurechnen	- 18 Leistungen (DRG)	< 1%
		- teilstationäre Leistungen	2%
3.	§ 6.2 innovative Leistungen	??? Anträge	
4.	Zusatzentgelte	- 24 teure Spezialleistungen	< 2%
5.	Zuschläge für besondere Einrichtungen	- lange Verweildauer - hohe Vorhaltekosten	???
6.	DRG	- 824 DRG	92 – 93%

► Hämato-/Onkologie besser bewertet?

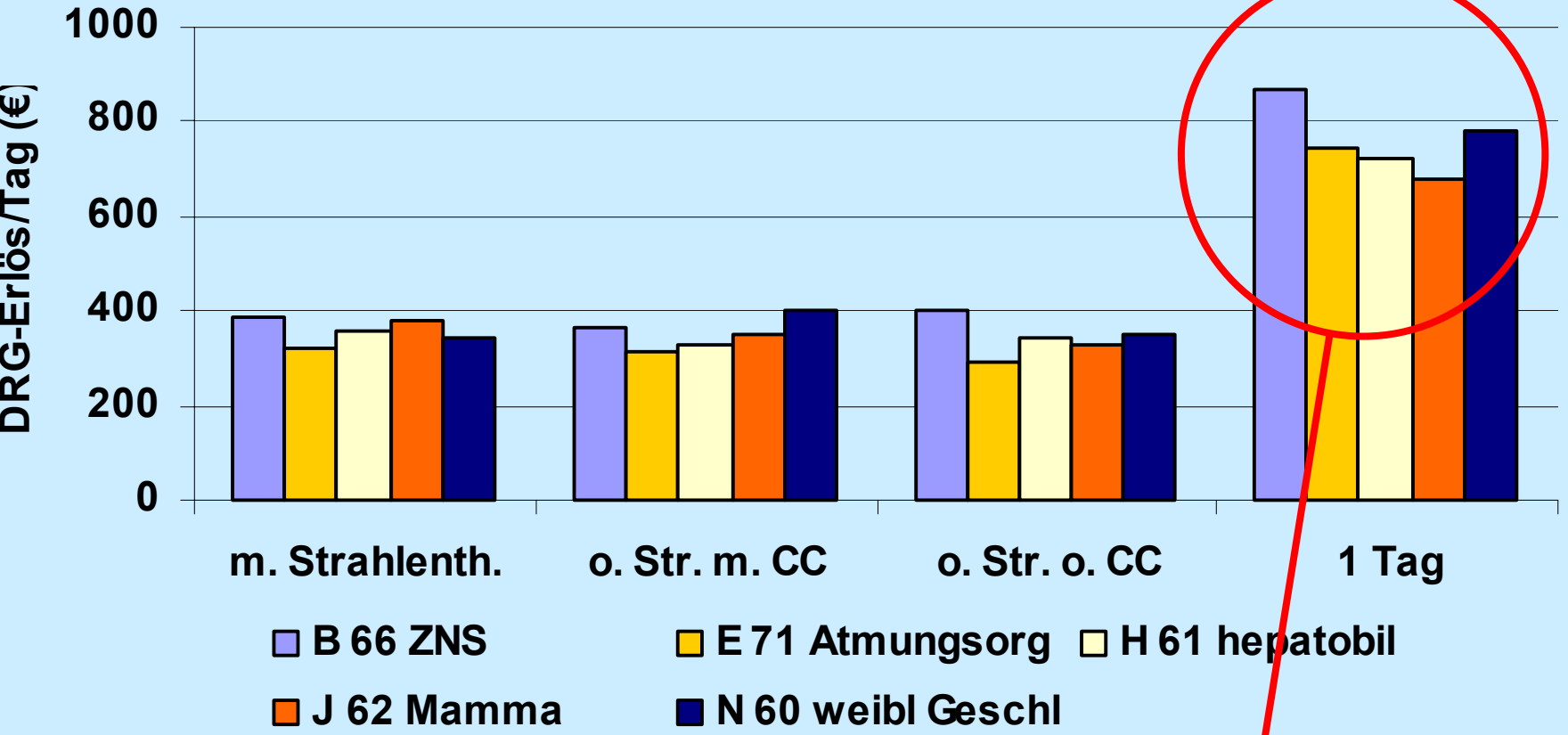
DRG: H 61 bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas

<i>DRG</i>		<i>RG</i>	<i>VWD</i>	<i>RG/Tag</i>	<i>€/Tag</i>
H61 A	Mit Strahlentherapie, mit äußerst schweren oder schweren CC	2,120	17,9	0,11	355
H 61 B	Ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,062	9,7	0,12	328
H 61C	Ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere oder schweren CC	0,667	5,8	0,11	345
H 61 D	1 Belegungstag	0,242	1	0,24	726

Komplikationen und Strahlentherapie kosten nichts? der Patient liegt „nur“ länger?

Warum kostet der Tagesfall doppelt so viel? Pauschale für Chemotherapie?

► Hämato-/Onkologie besser bewertet?



alle Karzinome haben gleiche Kosten/Tag?

alle Chemotherapien haben gleiche Kosten?

▶ Hämato-/Onkologie

Australien (Kostenstudie 2001)

<i>Malignom</i>	<i>Fallkosten /Tag</i>
Leukämie	1.112 \$
Lymphome	605 \$
Sonst. Malignome	512 \$
Brustkrebs	481 \$
Kolon-Carcinom	289 \$

Deutschland G-DRG 2.0

<i>Malignom</i>	<i>Fallkosten /Tag</i>
Atemwege	310 €
Mamma	353 €
Hepatobiliäres System	328 €
Zentrales Nervensystem	365 €
Weibl. Geschlechtsorgane	398 €

„Different Cancers have **different** costs.“

„Different Cancers have **same** costs“



das G-DRG 2.0 System unterfinanziert onkologische Hochleistungen

*Duckett & Stow.
Austr New Zealand J Publ Health 2001*

► Wiederaufnahmeregelungen

Das Krankenhaus hat eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall vorzunehmen, wenn der

1. Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer wiederaufgenommen und in dieselbe Basis-DRG eingestuft wird
2. Patient innerhalb von 30 Tagen ab Aufnahmedatum wiederaufgenommen und in dieselbe MDC eingestuft wird und 1. Aufenthalt Partition „medizinisch oder andere“ und 2. Aufenthalt „chirurgisch“
(Ausnahmen: einer der Aufenthalte ist DRG für Transplantationen, bösartige Neubildungen, Beatmung, Dialyse und Geburtshilfe)
3. Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer wiederaufgenommen wird wegen einer Komplikation

► Wiederaufnahmeregelungen

**II. Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen und gleiche MDC,
1. Aufenthalt medizinisch/andere und 2. chirurgische Partition**

1. Aufenthalt: 1.11.- 8.11.2003

G 64 B entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn)
(MVD 6,7 d, obere GVWD 17 d)

2. Aufenthalt: 28.11.- 20.12.2003

G 02 B gr. Eingriffe am Darm mit CC
(MVD 21,3 d, obere GVWD 39 d)

Abrechnung:

**Fallzusammenführung, da gleiche MDC G, 1. Aufenthalt
medizinisch, 2. chirurgisch:**

(VWD: 8 + 22 Tage = 30 Tage)

DRG G 02 B gr. Eingriffe am Darm mit CC
(1. Aufenthalt wird nicht bezahlt!)

3. Wiederaufnahme innerhalb der oberen GVWD und medizinische Komplikation

1. Aufenthalt: 1.11.- 8.11.2003

G 64 B entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn)
(MVD 6,7 d, obere GVWD 17 d, RG 0,674)

2. Aufenthalt: 15.11.- 20.12.2003

J 64 B Infektion Haut (Abzess Bauchwand)
(MVD 7,9 d, obere GVWD 17 d)

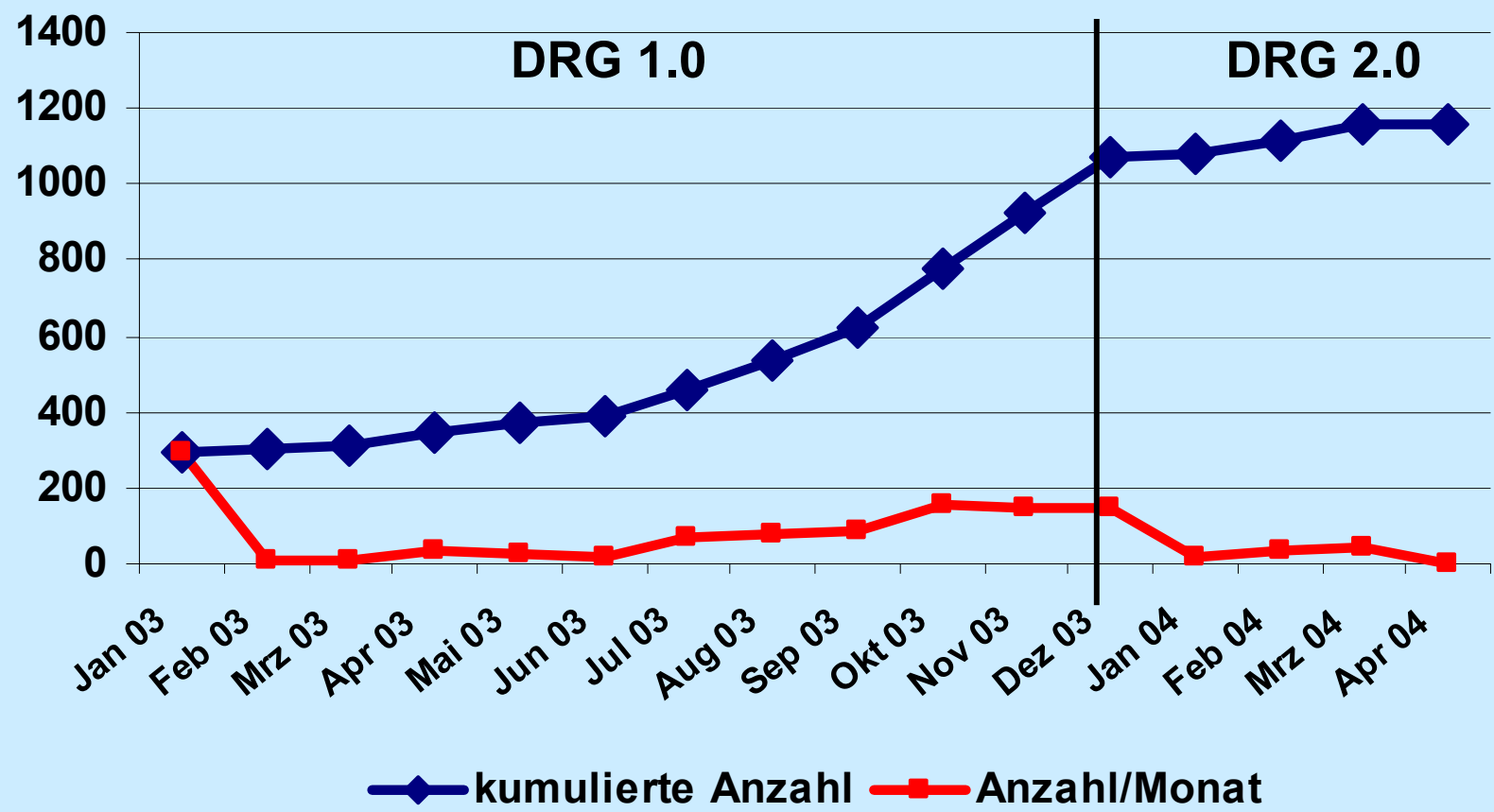
Abrechnung:

Fallzusammenführung, da Komplikation?

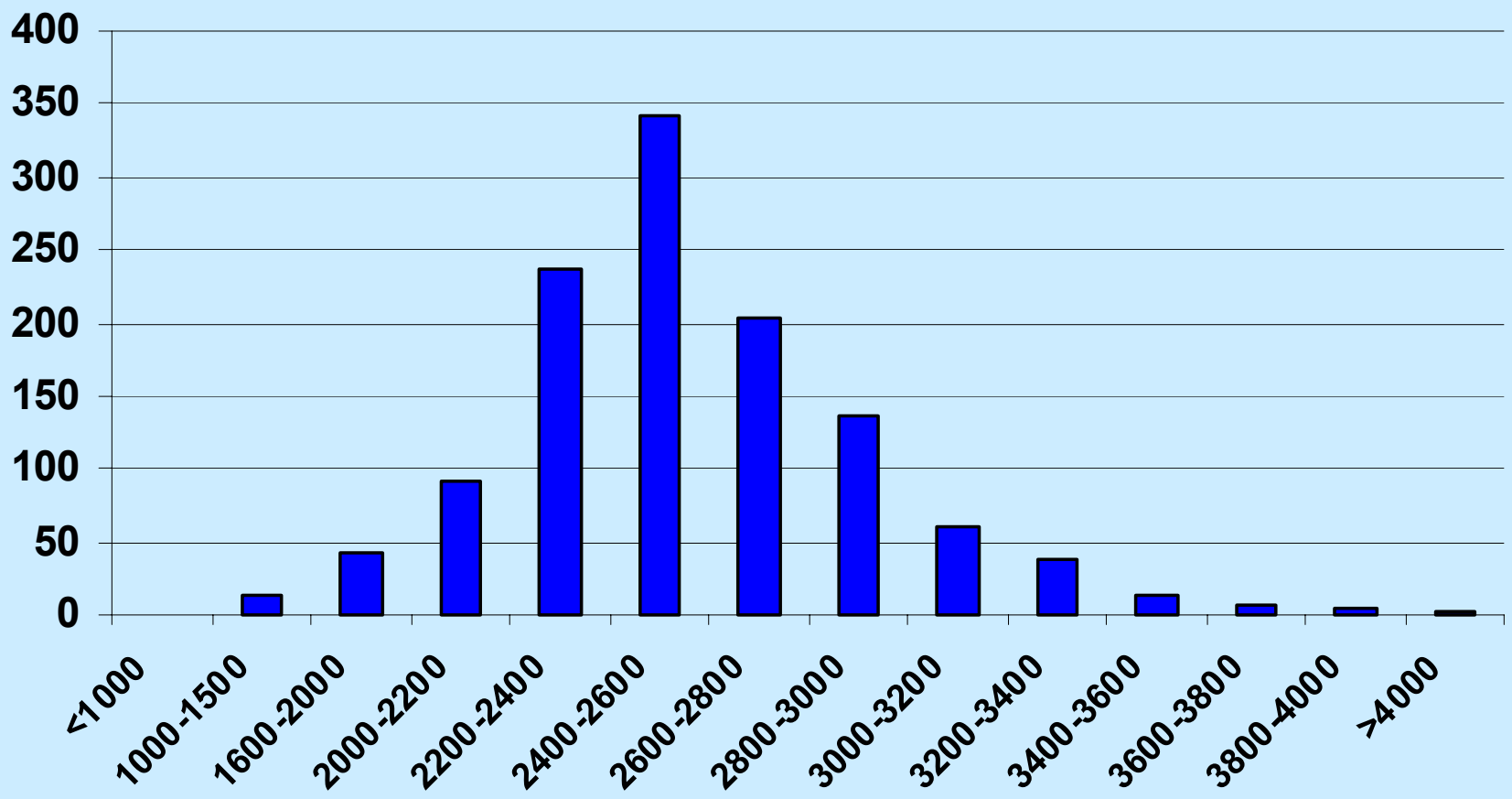
(VWD: 8 + 5 Tage = 13 Tage)

DRG **G 64 B** Entzündliche Darmerkrankung mit CC
(2. Aufenthalt wird nicht bezahlt!)

Anzahl nach DRG-abrechnender Krankenhäuser (Statistik der AOK April 2004)

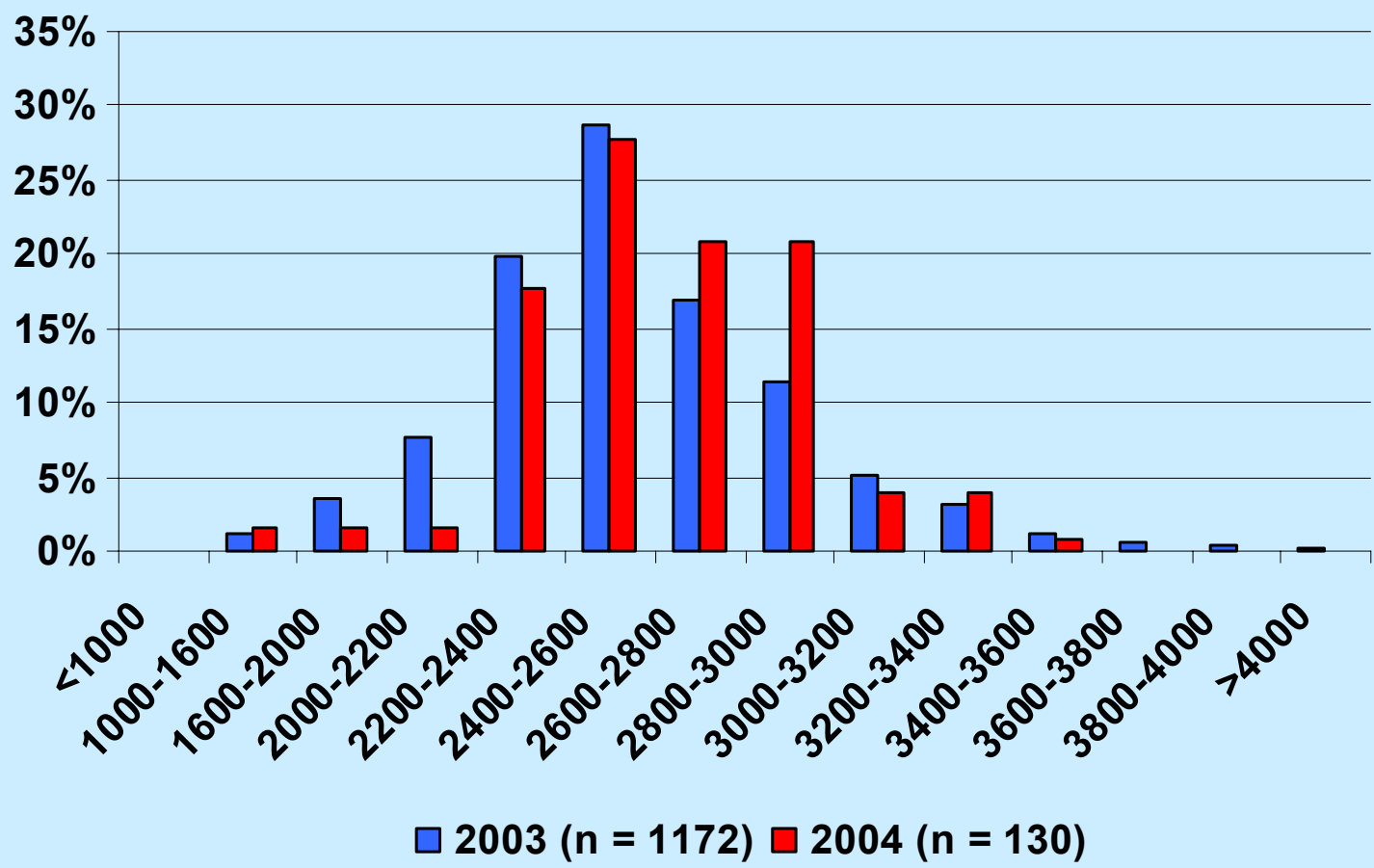


Basisfallwerte der optierten Krankenhäuser 2003 (Statistik der AOK)



Basisfallwerte 2003 (DRG 1.0) und 2004 (DRG 2.0) - Statistik der AOK -

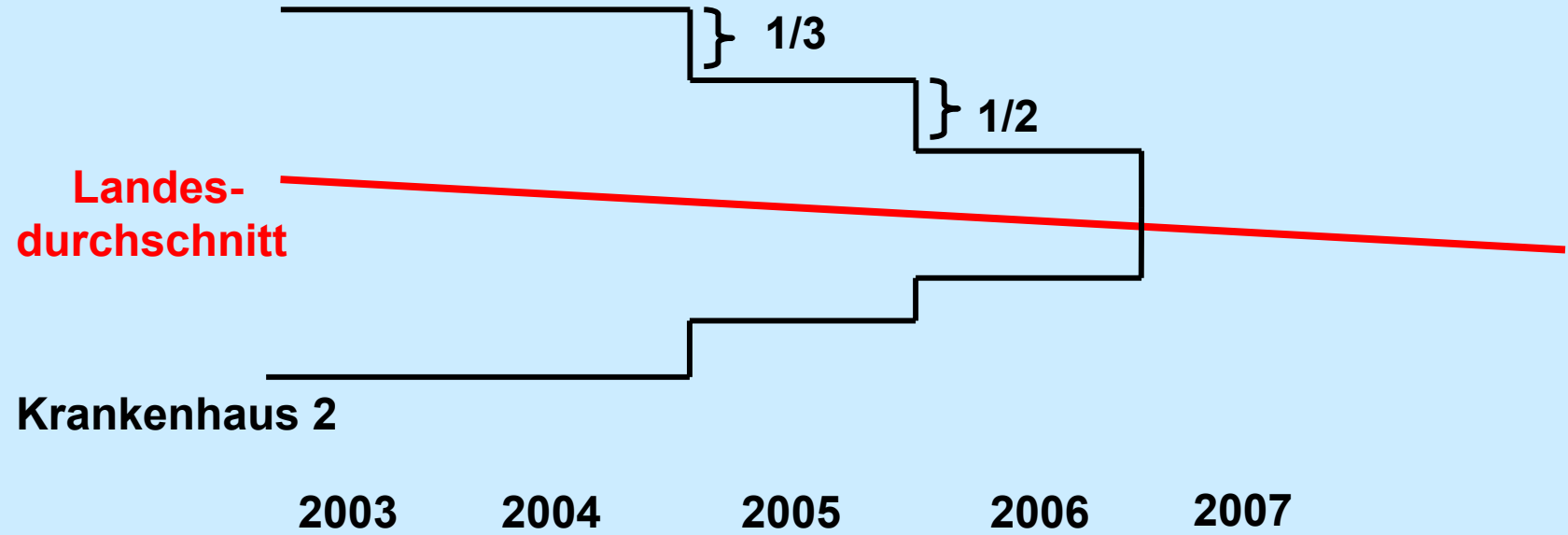
Anteil der
Krankenhäuser



- **gigantische Umverteilung von Budgetanteilen zwischen Krankenhäusern**
- **umzuverteilendes Volumen: ca. 10 – 25% des gesamten Ausgabenvolumens für die stationäre Versorgung**
- **Verlierer sind die Universitätsklinika, andere Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung und hochspezialisierte Kliniken**

Landesweit einheitliche Preise durch Anpassung des Basisfallwertes

Krankenhaus 1



Krankenhaus 2

2003

2004

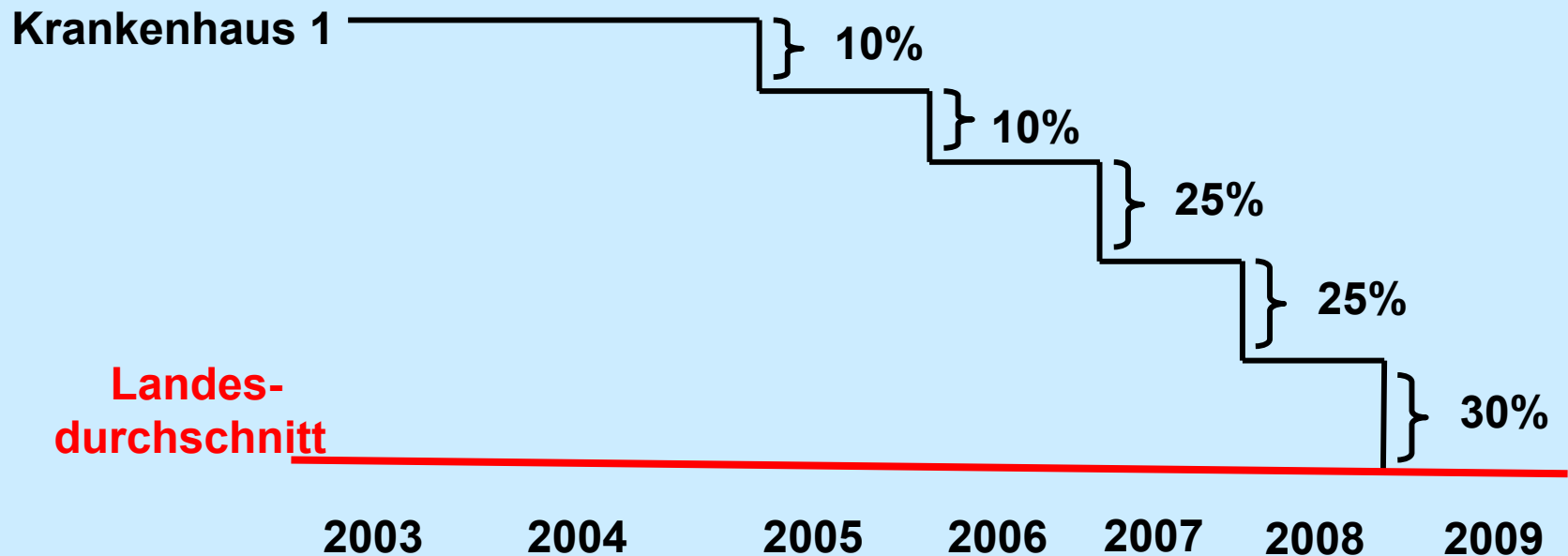
2005

2006

2007

► Konvergenzphase (mögliche Realität)

- 1. Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft**
- Verlängerung der Konvergenzphase auf 5 Jahre (2005-2009)
- 2. Ausweitung der Ausnahmeregelungen**
(besondere Einrichtungen und Leistungen)
- 3. Änderung des „Einfallswinkels“**



Grenzen der Optimierung der Kostenkalkulation

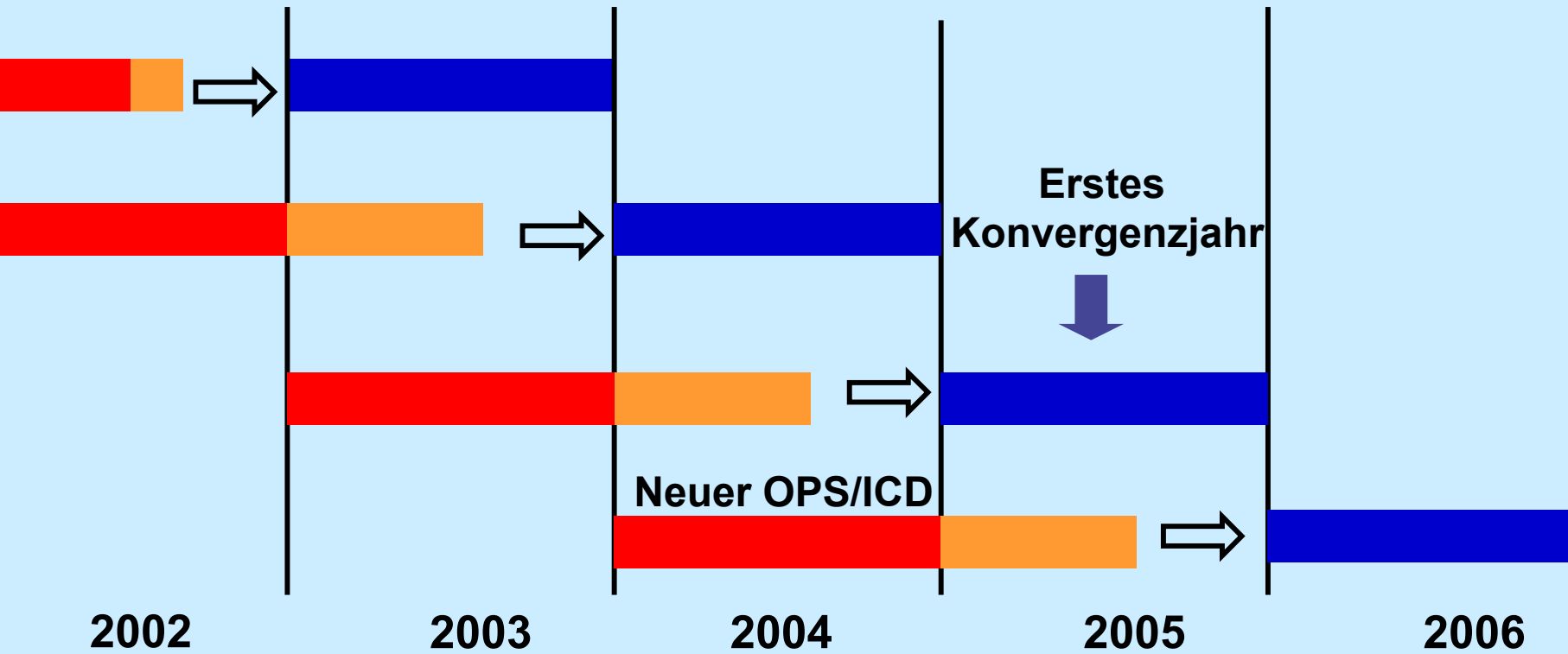
- Verrechnung der Personalkosten über Schlüssel (PPR, Tage)
- Verrechnung der Basiskosten über Schlüssel (Tage)

Folgen:

- Relativgewichte bleiben stark verweildauerabhängig
- bei sinkender Verweildauer in Deutschland sinken die Relativgewichte
- teure Einzelfälle werden nicht sachgemäß abgebildet
- Spezialisierungen bleiben unterfinanziert

▶ Weiterentwicklung des Systems

- Datenerhebung
- Auswertung
- Gültigkeit



mehr Zusatzentgelte 50 - 60

Verbesserung der Vergütung teurer Einzelfälle

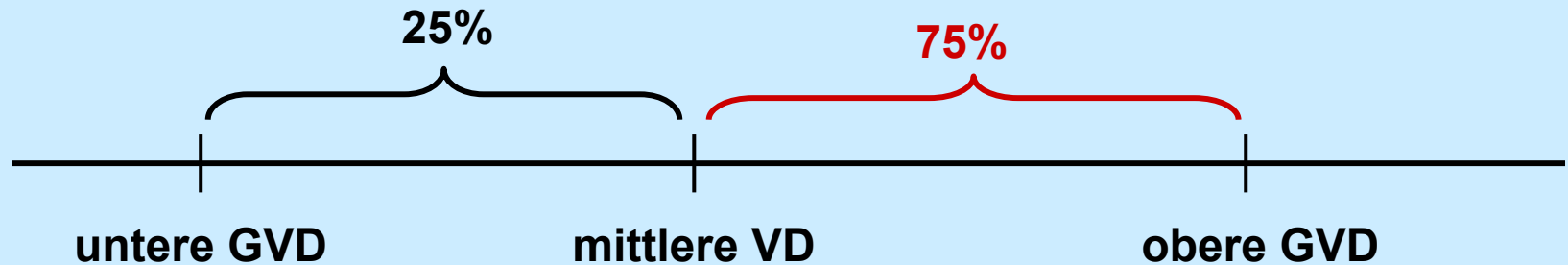
Verbesserung der Vergütung der Langlieger

mehr Ausnahmeregelungen (besondere Einrichtungen)

Vereinheitlichung der Vergütung für teilstationär/Tagesfälle

Verordnung vom 19.12.2003

- ▶ > 75% aller Fälle zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer liegen oberhalb der mittleren Verweildauer



- ▶ > 50% aller Fälle oberhalb der oberen Grenzverweildauer

