

G-DRG-Systementwicklung 2011

Deutscher Krankenhaustag

17. November 2010

Düsseldorf

Dr. Roland Laufer

Geschäftsführer, Dezernat II, Krankenhausfinanzierung und –planung

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT e.V.

Bundesverband der Krankenhausträger

in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3, 10623 Berlin

G-DRG – System 2011

Vereinbarungen für den KHEntgG - Bereich:

- ▶ Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011), bestehend aus
 - Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen (einzelne redaktionelle Anpassungen gegenüber dem Vorjahr)
 - Fallpauschalen-Katalog 2011, inkl. Katalog der Zusatzentgelte
- ▶ Prolongation der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen des Jahres 2010 wurde vereinbart (VBE 2011)
 - Der Prüfauftrag zur Palliativmedizin wird in 2011 wahrgenommen (Differenzierung der Zusatzentgelte in 2010)
- ▶ Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG (einheitlicher Basisfallwert und einheitlicher Basisfallwertkorridor)
 - Anpassung an geänderte Veränderungsrate (0,9%) notwendig

Abrechnungsbestimmungen 2011:

- ▶ Einzelne redaktionelle Anpassungen gegenüber dem Vorjahr
- ▶ Weiterhin kein Einvernehmen zu folgenden Punkten (u. a.):
 - Wiederaufnahme wegen Komplikationen („Verantwortungsbereich des Krankenhauses“?)
 - Klarstellung zur Definition der Beurlaubung
 - Teilstationäre Behandlung und Verlegung (kein Verlegungsabschlag)
 - Abrechnung von Säuglingen bei Behandlungsbedürftigkeit der Mutter

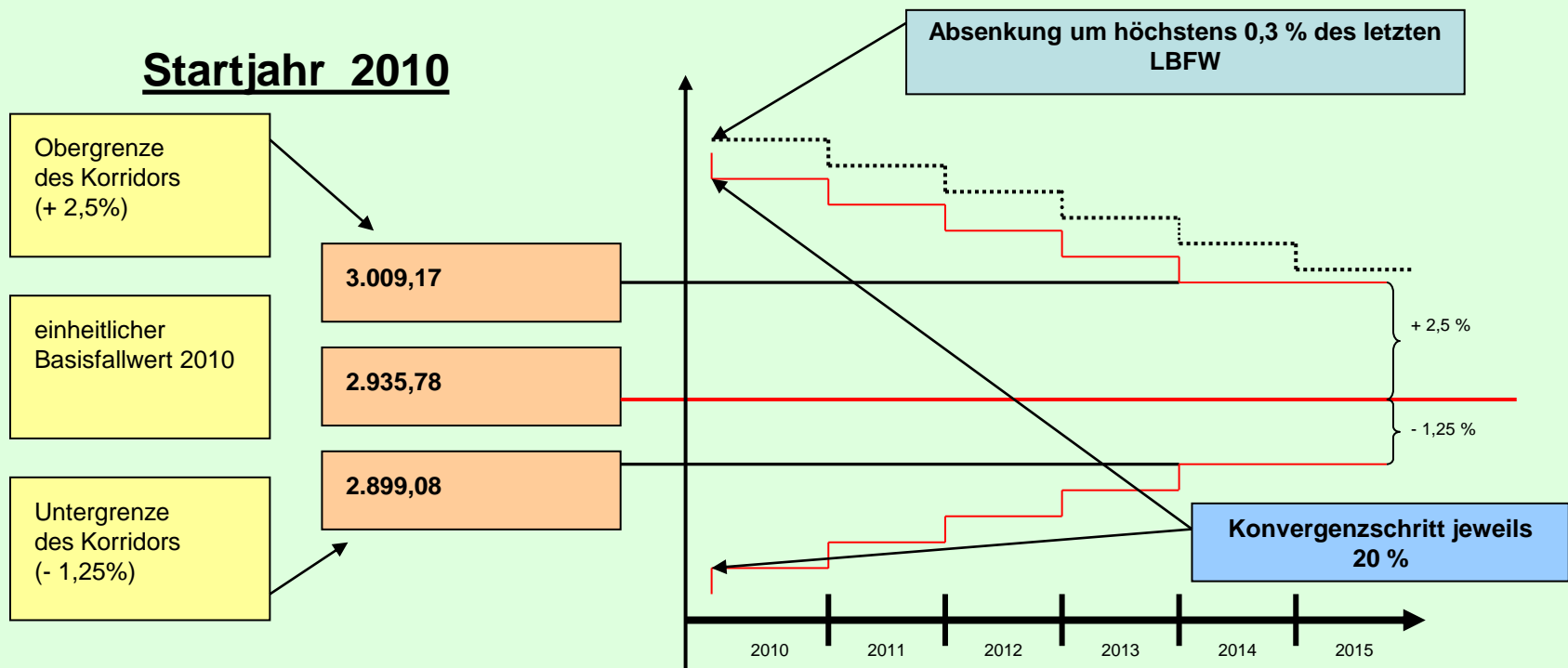
G-DRG – Katalog 2011:

- ▶ Hohes Niveau der Abbildungsqualität des G-DRG-Systems
 - durch stabile Teilnahmebereitschaft von Krankenhäusern
 - bei steigenden Anforderungen an die Datenqualität
- ▶ Konzentration auf Lösungen in bestimmten Problembereichen (Aufgabe auch für künftige Katalogrevisionen):
 - Extremkostenfälle,
 - Vergütungsdifferenzen aufgrund uneinheitlicher Kodierungen,
 - Auflösung von DRGs mit unspezifischen Falldefinitionen (Reste-DRGs).
- ▶ Konsequenzen des Verweildauerrückgangs in Bezug auf die Abgrenzung von Kurzliegern in einzelnen DRGs (in 16 DRGs unterschreitet die mittlere Verweildauer inzwischen die UGV)
 - Selbstverwaltung berät über den Anpassungsbedarf am Regelwerk

Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes 2011:

- ▶ Grundlage sind die für 2010 vereinbarten Landesbasisfallwerte
- ▶ Berücksichtigung der auf 0,9% reduzierten Grundlohnrate (GKV-FinG)
- ▶ Konvergenz zum Bundesbasisfallwert-Korridor bis 2014
- ▶ Streichung des § 10 Abs. 13 Satz 2 KHEntgG (weitere Angleichung an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert) gemäß GKV-FinG
- ▶ Daher entfällt gemäß die geplante Konvergenz zu einem einheitlichen Basisfallwert ab 2015
- ▶ Jedoch Beibehaltung der „wissenschaftlichen Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder“

Basisfallwertkorridor



Bundesbasisfallwertkorridor 2011

	2010	2011
Obergrenze des Korridors (+ 2,5%)	3.009,17	3.037,91
Einheitlicher Basisfallwert	2.935,78	2.963,82
Untergrenze des Korridors (- 1,25%)	2.899,08	2.926,77

GKV – Finanzierungsgesetz

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- ▶ Festhalten an der Grundlohnsummenbindung
 - Notwendig ist der Umstieg auf den Orientierungswert für die Kostenentwicklung im Krankenhaus wie im Gesetz vorgesehen
- ▶ Reduzierung der Grundlohnrate für 2011 (-0,25%) und 2012 (-0,5%)
 - Fehlende Öffnungsklausel für Tariflohnsteigerungen
- ▶ Abschläge auf der Ortsebene für zusätzlich vereinbarte Leistungen in 2011 in Höhe von 30%
 - Doppelte Vergütungsminderung über die Absenkung des Landesbasisfallwertes und Abschläge auf Ortsebene

- ▶ Ab 2012 ist der Abschlag krankenhausspezifisch zu vereinbaren
 - Abschlagsregelung ist zeitlich zu begrenzen (Ordnungspol. Rahmen)
 - Betrifft insbesondere leistungsstarke Krankenhäuser
 - Erneut streitbehaftete Verhandlungen vor Ort zu erwarten wie in 2009
 - Abkehr vom Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“?
- ▶ Reduzierung der Grundlohnrate auch im Bereich der Nicht-Fallpauschalen (Zusatzentgelte, NUB,...) nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
 - Absenkende Wirkung auf den Landesbasisfallwert verschärft sich
 - Betrifft insbesondere auch innovative Leistungen
 - Sachlich nicht zu begründen (Differenzkostenprinzip bei ZE)

- ▶ Keine absenkende Wirkung auf den Landesbasisfallwert bei sonstigen Zuschlägen, die bisher nicht über den Landesbasisfallwert vergütet wurden (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG - *geändert*).
(z. B. Überführung der Drittmittelfinanzierung in der Kinderonkologie)
 - Eine entsprechende Klarstellung in § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG wäre wünschenswert (absenkende Wirkung von Entgelten im Nicht-Fallpauschalenbereich).
- ▶ Klarstellung, dass die Erlössumme für Fallpauschalen die Ausgangsbasis für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes darstellt
 - Sachgerecht wäre der letzte Landesbasisfallwert ohne Ausgleiche als Ausgangsbasis, ansonsten periodenfremde Berücksichtigung von im Landesbasisfallwert berücksichtigten Fehlschätzungsausgleichen

- ▶ Ausnahmen bei Mehrleistungsabschlägen:
 - ✓ Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln
 - ✓ bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes
 - ✓ zur Vermeidung unzumutbarer Härten
 - Der letzte Punkt ist unscharf formuliert
 - Ausnahme von Mehrleistungsabschlägen sachgerecht bei:
 - Erstmals als Fallpauschale bewertete Leistungen
 - Leistungskonzentration aufgrund von G-BA-Beschlüssen
(Mindestmengen für Perinatalzentren)
 - Steigerungen durch Innovationen, med. – technischen Fortschritt
 - Weitere:...

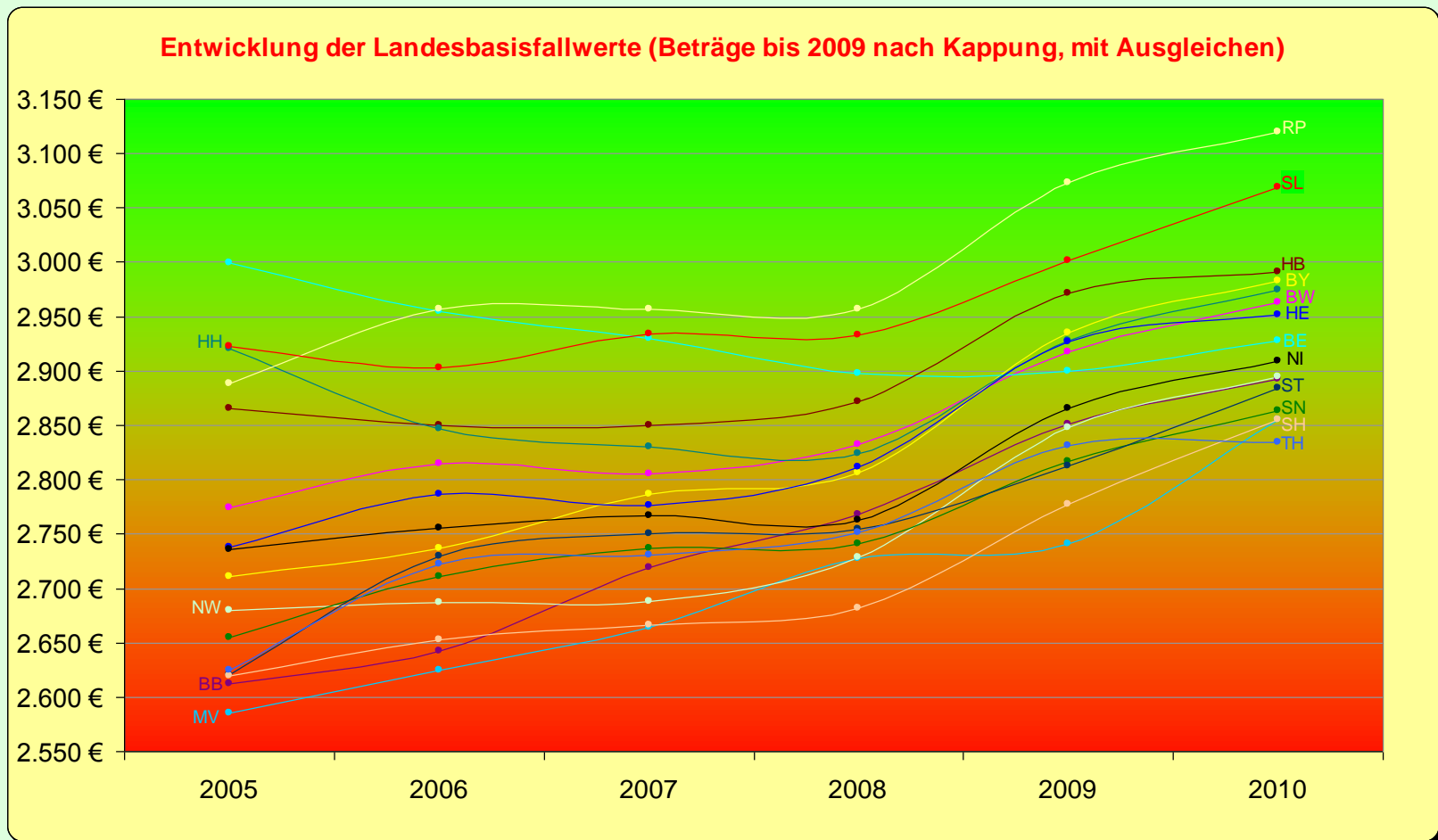
Ausgleichssätze nach § 4 Abs. 3 KHEntgG (Erlösausgleiche)

	Entgeltart ¹	Gesetzliche Grundlage	Ausgleichssätze ab 2009	
			Mindererlöse	Mehrerlöse
Grundsatz	Fallpauschalen, bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte und krankenhausindividuelle Entgelte	§ 4 Abs. 3 S. 1 bis 4 KHEntgG	20%	65%
Besondere Regelungen	Fallpauschalen (bewertet oder kh.-ind.) für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten	§ 4 Abs. 3 S. 4 KHEntgG	20%	25%
	Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte	§ 4 Abs. 3 S. 3 und 4 KHEntgG	kein Ausgleich	25%
	Fallpauschalen (bewertet oder kh.-ind.) mit hohem Sachkostenanteil oder mit einer schwer planbaren Leistungsmenge*	§ 4 Abs. 3 S. 5 KHEntgG	Individuell	Individuell
	* Transplantationen, Langzeitbeatmung			

Weiterhin bestehende Problemfelder sind:

- Sachgerechte Finanzierung zusätzlicher Leistungen (Menge und Schweregrade)
- Vergütung neuer bzw. zusätzlicher Anforderungen (G-BA)
- Überführung von NUB-Leistungen in die Regelfinanzierung
- Refinanzierung der demographie- und morbiditätsbedingten Entwicklung
- Förderung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen
- Stärkung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser
- Die „**Kollektivhaftung**“ bei Leistungssteigerungen bleibt bestehen.
- Die „**Preisdeckelung**“ wird durch Reduzierung der Grundlohnrate verschärft
- Tendenz zu **sinkenden Landesbasisfallwerten** (Fehlschätzungsausgleiche)?
- Die **nächste Reform** ist angekündigt.
- Im Zentrum sollen **strukturelle Veränderungen** stehen (z. B. ambulante, sektorübergreifende Versorgung,...)

Entwicklung der Landesbasisfallwerte



Entwicklung von Investitionspauschalen

Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG: Zentrale Inhalte

- ▶ Grundlage für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen ist der jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser.
- ▶ Keine Berücksichtigung des investiven Nachholbedarfs (Investitionsstau).
- ▶ Die Ermittlung des Investitionsbedarfs erfolgt unabhängig von der Herkunft der Investitionsmittel.
- ▶ Die Ermittlung des jährlichen Investitionsbedarfs erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gesamten Anschaffungs- und Herstellungskosten für die vorhandenen Anlagegüter mit einem Anschaffungsdatum nicht älter als sieben Jahre zum Zeitpunkt der Kalkulation (Daten der Anlagenbuchhaltung).
- ▶ Die Ableitung des laufenden jährlichen Investitionsbedarfs erfolgt unter Berücksichtigung der spezifischen wirtschaftlichen Nutzungsdauer.

Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG: Zentrale Inhalte

- ▶ Soweit erforderlich können ergänzende Datenquellen oder normative Bewertungsansätze verwendet werden.
- ▶ Das Kalkulationshandbuch soll eine fallbezogene Kostenträgerrechnung und eine aufwandspezifische Kostenverrechnung beschreiben.
- ▶ Grundsätzlich erfolgt der Ausweis der Investitionsbewertungsrelationen im DRG-Fallpauschalen-Katalog in einer gesonderten Spalte.
- ▶ Im Jahr der ersten Anwendung sollen nicht mehr als 30 zusätzliche Fallgruppen gebildet werden.
- ▶ Die Investitionsbewertungsrelationen werden zunächst jährlich kalkuliert.

Aktuelle Festlegungen zum Kalkulationshandbuch

- ▶ Definition von Investitionskostenmodulen (einheitlich abgegrenzte Blöcke relevanter Anlagegüter bezogen auf Kostenstellen bzw. Kostenstellengruppen) .
- ▶ Nur „annähernd“ vollständige Module werden berücksichtigt.
- ▶ Festlegung einheitlicher (betriebsgewöhnlicher) Nutzungsdauern durch InEK.
- ▶ Kalkulationsrelevant sind förderfähige Investitionskosten gemäß KHG.
- ▶ Nicht relevant sind demnach:
 - Grundstücke
 - Gebrauchs- und Verbrauchsgüter
 - Anlagegüter, die der ambulanten Krankenversorgung dienen

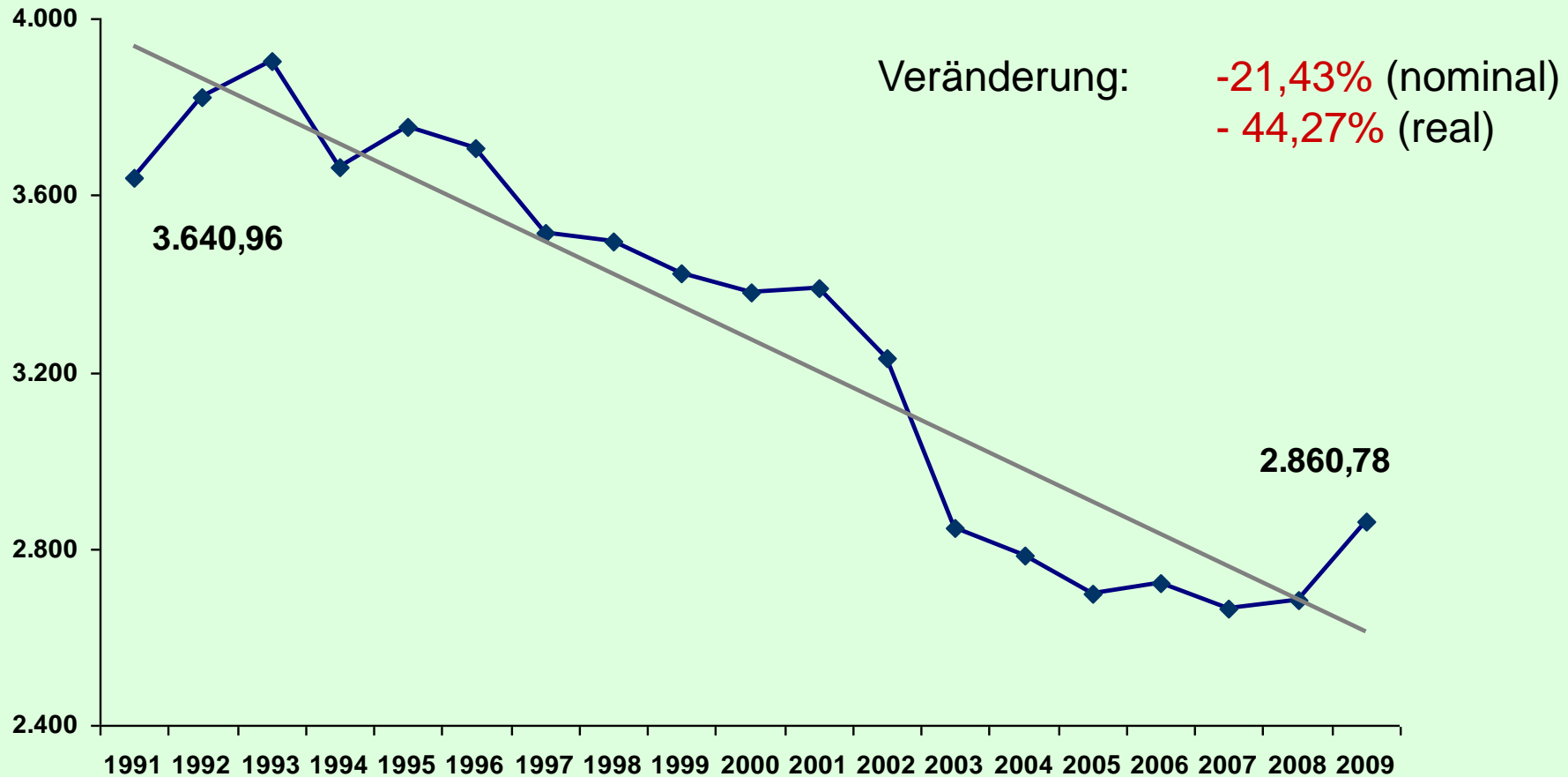
Aktuelle Festlegungen zum Kalkulationshandbuch

- ▶ Die Zuordnung von Investitionskostenanteilen ergibt sich aus der fallbezogenen Inanspruchnahme der Ausstattung.
- ▶ Krankenhäuser, die nicht an der Betriebskostenkalkulation teilnehmen, stellen den Fallbezug über zusätzliche Leistungsdokumentation her.
- ▶ Die Kostenzurechnung auf den einzelnen Fall erfolgt anhand von Bezugsgrößen.
- ▶ Anteilige (nichtlineare) Abgrenzung von nicht - stationären Anteilen.
- ▶ Ausbildungsstätten werden erfasst, jedoch nicht einbezogen.

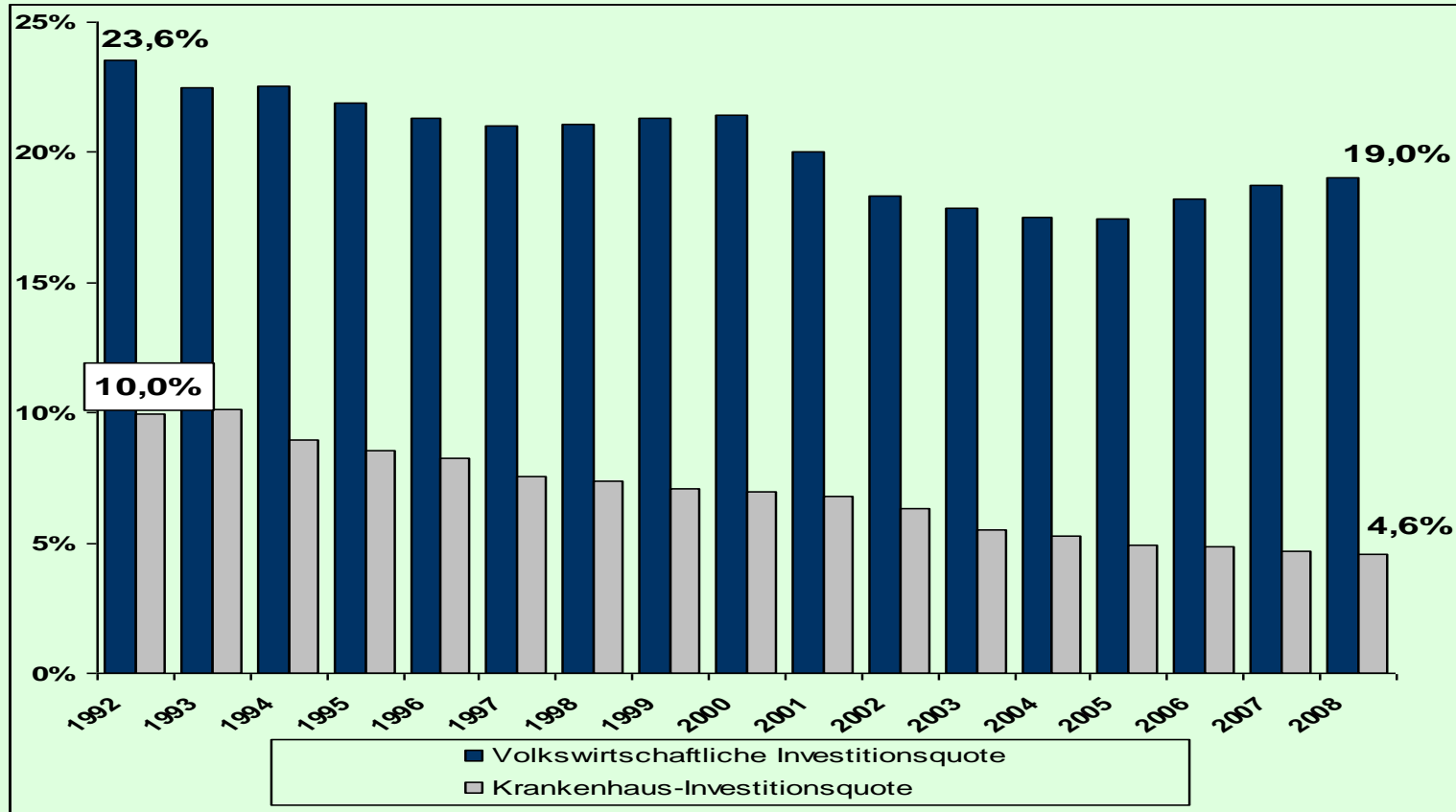
Zeitplan

- Erarbeitung eines Entwurfs des Kalkulationshandbuchs bis **Herbst 2010**
- Veröffentlichung der ersten Version des Kalkulationshandbuches bis **Ende 2010**
- Schaffung der DV-technischen Strukturen im InEK **Anfang 2011**
- Pre-Test mit Probekalkulation im **Herbst 2011**
- Nach Abschluss des Pre-Tests Überarbeitung des Kalkulationshandbuches anhand der gewonnenen Erkenntnisse
- Erste Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen in **2012**
- Erste Anwendung des Systems in **2013** möglich

KHG-Investitionsförderung der Länder in Mio. €



Krankenhaus-Investitionsquote* und gesamtwirtschaftl. Investitionsquote**



* KHG-Förderung / Krankenhausausgaben von GKV/PKV

** Bruttoanlageinvestitionen / Bruttoinlandsprodukt

Schätzung des jährlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser:

- ▶ Investitionsquote im Dienstleistungssektor in Höhe von rund 9% als Zielgröße
 - ▶ Dies ergibt jährlichen Investitionsbedarf von rund **5,6 Mrd. Euro**
 - ▶ Aktuelles KHG-Fördervolumen (2009): **2,9 Mrd. Euro**
 - ▶ zusätzlicher Finanzbedarf in Höhe von rd. **2,7 Mrd. Euro**
- ⇒ **Das Instrumentarium der Investitionsbewertungsrelationen steht voraussichtlich ab 2013, für eine unbürokratische, transparente und sachgerechte Steuerung (Verteilung) der notwendigen Investitionsmittel für Krankenhäuser, zur Verfügung**
- ⇒ **Den Anteil der pauschalen Förderung und die Höhe der Investitionsmittel legen weiterhin die Länder fest**

Entwicklung des Psychiatrie - Entgeltsystems

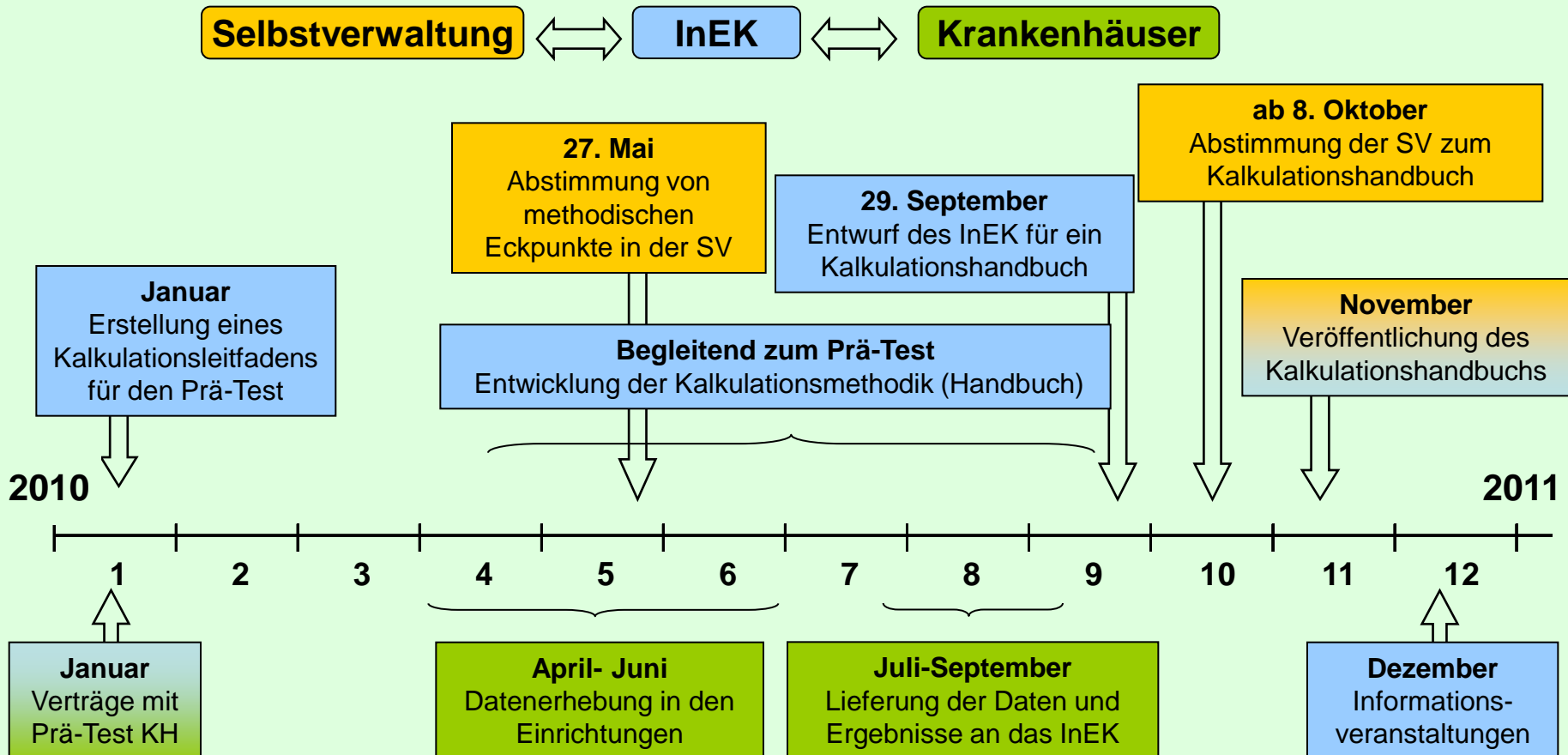
Ausgangssituation Anfang 2009

- ▶ Weltweit existiert kein geeignetes pauschalierendes Entgeltsystem für die Psychiatrie/Psychosomatik (keine internationalen Vorbilder)
- ▶ Wesentliche Klassifikationsmerkmale existieren nicht:
 - Psych-PV-Leistungsbeschreibungen: Ziel ist die Ermittlung des Personalbedarfs
 - Diagnosen (ICD): Sind als „Kostentrenner“ ungeeignet
 - Prozeduren (OPS): Vollständige Neuentwicklung geeigneter OPS erforderlich
- ▶ Gesetzliche Vorgabe von tagesbezogenen Entgelten (und ergänzende Vergütungskomponenten)

Aktueller Stand Ende 2010

- ▶ Wesentliche Klassifikationsmerkmale wurden geschaffen, stellen jedoch lediglich die Ausgangsbasis der Systementwicklung dar.
- ▶ Die Methodik zur Kalkulation von tagesbezogenen Entgelten wurde entwickelt, durch den Pre-Test überprüft und angepasst.

Entwicklung der Kalkulationsmethodik 2010



Eckpunkte der Kalkulationsmethodik

Vollkostenansatz auf Basis der Ist-Kosten

- ▶ Grundlage ist der testierte Jahresabschluss des Krankenhauses. Durch den Vollkostenansatz werden alle relevanten Kosten vollständig auf den Kostenträger verrechnet.

Kostenträger

- ▶ Als Kostenträger wird der Behandlungstag vorgegeben. Sowohl die erbrachten Einzelleistungen als auch die damit verbundenen Kosten sind dem einzelnen Behandlungstag zuzuordnen. Gleichzeitig ist der Fallbezug jedes Behandlungstages sicherzustellen.

Modulare Kostengliederung

- ▶ Die Kostenmatrix (Kostenarten und Kostenstellen) wird für spezifische Elemente der Psychiatrie und Psychosomatik (z. B. Berufsgruppen) ergänzt.

Leistungserfassung

- ▶ In der Kostenmatrix für die Kalkulation werden die Leistungsbereiche Station, Therapie und Diagnostik unterschieden. Noch ist unklar, wie differenziert die Leistungserfassung erfolgen kann (z. B. Zeiterfassung oder Leistungskataloge).

- ▶ Start der ersten Kalkulationsrunde (2011/2012)
 - Veröffentlichung des Kalkulationshandbuches im **November 2010**
 - Zwei Informationsveranstaltungen durch InEK im **Dezember 2010**
- ▶ Probekalkulation (1. bis 3. Quartal 2011)
 - Probekalkulation auf Basis der Daten des Jahres 2010. Die Selbstverwaltung wird im **3. Quartal 2011** über die Ergebnisse und deren Nutzungsmöglichkeiten entscheiden.
- ▶ Durchführung der ersten Kalkulationsrunde (2011/2012)
 - **Ab Januar 2011** Erfassung der Daten in den Kalkulationskrankenhäusern.
Lieferung der Daten an das InEK im **1. Quartal 2012**.
Entwicklung des Entgeltkataloges durch InEK **bis 3. Quartal 2012**.
- ▶ Vereinbarungen der Selbstverwaltung (3. Quartal 2012)
 - Regelungsbedarf: Katalog, Abrechnungsbestimmungen, Kodierrichtlinien.
- ▶ Erste Echtanwendung in der Abrechnung (ab 1.1.2013)

- 1. Die methodischen Voraussetzungen für die Datenerhebung im Jahr 2011 sind geschaffen.**
- 2. Die elektronische Leistungsdokumentation in den Kalkulationskrankenhäusern ab dem 01.01.2011 ist für die erstmalige Systementwicklung von großer Bedeutung.**
- 3. Die Ausgestaltung des ersten Entgeltkataloges in 2012 ist noch vollkommen offen.**
- 4. Neben den bundeseinheitlichen Entgelten kann die Selbstverwaltung die bereits vorhandenen Öffnungsklauseln nutzen.**
- 5. Der Entgeltkatalog bzw. die Relativgewichte steuern „nur“ die Verteilung der im System vorhandenen Finanzmittel.**
- 6. Das im System zur Verfügung stehende Finanzvolumen und die finanziellen Auswirkungen auf das einzelne Krankenhaus werden wesentlich durch die gesetzlichen Regelungen ab dem Jahr 2013 bestimmt.**

- ▶ Geplant zum 01.01.2013
- ▶ Freiwillige Anwendung im ersten Jahr („Optionsjahr“)?
- ▶ Budgetneutrale Einführung auf Basis der Budgetabschlüsse für 2012 trotz 2-jähriger Kostendämpfung (GKV-FinG) akzeptabel?
- ▶ Einstiegswinkel (Höhe des ersten Konvergenzschrittes), Anzahl der Anpassungsschritte und Dauer der Konvergenzphase
- ▶ Begrenzung des maximalen Budgetverlustes („Kappingsregelung“)
- ▶ Öffnungsklauseln (Ausnahmen aus der Pauschalierung, z. B. Besondere Einrichtungen und krankenhausesindividuelle Entgelte) ?
- ▶ Vorgaben zur Vereinbarung eines „Landesbasis-Tageswertes“
- ▶ Regelungen zur Preisentwicklung (Kostenorientierungswert statt Grundlohnsummenbindung)
- ▶ Budgetwirksamkeit von Mehr- und Mindermengen
- ▶ Regelung von Mehr- und Mindererlösausgleichen

Finanzierung der Ausbildungsstätten

§ 17a KHG Richtwertkalkulation – Gesetzliche Grundlage

§ 17a Abs. 4b Satz 1 KHG:

Als Zielwert für die Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge nach Absatz 3 Satz 6 ermitteln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die sonstigen Ausbildungskosten und vereinbaren für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung zu erwartender Kostenentwicklungen; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden.

§ 17a KHG Richtwertkalkulation

- ▶ Veröffentlichung des Kalkulationshandbuches am 12. November 2009 auf der Homepage des InEK
- ▶ Veröffentlichung einer Mustervereinbarung zur Teilnahme an der Ausbildungskostenkalkulation am 11. Januar 2010
- ▶ Erstmalige Ausbildungskostenkalkulation auf Basis der Datengrundlage des Jahres 2009 parallel zur DRG-Kalkulation
- ▶ Datenlieferung der Ausbildungsstätten erfolgte bis Mai 2010
- ▶ Bereitstellung erster Berechnungsergebnisse für die Selbstverwaltungspartner am 13. August 2010

§ 17a KHG Richtwertkalkulation

- ▶ Insgesamt konnten von 58 Ausbildungsstätten die Kosten kalkuliert werden
- ▶ Kalkuliert werden konnten die Ausbildungsberufe:
 - A05 Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger
 - A06 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- ▶ Für den Ausbildungsberuf A05 konnte ein Bundeswert und für 4 Bundesländer separate Richtwerte ermittelt werden
- ▶ Für den Ausbildungsberuf A06 konnte ein Bundeswert und für ein Bundesland ein separater Richtwert ermittelt werden

Vereinbarung von Richtwerten

- ▶ Keine Einigung zur Anwendung der Richtwerte bei den Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene am 27. September 2010
- ▶ Datengrundlage und Datenqualität werden kritisch gesehen
- ▶ Regionalisierung der Richtwerte auf Basis von maximal vier separat kalkulierten Bundesländern für ganz Deutschland kaum möglich
- ▶ Von Seiten des GKV-Spitzenverbandes wird zudem eine Vereinbarung von Relativgewichten mit Verhandlung der Bezugsgröße auf Landesebene als alternative Möglichkeit vorgeschlagen, da eine Festlegung auf Euro-Beträge kritisch gesehen wird
- ▶ Derzeit existiert dazu jedoch keine gesetzliche Grundlage

Richtwertkalkulation 2012

- ▶ Für 2011 erneute Beauftragung des InEK zur Kalkulation der Ausbildungskosten durch die Selbstverwaltungspartner
- ▶ Bemühung die Teilnehmerzahl für die Kalkulation der Richtwerte 2012 zu vergrößern
- ▶ Ziel für möglichst viele Bundesländer einen eigenen Richtwert zu berechnen, um regionale Unterschiede berücksichtigen zu können
- ▶ Entwicklung eines Modells zur Vereinbarung von Richtwerten beruhend auf Relativgewichten (durch die Krankenkassen) bis Ende November 2010
- ▶ Sollte es zu einer Verständigung auf ein gemeinsames Modell durch die Selbstverwaltungspartner kommen, das vom derzeitigen Gesetzestext abweicht, müsste zudem noch eine Zustimmung und Anpassung des § 17a KHG durch das BMG erfolgen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !