

# Das G-DRG-System 2010

## G-DRG-Systementwicklung aus Sicht der DKG

Vortrag im Rahmen der Informationsveranstaltung der  
Deutschen Krankenhausgesellschaft  
am 18. November 2009 in Düsseldorf

**Dr. Peter Steiner**

**Geschäftsführer Krankenhausfinanzierung und Planung**

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT e.V.

Bundesverband der Krankenhausträger

in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3, 10623 Berlin

## Gliederung:

- G-DRG-System 2010
- Investitions- und Ausbildungsstättenfinanzierung:  
Selbstverwaltungsaktivitäten und -ergebnisse

## Die wesentlichen Triebfedern der Systementwicklung

- ⇒ Die Anforderungen an die Kalkulationsmethodik wurden kontinuierlich gesteigert.
- ⇒ Die Präzision der Kostenzuordnung ermöglicht die Unterscheidung komplexer von einfachen Fällen.
- ⇒ Die Einhaltung der Kalkulationsvorgaben werden mit dem Ausbau des Fehler- und Korrekturverfahrens nachprüfbar.
- ⇒ Die Bereitschaft der Krankenhäuser zur Kalkulation bleibt stabil mit einem festen Stamm kontinuierlich teilnehmender.

## Entwicklung der kalkulationsbasierten DRG-Systeme 2004 bis 2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Krankenhäuser	144	148	214	225	221	218	225
Fälle*	2395410	2283874	2851819	2863115	2811669	3075378	

\*nach Abschluss des Plausibilitätsverfahrens

- ⇒ Das Regelwerk wurde aufgrund der Kalkulationserfahrungen sachgerecht fortgeschrieben und flexibel angewendet.
- ⇒ Aus der Einbindung des medizinischen Sachverstands über das Vorschlagsverfahren erhielt die Systementwicklung entscheidende Impulse.
- ⇒ Die Weiterentwicklung der Klassifikation erfolgte durch Berücksichtigung multipler Faktoren des Behandlungsaufwands.
- ⇒ Eine besondere Herausforderung stellte die sachgerechte Abbildung von mehrfachen Operationen während eines Behandlungsfalles dar.

- ⇒ Das Problem von Abbildungsschwächen bei Extremkostenfällen wurde durch gesonderte Fallanalysen bearbeitet.
- ⇒ Der zeitnahe Einbezug neuer Prozedurenschlüssel in die Klassifikation durch zusätzliche Datenabfragen verkürzt die Innovationslücke.
- ⇒ Ergänzende Vergütungselemente und Öffnungen wurden konsequent genutzt.

## Der erreichte Stand am Ende der Konvergenzphase

⇒ Hohe Abbildungsqualität auch in den bisherigen Schwerpunkten des Systemumbaus erreicht, z.B. für

- Intensivmedizin, Schlaganfall, Querschnittslähmung

⇒ Die sachgerechte Abbildung aufwendiger Fälle ist eine permanente Aufgabe, ihre klassifikatorische Erfassung ist mit steigender Komplexität verbunden.

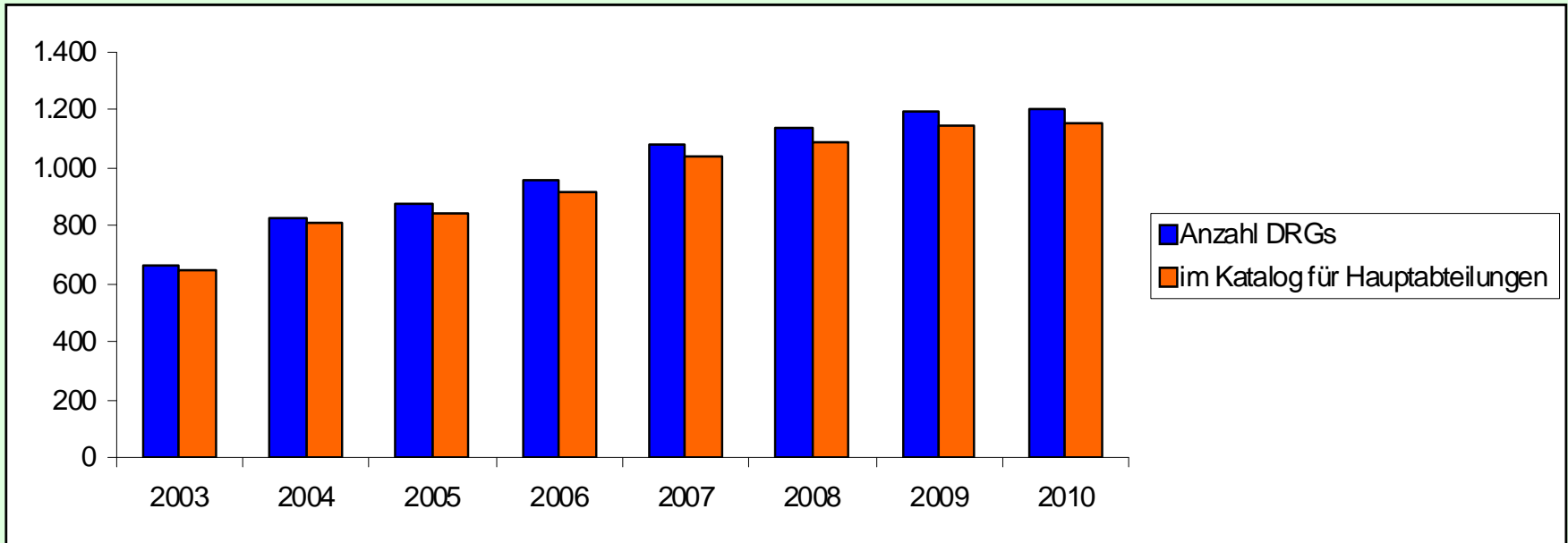
⇒ Das Maß für die Systemgüte  $R^2$  konnte kontinuierlich erhöht werden, wobei sich ein erwartbarer Deckeneffekt einstellt.

⇒ Auch die Spreizung der Relativgewichte innerhalb des Katalogs hat nach großen Sprüngen in den ersten Jahren eine Obergrenze erreicht.

# G-DRG-Kataloge von 2003 bis 2010

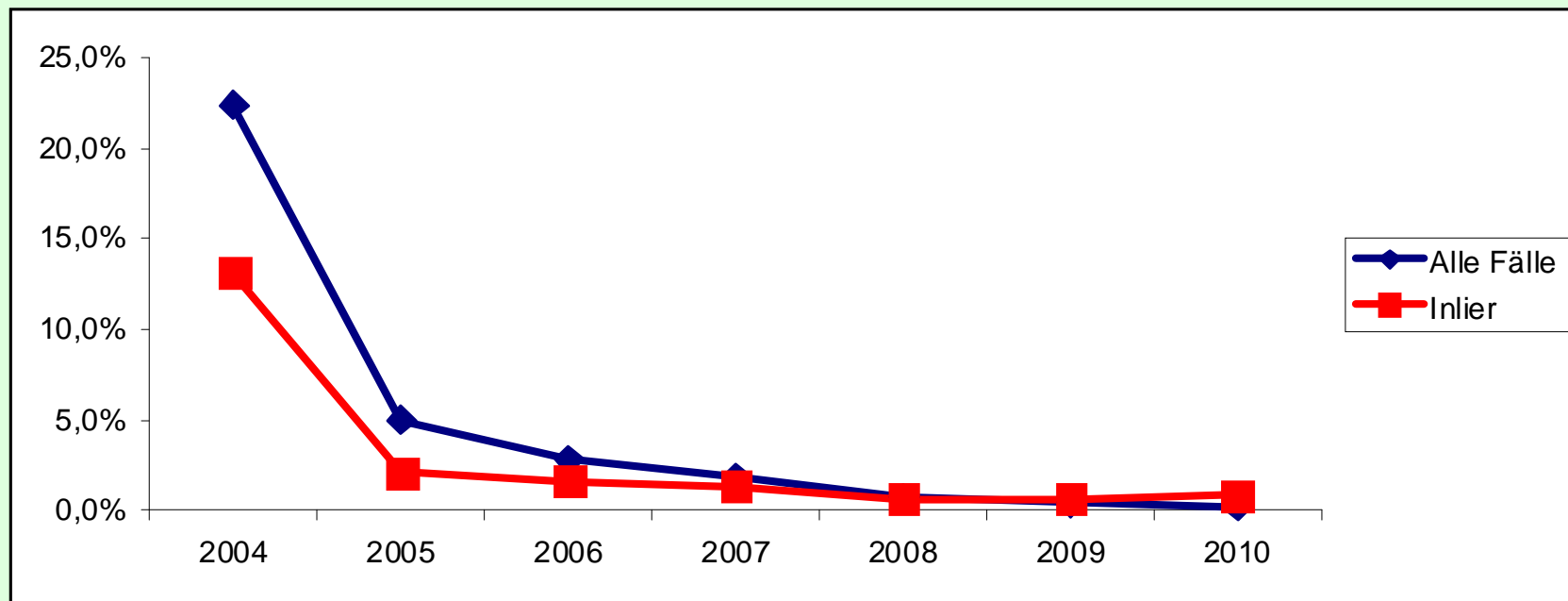
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl DRGs	664	824	878	954	1.082	1.137	1.192	1.200
- Katalog für Hauptabteilungen	642	806	845	912	1.035	1.089	1.146	1.154
- nicht bewertete vollstat. DRGs	22	18	33	40	42	43	41	41
- teilstationäre DRGs *				2	5	5	5	5

\* darunter eine bewertete teilstationäre DRG

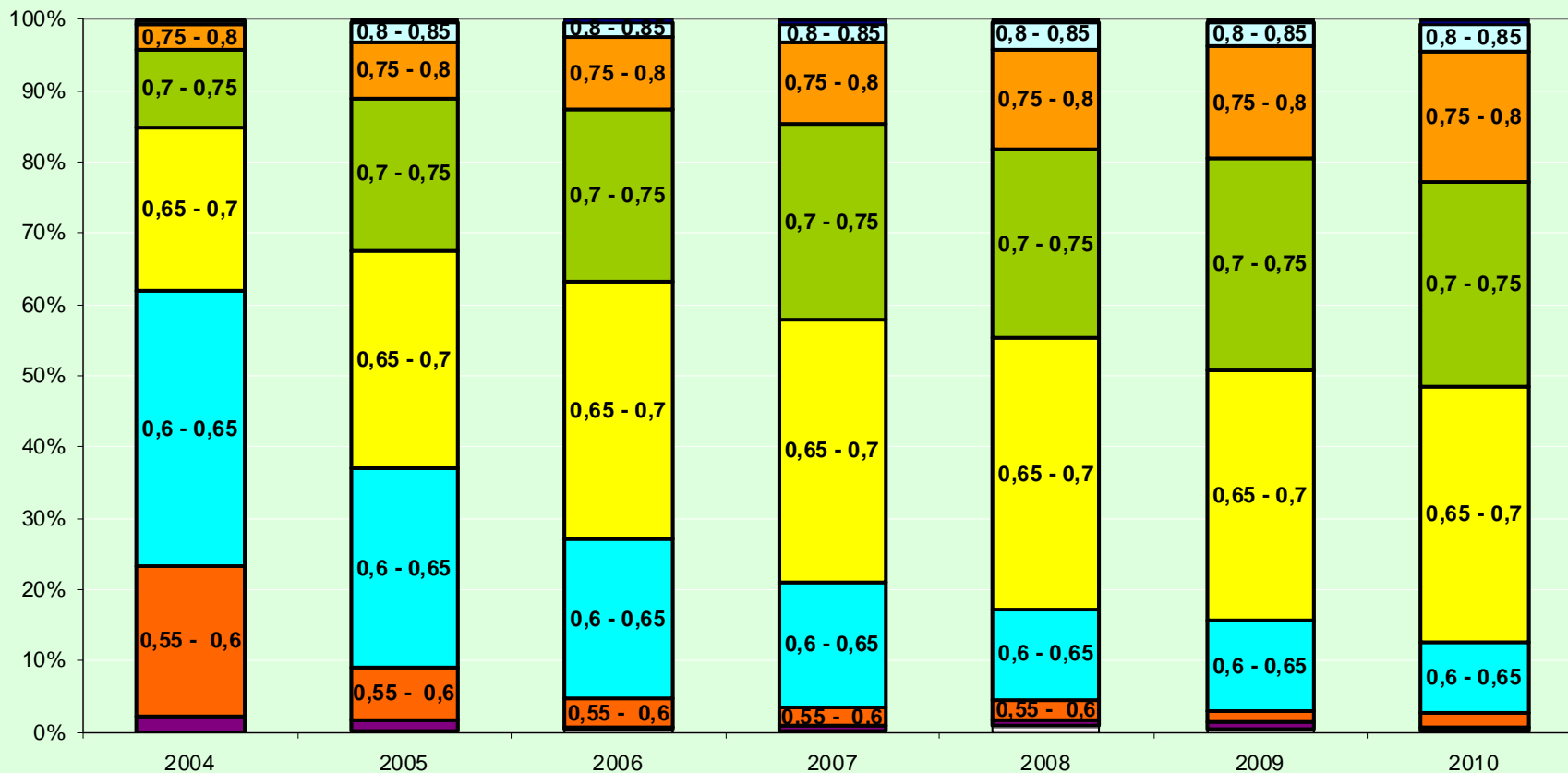


## Steigerung von $R^2$ gegenüber der Vorjahresversion

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alle Fälle	22,4%	5,0%	2,8%	1,8%	0,7%	0,4%	0,2%
Inlier	13,1%	2,1%	1,6%	1,3%	0,6%	0,6%	0,8%



Verteilung der DRGs auf Klassen nach Homogenitätskoeffizienten 2004 bis 2010

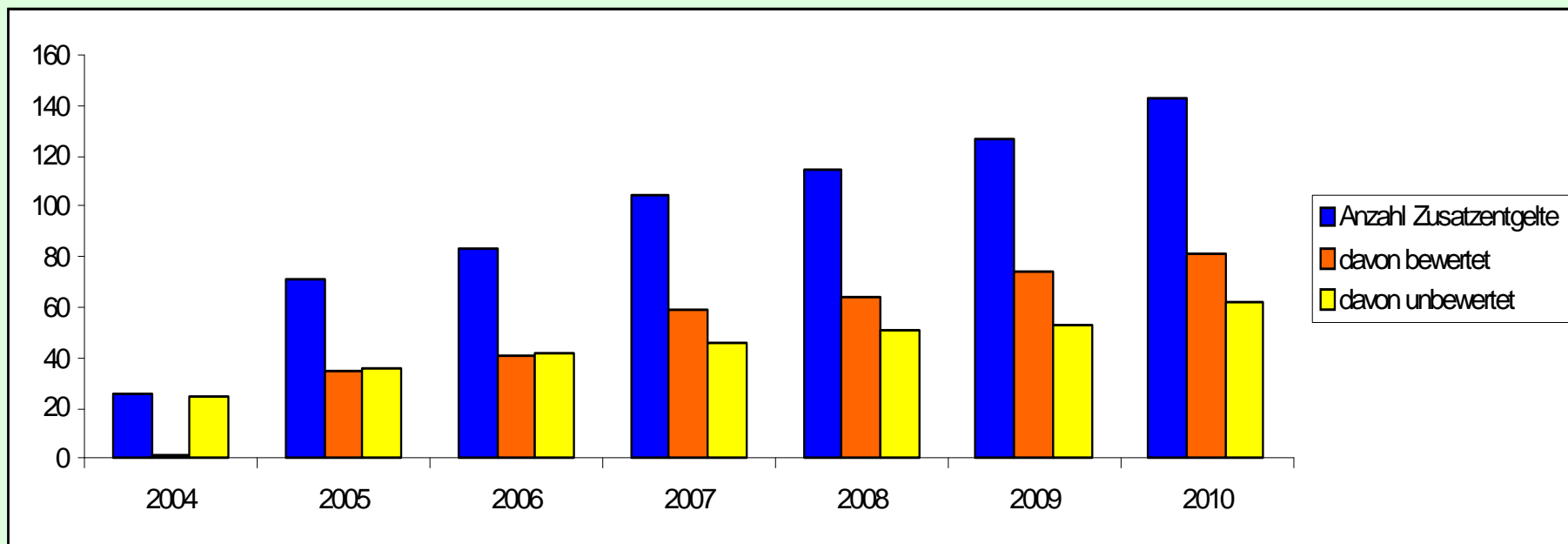


- ⇒ Keine wesentlichen Klassifikationsänderungen mehr in den bisherigen Schwerpunktgebieten des Systemumbaus
- ⇒ Die Isolierung von nicht adäquat abgebildeten aufwendigen Fallkonstellationen wurde fortgeführt.
- ⇒ Die Lösungen wurden primär in der Verschiebung von Fällen in andere DRGs gesucht.
- ⇒ Die in den Vorjahren vollzogenen Umbauten der CCL-Matrix wurden nur noch in geringem Maße fortgeführt.

- ⇒ Entkondensationen und eine Rückkehr zum Konzept inhaltlich konsistenter Basis-DRGs verbessern die Transparenz des Systems, der auch die übersichtlichere Gestaltung des Definitionshandbuchs dient.
- ⇒ Nur noch geringe Umverteilungswirkungen zwischen den verschiedenen Versorgungsformen durch die Katalogentwicklung
- ⇒ Keine Fortschritte bei der Abbildung teilstationärer Leistungen, deshalb weiterhin Finanzierung über § 6 Abs. 1 KHEntgG notwendig
- ⇒ Eigenständig kalkulierte DRGs für Belegabteilungen von 81 auf 84 erhöht
- ⇒ Erweiterung der Zusatzentgelte durch Integration von NUB-Entgelten

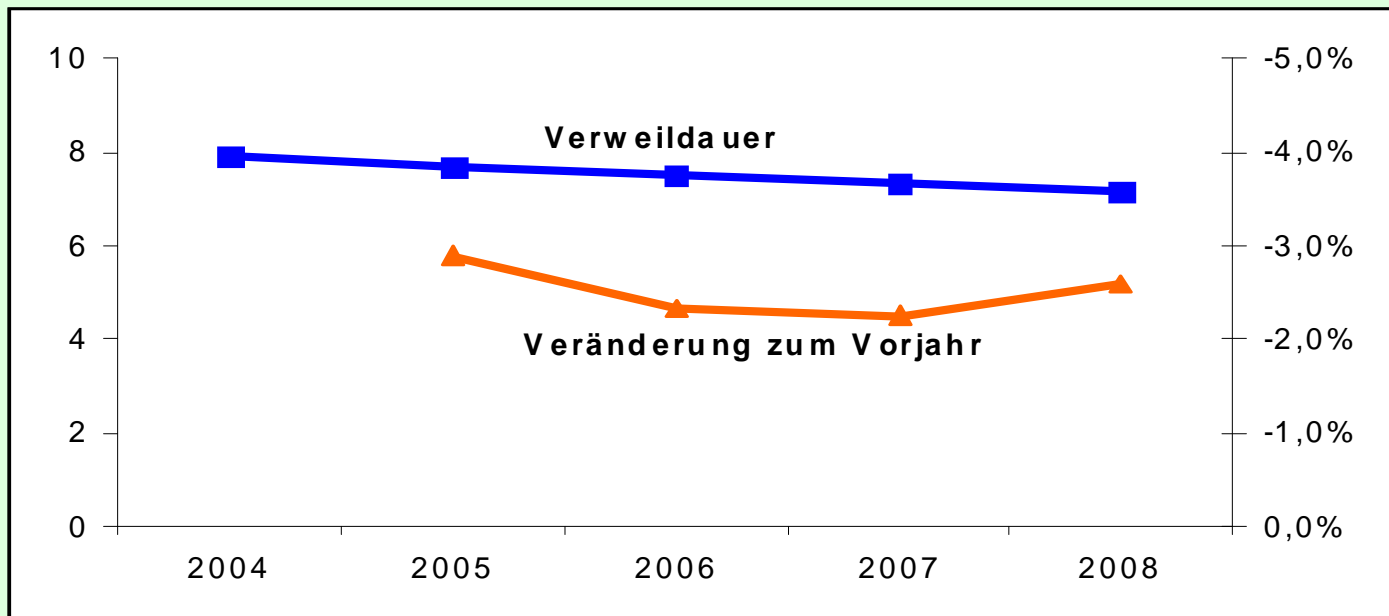
# Zusatzentgelte von 2004 bis 2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl Zusatzentgelte	26	71	83	105	115	127	143
- bewertet (Anlage 2)	1	35	41	59	64	74	81
- nicht bewertet (Anlage 4)	25	36	42	46	51	53	62
- differenzierte Preise (Anlage 2 und 5)		389	594	794	821	888	1.028



# Verweildauer in Hauptabteilungen\*

Jahr	VW D	Veränd.
2004	7,94	
2005	7,71	-2,9%
2006	7,53	-2,3%
2007	7,36	-2,3%
2008	7,17	-2,6%



\* ohne expl. Ein-Belegungstag- / nicht bewertete DRGs  
Quelle: § 21 Daten Hauptabteilung (InEK)

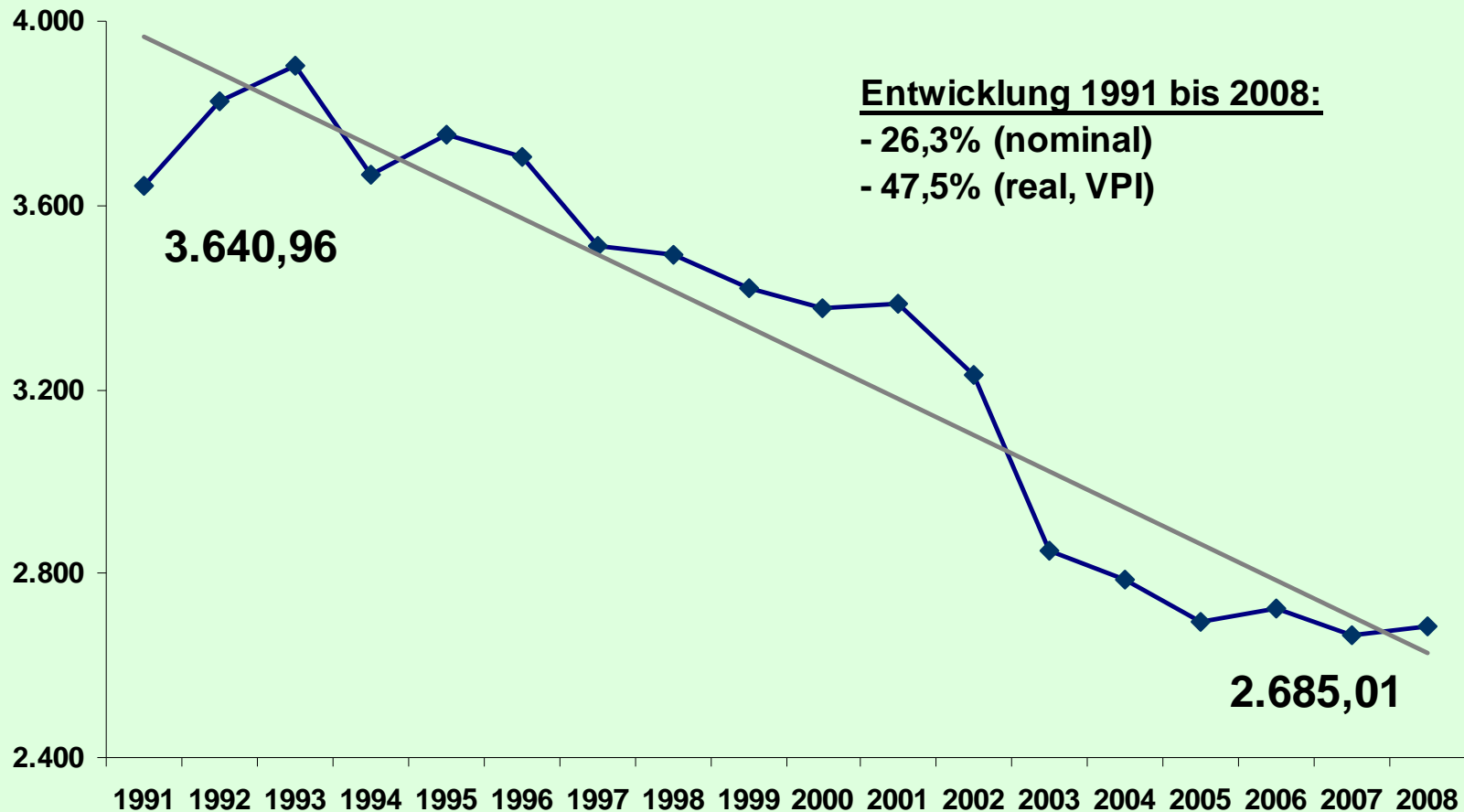
- ⇒ Obwohl das G-DRG System einen hohen Reifegrad erreicht hat, erfordern der medizinische Fortschritt und preisliche Verschiebungen zwischen den Sachleistungen seine permanente Anpassung.
- ⇒ Auf eine jährliche Neukalkulation kann deshalb nicht verzichtet werden.
- ⇒ Öffnungsklauseln für krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte sind weiterhin nicht entbehrlich.
- ⇒ Über die gesetzlichen Rahmenbedingungen muss insgesamt eine ausreichende Finanzierung des stationären Sektors gesichert werden.

## Vereinbarungen

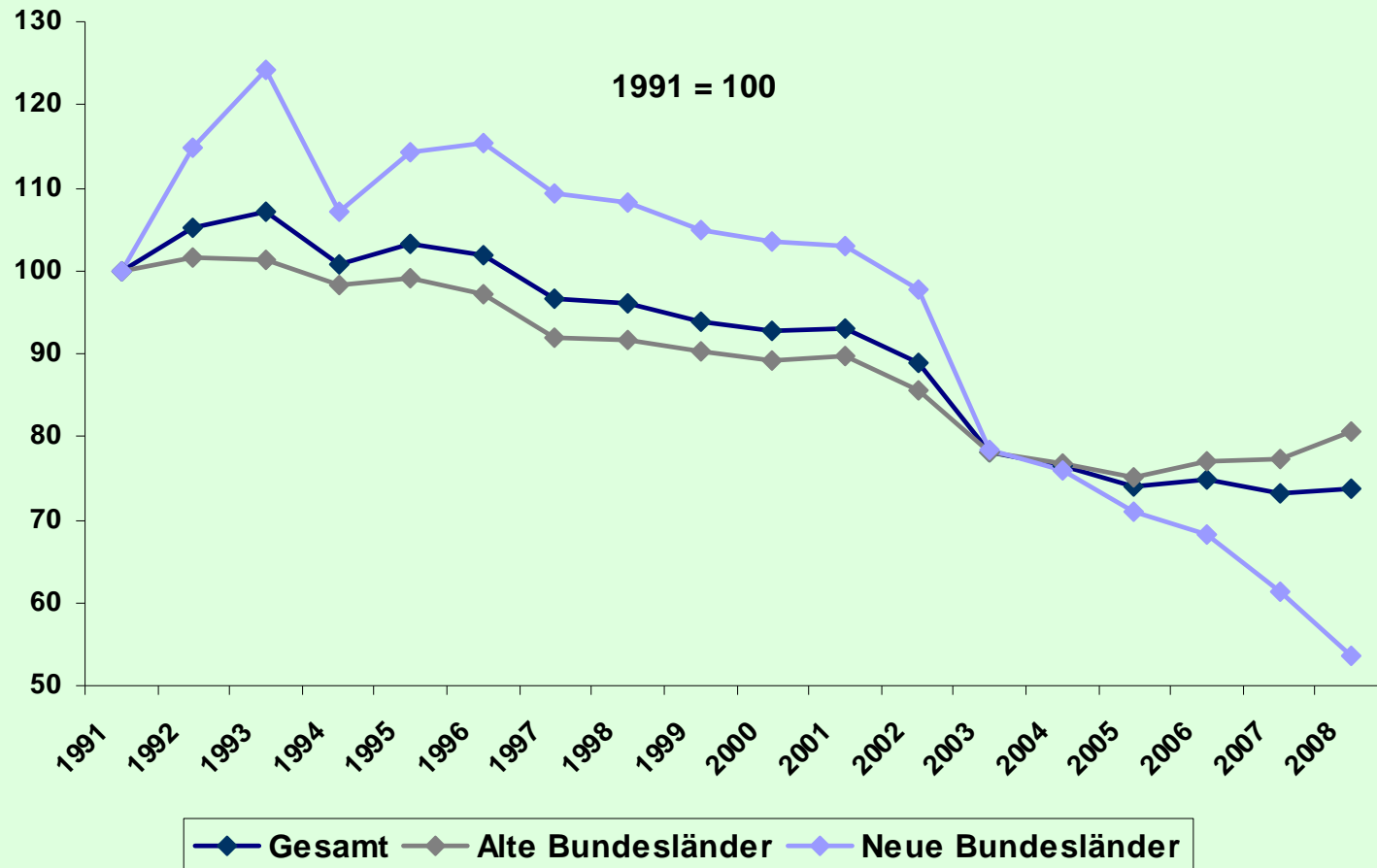
- Durch die Ergänzung des neuen Satzes „**Hierbei ist eine chronologische Prüfung vorzunehmen.**“ in § 2 Abs. 4 Satz 3 FPV 2010 konnte eine eindeutige Regelung getroffen werden, dass die Prüfung auf Fallzusammenführung in einer chronologischen Reihenfolge vorzunehmen ist. Diese Formulierung ist angelehnt an die bereits existierende Regelung bei kombinierter Fallzusammenführung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2010.
- Bei der **Ergänzung der Entgelte nach Anlage 3a** in § 4 FPV 2010 handelt es sich um eine Klarstellung, dass die Regelungen zur Vergütung bei Transplantationen auch für krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte anzuwenden sind.
- Die Hinzunahme des Wortes „**ambulant**“ in § 4 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 FPV 2010 hat nur **deklaratorischen Charakter**, da sich an der bisherigen Systematik nichts ändert. In der Vergangenheit war es allerdings vereinzelt zu der Fragestellung gekommen, ob unter diesem Punkt auch eine Regelung für stationäre Behandlungsfälle gesehen werden könnte. Durch die Ergänzung des Wortes „ambulant“ soll somit mögliches Konfliktpotential an dieser Position verhindert werden.

# Investitions- und Ausbildungsstätten- finanzierung: Selbstverwaltungsaktivitäten und -ergebnisse

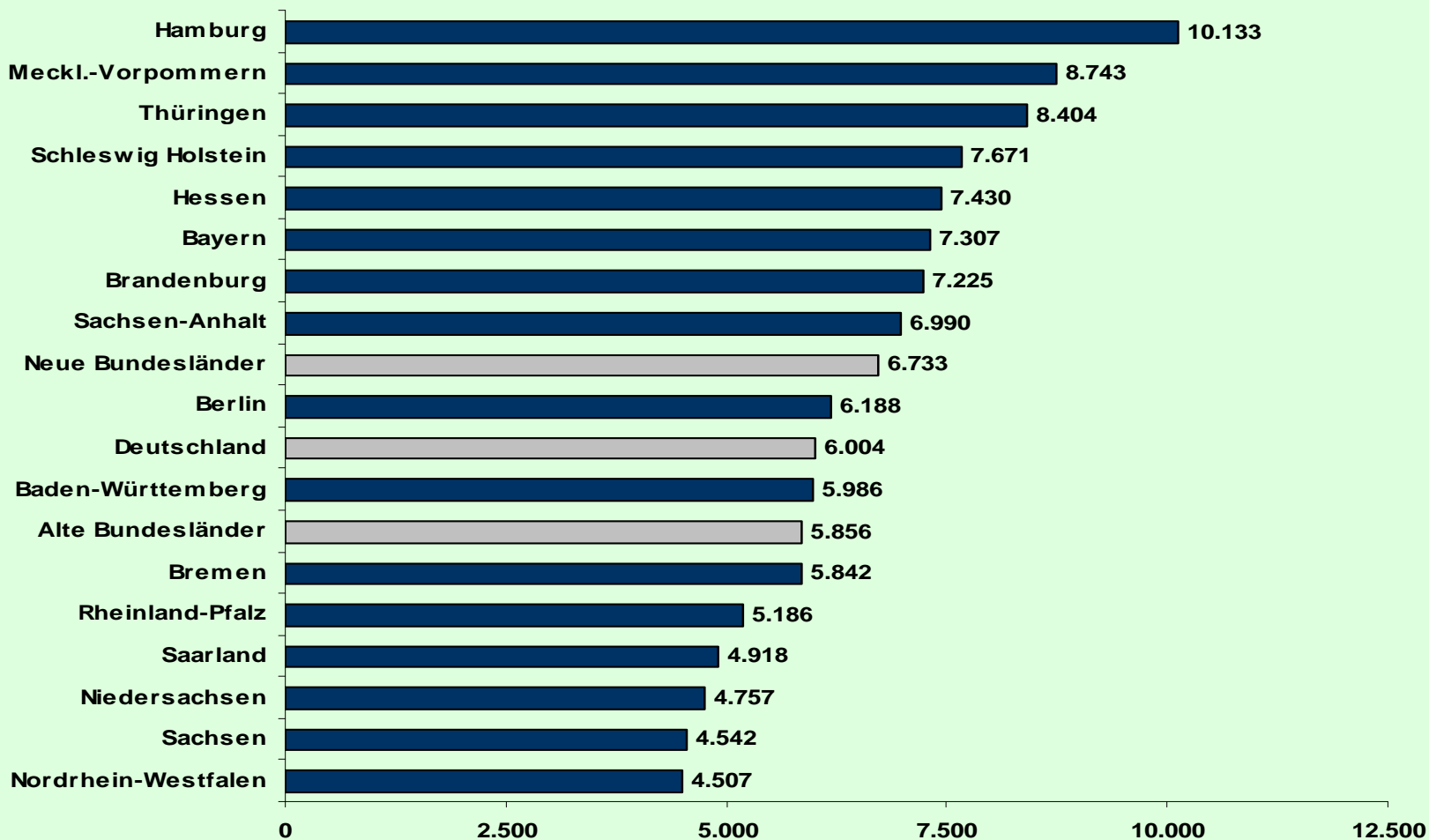
### KHG-Förderung – gesamt (in Mio. Euro)



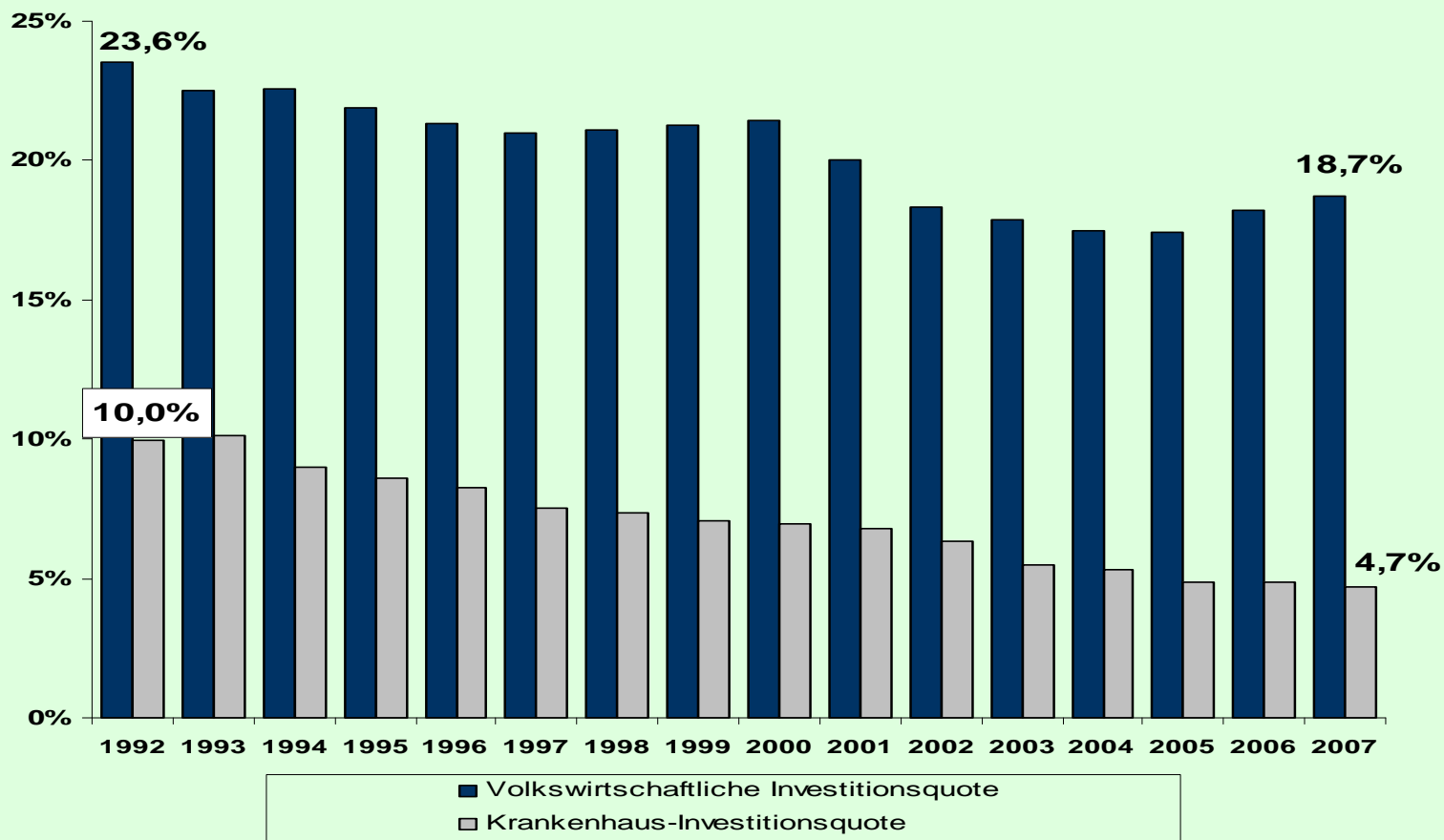
### KHG-Förderung – gesamt (indexiert)



### KHG-Förderung 2008 (in Euro) je KHG-Bett, Ländervergleich



### Krankenhaus-Investitionsquote\* und gesamtwirtschaftl. Investitionsquote\*\*



\* KHG-Förderung / Krankenhausausgaben von GKV/PKV

\*\* Bruttoanlageinvestitionen / Bruttoinlandsprodukt

## Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

### § 10 Abs. 1 KHG (neu)

- Ermöglichung einer Investitionsförderung durch **leistungsorientierte Investitionspauschalen** ab dem 1. Januar 2012 (BPfIV ab 2014)
- Dafür Entwicklung von Grundsätzen und Kriterien für die Ermittlung eines **Investitionsfallwertes auf Landesebene** bis zum 31. Dezember 2009
- Berücksichtigung der Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken
- Festlegung der näheren Einzelheiten des weiteren **Verfahrens durch Bund und Länder**
- Das **Recht der Länder**, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, **bleibt unberührt**.

## Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

### § 10 Abs. 2 KHG (neu)

- Vereinbarung der Grundstrukturen für **Investitionsbewertungsrelationen** und der Verfahren zu ihrer Ermittlung durch **Selbstverwaltungspartner** auf Bundesebene **bis zum 31. Dezember 2009**.
- In den Investitionsbewertungsrelationen ist der **Investitionsbedarf** für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.
- Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sollen **DRG-Institut** beauftragen, **bis zum 31. Dezember 2010** für das DRG-Vergütungs-system und bis zum 31. Dezember 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren

### Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

- **Erhöhung** des Anteils der **Pauschalförderung** an der Gesamtinvestitionsförderung durch Investitionspauschalen wäre **positiv** zu bewerten.
- **Entscheidend** sind aber insbesondere die **Höhe** der zukünftigen Investitionspauschalen und das insgesamt bereitgestellte **Fördermittelvolumen**. Zu beiden Aspekten trifft der Gesetzentwurf jedoch **keine Aussagen** (Festlegung auf einen Mindest-Gesamtbetrag im Referentenentwurf noch vorgesehen; aber Ablehnung auf Länderebene).
- **Keine verbindliche Verpflichtung** der Länder, ihrer Verantwortung auf dem Gebiet der Investitionsförderung in Form einer auskömmlichen Investitionsförderung gerecht zu werden. Das **Problem** der ungenügenden Finanzierung von Krankenhausinvestitionen bleibt somit **vollständig ungelöst**.

## „Eckpunkte“ des Entwurfs für eine Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG

### 1. Ermittlung des Investitionsbedarfs

- Grundlage: Jährlicher Investitionsbedarf der Krankenhäuser
- **Keine Berücksichtigung des Investitionsstaus** im Rahmen der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen  
  
[Aber: Maßnahmen zum **Abbau des Investitionsstaus zwingend erforderlich!**]
- Ermittlung erfolgt unabhängig von der Herkunft der Investitionsmittel
- Basis der Ermittlung: Gesamte **Anschaffungs- und Herstellungskosten** für die vorhandenen Anlagegüter mit einem Anschaffungsdatum nicht älter als sieben Jahre zum Zeitpunkt der Kalkulation

### „Eckpunkte“ des Entwurfs für eine Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG

- **Ableitung des jährlichen Investitionsbedarfs** unter Berücksichtigung der spezifischen wirtschaftlichen Nutzungsdauer der Anlagegüter
- **Berücksichtigung von Preisentwicklungen und Fortschritten** in der Betriebs-, Medizin- und Informationstechnik im Rahmen der **Systemanpassung** durch das DRG-Institut soweit diese zu wesentlichen Änderungen in der Struktur des Investitionsbedarfs sowie der Anschaffungs- und Herstellungskosten für Krankenhausbauten einschließlich deren Ausstattung führen.

### „Eckpunkte“ des Entwurfs für eine Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG

#### 2. Datenquellen

- **Grundlage** für die Ermittlung der Gesamtkosten von Investitionen sind
  - die aus **Bauausgabebüchern** erkennbaren Kosten der betreffenden Baumaßnahmen
  - **weitere** die Baumaßnahmen beschreibenden **Daten**.
- **DRG-Institut** kann **weitere ergänzende Datenquellen und –abfragen** heranziehen und auf **normative Bewertungsansätze** zurückgreifen soweit eine sachgerechte Ermittlung auf Basis der Ist-Kosten nicht vollständig möglich ist.

### „Eckpunkte“ des Entwurfs für eine Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG

#### 3. Kalkulationsverfahren

- **Modularer Ansatz:** Unterscheidung zwischen einheitlichem Grundbedarf für die allgemeine Infrastruktur und besonderem Investitionsbedarf für ausgewählte Leistungsbereiche
- **Einheitlicher Grundbedarf** umfasst die Anlagegüter, die durch eine potentielle Inanspruchnahme durch alle Patienten gekennzeichnet sind (z. B. Betten und Bettenzimmer)
- **Besonderer Investitionsbedarf** für ausgewählte Leistungsbereiche: Anlagegüter, die einen spezifischen Investitionsbedarf aufweisen und nicht von allen Patienten in Anspruch genommen werden (z. B. Nuklearmedizin, Intensivmedizin)

### Zum weiteren Verfahren:

- **Vereinbarung** der Selbstverwaltungspartner zu „Grundstrukturen“ **bis Ende 2009??**

### Aber:

- **Ergänzende Datenerhebungen** und Entwicklung normativer Ansätze voraussichtlich **notwendig**
- Entwicklung und Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen **bis zum 31. Dezember 2010** für das DRG-Vergütungssystem bzw. bis zum 31. Dezember 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 KHG **realisierbar?**

### § 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 sonstige 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

- Bei der Erstellung des Kalkulationshandbuches: Orientierung am Handbuch für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen
- Zur Vereinfachung der Kalkulation wurde die Rahmenvereinbarung gemäß § 17a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 KHG als Grundlage genommen, so dass auf die Systematik der Budgetverhandlungen abgestellt wurde
- Veröffentlichung ist erfolgt

### Unterschiede zur DRG-Kalkulation

- Größter Unterschied zur DRG-Kalkulation: Es werden keine **Relativgewicht** sondern **Richtwerte** ermittelt!
- Ohne die Erfassung von Strukturdaten ist **keine Interpretation** der Ergebnisdaten möglich und somit auch keine Vereinbarung von Richtwerten
- Strukturdaten können dabei z.B. sein:
  - **Einhaltung von Flächentarifverträgen**
  - **Qualifikation der Schulleitung**
  - **Qualifikation der Lehrkräfte**
  - **Durchschnittlicher Stundenumfang der Praxisanleitung je Auszubildenden pro Jahr**

### Konsequenzen im Falle fehlender Strukturdaten

- Keine Bewertung der Ergebnisse möglich
- Bildung eines Durchschnittspreises über alle Ausbildungsstätten
- Häuser welche nach einem der gängigen Flächentarifverträge vergüten, könnten ihr Finanzierung nicht mehr aufrecht erhalten
- Häuser welche unterhalb der gängigen Flächentarifverträge vergüten, würden plötzlich mehr Geld zur Verfügung gestellt bekommen
- In einigen Ländern könnten spezifische Ländervorgaben nicht mehr eingehalten werden, da die Durchschnittsfinanzierung höhere Qualitätsanforderungen nicht refinanzieren würde

### Beginn der Richtwertkalkulation

- Erste Kalkulation derzeit für das **Jahr 2010** vorgesehen. Dabei würden die **Daten für das Jahr 2009** als Datengrundlage dienen
- Kalkulation parallel im Zeitraum der DRG-Kalkulation. Vereinbarung von Richtwerten hängt stark von der Qualität der Kalkulationsdaten ab
- Mit ersten **Richtwerten** ist **nicht vor 2011** zu rechnen
- Bevorzugte Teilnahme von Ausbildungsstätten, welche auch an der DRG-Kalkulation teilgenommen haben, da die Grundsystematik im Haus bekannt ist. Dennoch steht die Teilnahme allen anderen Ausbildungsstätten natürlich grundsätzlich auch offen

### Weitere wichtige offene Themenpunkte

- **Derzeit fehlt eine klare Positionierung des BMG** inwieweit die vereinbarten Richtwerte für die Ausbildungsstätten wirklich bindend sind
- Die **Differenzierung der Richtwerte nach Regionen ist ungenau**, da nicht klar definiert ist, was unter einer Region genau zu verstehen ist (möglicherweise Bundesländer)

### Scheitern der Verhandlungen

§ 17a Abs. 4b Satz 3 KHG gibt vor, was im Falle eines Scheiterns der Vereinbarung von Richtwerten geschieht:

*Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit das Verfahren oder die Richtwerte durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben.*



***Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!***