

# **„Das G-DRG-System 2012“ Klassifikation und Bewertung**

**DKG-Informationsveranstaltung  
Deutscher Krankenhaustag**

Düsseldorf, den 16. November 2011  
Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer InEK gGmbH

# Agenda – Übersicht

1. DRG-Entgeltsystem
2. Nächste Schritte

# Agenda

1. DRG-Entgeltsystem
  - 1.1 Kalkulationsbasis**
  - 1.2 Methodik
  - 1.3 Klassifikatorische Überarbeitung
  - 1.4 Ergebnisse
  - 1.5 Zwischenfazit

# Kalkulationsbasis

## Krankenhäuser (Entgeltbereich DRG)

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| ➤ Krankenhäuser mit erfolgter Datenlieferung | 249                     |
| ➤ Gesamtlöschungen                           | 4 (Vorjahr 16)          |
| ➤ Verbleiben in der Kalkulationsstichprobe   | 245 (Vorjahr 247)       |
| - davon Universitätskliniken                 | 11 bzw. 12 (Vorjahr 10) |

# G-DRG-System 2012

➤ DRGs	1.193 (- 1)
- davon im FP-Katalog Hauptabt.	1.148 (- 1)
- davon nicht bewertet (Anlage 3a)	40 ( -- )
- davon rein teilstationäre DRGs	5 ( -- )
- davon bewertet	1 (- 1)
➤ Ein-Belegungstag-DRGs	
- Explizit	23 ( -- )
- Implizit	320 (+19)

# Agenda

1. DRG-Entgeltsystem
  - 1.1 Kalkulationsbasis
  - 1.2 Methodik**
  - 1.3 Klassifikatorische Überarbeitung
  - 1.4 Ergebnisse
  - 1.5 Zwischenfazit

# Katalog bei belegärztlicher Versorgung

## Ergebnis für 2012 (2011)

- 51.913 Fälle (54.453)
- 78 kalkulierte DRGs (83)
- Teilnahme von einem reinen Beleg-Krankenhaus
- Entspricht 66,8% aller Belegfälle der § 21-Daten (67,2%)
- Homogenitätskoeffizient: 79,2% (78,8%)

# Katalog bei belegärztlicher Versorgung

## Anmerkungen zum Ergebnis

- Strengere Plausibilisierung der DRGs mit Fallzahl kleiner 100
- DRG L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion [... ]:*  
Für 2012 vollständige Integration der Leistung "*Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase, fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävulinsäure, [„Hexvix“]*"  
(OPS-Kode 5-573.41)

# Katalog bei belegärztlicher Versorgung

## Ergebnis für 2012

Verweildaueranalyse Haupt- und Belegabteilungsfälle

Mittlere Verweildauer	G-DRG-System 2011		G-DRG-System 2012	
	Anzahl DRGs	Anteil BA-Fälle	Anzahl DRGs	Anteil BA-Fälle
Identisch	303	5%	309	6%
Hauptabteilung höher	379	61%	373	63%
Belegabteilung höher	157	34%	144	30%

(Datenbasis: § 21-Daten, med. plausibilisiert, ohne Mischfälle, ohne explizite Ein-Belegungstag-DRGs)

## Bezugsgröße

### Unveränderter Ansatz

- Konstante Summe effektiver Bewertungsrelationen in § 21-Daten zur Vermeidung Liquiditätseffekt
- Keine Berücksichtigung teilstationärer Leistungen

**Unverändert!**

## Bezugsgröße

- Die Bezugsgröße für 2011 betrug **2.651,10 €**  
Casemix V2011: 18.559.432
- Die Bezugsgröße für 2012 beträgt **2.687,16 €**  
Casemix V2012: 18.558.089
  - Differenz Casemix: - 1.343  
(entspricht -0,01% des Casemix V2011)
  - Differenz Bezugsgröße : + 36,06 €  
(entspricht 1,36% der Bezugsgröße für 2011)

## Bezugsgröße Differenz Case-Mix

- Ergibt sich ausschließlich durch Berücksichtigung der folgenden Tatbestände:
  - gestrichene Dosisklassen bei bewerteten Zusatzentgelten
  - lediglich für neue Zusatzentgelte für Medikamente und Harninkontinenz

## Bezugsgröße

### Umgang mit Thematik „PKMS“

- Herausnahme der PKMS-Fälle zur Zusatzentgelt-Kalkulation
- Keine Differenz Case-Mix bei der Summe effektiver Bewertungsrelationen auf Bundesebene erforderlich
  - Keine Verlagerung von Budgetanteilen auf Bundesebene
  - Integration der krankenhausesindividuellen Zuschläge in den Landesbasisfallwert ab 2012
  - „Aufstockung“ des DRG-Umsatzvolumens unter Berücksichtigung der Zusatzentgelt-Entwicklung auf Landesebene gem. § 10 KHEntgG

# Agenda

1. DRG-Entgeltsystem
  - 1.1 Kalkulationsbasis
  - 1.2 Methodik
  - 1.3 Klassifikatorische Überarbeitung**
  - 1.4 Ergebnisse
  - 1.5 Zwischenfazit

# Intensivmedizin bei Kindern

## Ausgangssituation/Problemstellung

- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter bisher abgebildet in 3 DRGs:

DRG	Text	Aufw.-Punkte
E40A	<i>[...] Beatmung &gt; 24 Stunden, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden [...]</i>	> 196
E77A	<i>Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...], mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden</i>	> 196
G01Z	<i>[...] oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter &gt; 120 Std.</i>	> 392

- Kalkulation bisher auf Basis des nach Stunden differenzierten OPS-Kodes

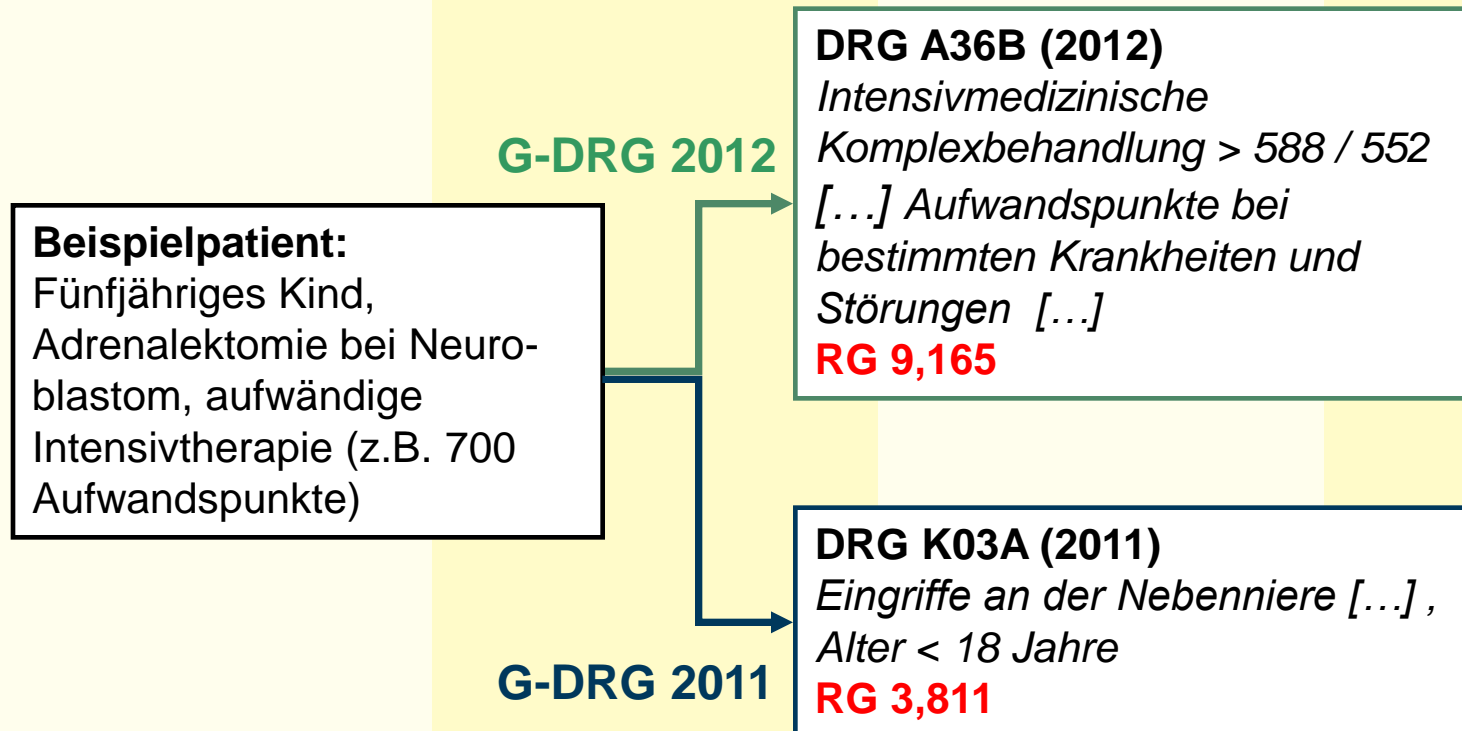
# Intensivmedizin bei Kindern

## Ergebnis für 2012

- Kalkulation erstmals anhand der nach Aufwandspunkten differenzierten Codes
- In allen Intensivmedizin-DRGs, die für Erwachsene nach Aufwandspunkten differenziert sind, konnten für 2012 die entsprechenden Punkteklassen für Kinder ergänzt werden
- Damit erhebliche Aufwertung von Kindern mit aufwändigen intensivmedizinischen Leistungen

# Intensivmedizin bei Kindern

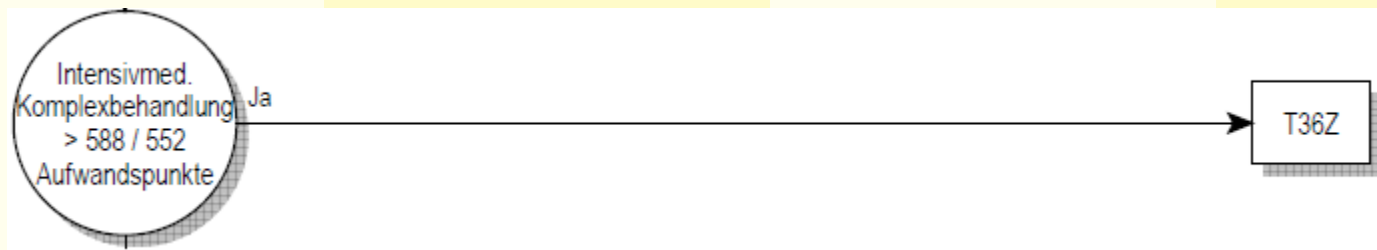
## Ergebnis für 2012



# Intensivmedizin bei Kindern

## Geänderte Darstellung in Katalog und Handbuch

- Beispiel: DRG T36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung*  
> **588 / 552\*** Aufwandspunkte bei infektiösen [...] Krankheiten



### \* Fußnote im Fallpauschalenkatalog:

„Bei den in der DRG-Bezeichnung angegebenen Punktwerten für die intensivmedizinische Komplexbehandlung handelt es sich bei dem ersten Wert um die Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d.\*) und bei dem zweiten Wert um die Aufwandspunkte für die intensiv-medizinische Komplexbehandlung im Erwachsenenalter (8-980.\*)“

## „Hauptleistungsproblem“ in Gefäß-DRGs Ausgangssituation

- Manche DRGs enthalten sowohl offen chirurgische als auch interventionelle Leistungen (F14, F59, etc.)
- Abschlagsberechnung für Kurzlieger erfolgt – bei UGV > 2 Tagen - auf Basis der mittleren Kosten der Inlier ohne Berücksichtigung der durchschnittlichen Kosten der Hauptleistung
- Kostenstelle Radiologie (z.B. Gefäßinterventionen) ist kein Bestandteil der Hauptleistung (im Gegensatz zum OP)

**G-DRG Browser - [G-DRG Browser Hauptabteilung Version 2012]**

**F14B: Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellati...** Zurücksetzen

**05 MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems** Anz. DRGs: **142** N: **350.776**

**Fallzahl Normallieger**  
920

v. MDC: 0,26%

v. gesamt: 0,04%

**Verweildauer**

Kurzlieger	7,04%
Normallieger	85,26%
Langlieger	7,69%
1. Tag mit Abschlag	2
1. Tag zus. Entgelt	21
Mittl. arithm. VWD	9,9
Standardabw. VWD	4,8

**PCCL**

0	25,22%
1	4,57%
2	8,59%
3	61,63%
4	0,00%

Profil drucken...

**Geschlecht**

Männlich	64,35%
Weiblich	35,65%
Unbestimmt	0,00%

**Alter**

< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	0,54%
28 T. - < 1 Jahr	0,54%	40 - 49 Jahre	3,91%
1 - 2 Jahre	0,33%	50 - 54 Jahre	6,74%
3 - 5 Jahre	0,00%	55 - 59 Jahre	10,98%
6 - 9 Jahre	0,00%	60 - 64 Jahre	12,39%
10 - 15 Jahre	0,00%	65 - 74 Jahre	31,09%
16 - 17 Jahre	0,00%	75 - 79 Jahre	12,61%
18 - 29 Jahre	0,11%	80 Jahre u. älter	20,76%

**Bewertungsrelation**  
2,002

**Falkkosten**

Arith. MW	5.380,38
Std. Abw.	1.929,99

Hauptdiagnosen | Nebendiagnosen | Prozeduren | **Kosten** | Recherche

## „Hauptleistungsproblem“ in Gefäß-DRGs

### Was wird als Problem wahrgenommen?

- Untervergütung von Kurzliegern, bei denen interventionelle Eingriffe durchgeführt werden („Hauptleistung der Radiologie nicht vergütet“)
- Im Vorschlagsverfahren wird diese Problematik auch für DRGs mit einer UGV von 2 Tagen beklagt
  - Bei diesen sog. „impliziten“ Ein-Belegungstag-DRGs werden jedoch zur Abschlagsbestimmung die Ist-Kosten der Tagesfälle zugrunde gelegt
  - Die Kostenzuordnung (Radiologie / OP) spielt somit für den Abschlag keine Rolle

# „Hauptleistungsproblem“ in Gefäß-DRGs

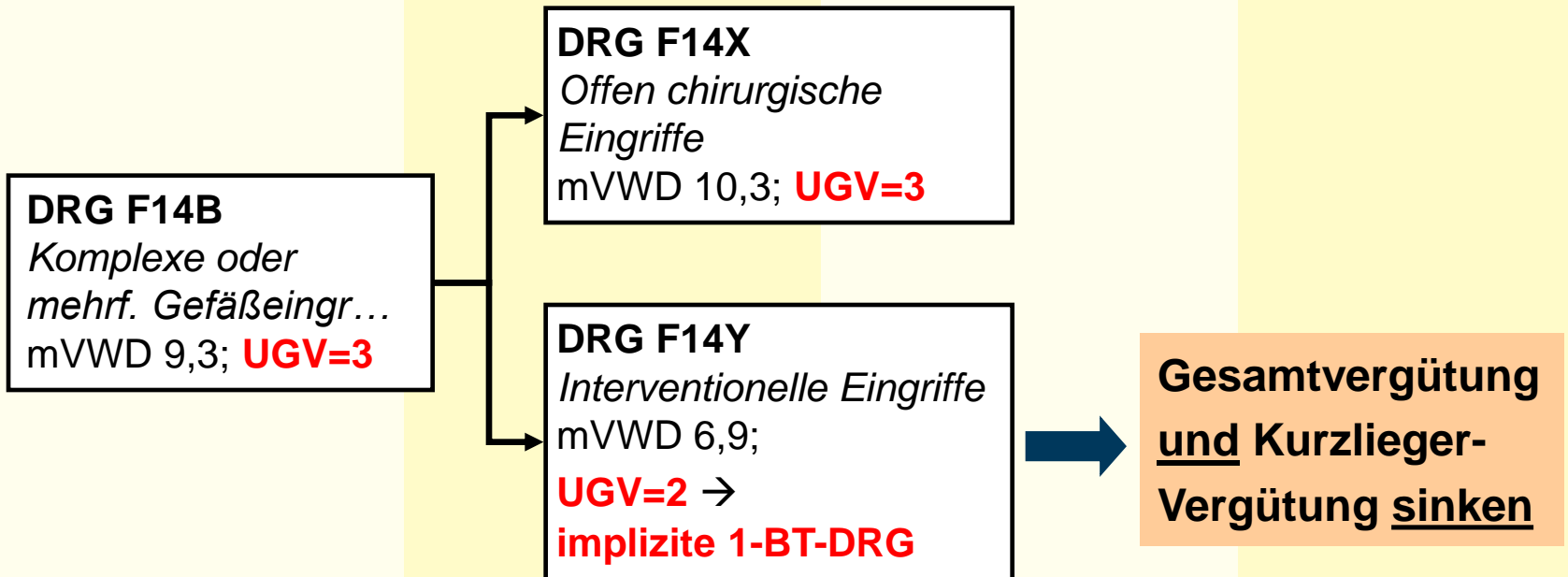
## Analysen

- Detaillierte Überprüfung aller im Vorschlagsverfahren benannten sowie weiterer in Frage kommender DRGs (z.B. auch Basis-DRG B04 für Carotiseingriffe)
- Simulation mehrerer Varianten zur Abschlagsberechnung
- Prüfung einer möglichen Änderung des Kalkulationshandbuches (z.B. Interventionen zukünftig immer in KSt 7 *Kardiologie* zu buchen)
- Berechnung von DRG-Splits anhand der OPS-Kodes für offen-chirurgische bzw. interventionelle Eingriffe

# „Hauptleistungsproblem“ in Gefäß-DRGs

## Beispiel einer Analyse

### Split der DRG F14B



# „Hauptleistungsproblem“ in Gefäß-DRGs

## Fazit

- Systematische Untervergütung liegt nicht vor
- Geprüfte Änderungen wären durchweg mit einer Abwertung der interventionellen Verfahren verbunden
- Keine Notwendigkeit für grundsätzliche Änderungen von Abschlagsberechnung oder Kalkulationshandbuch
- Fehlender Radiologie-Anteil an der Hauptleistung wird durch die einbezogenen OP-Kosten mehr als kompensiert

# Langliegerproblematik

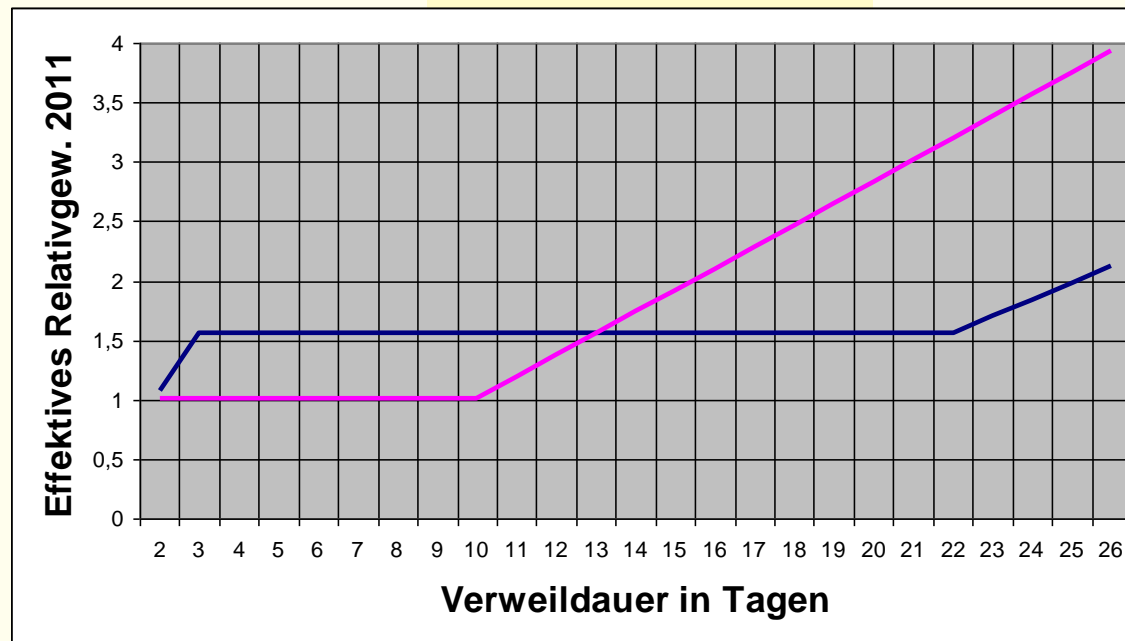
## Ausgangssituation

- Inkonsistenz innerhalb einer Basis-DRG bei langer Verweildauer
- DRG A wird durch DRG B mit geringerem Relativgewicht aber höherem Zuschlag „überholt“
- Der vorhandene Split anhand von Komplikationen und Komorbiditäten (PCCL) bietet einen kritisierten Anreiz zum „Downcoding“ durch Weglassen relevanter Codes

# Langliegerproblematik

## Beispiel: Basis-DRG G29

*Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag*



**G29A**  
**mit äußerst schweren CC**

**G29B**  
**ohne äußerst schwere CC**

# Langliegerproblematik

## Lösung

In Extremfällen Zusammenfassung der betroffenen DRGs  
(für 2012 Basis-DRGs: *D20, G29 und V60*)

- Weniger PCCL-Splits
- Weniger Kodierstreitigkeiten
- Größere Vergütungsgerechtigkeit?

# Streitbefangene Konstellationen

## Ausgangssituation/Problemstellung

- Uneinheitliche Eingruppierung vergleichbarer oder zumindest sehr ähnlicher Fälle bietet Streitpotential
- Prinzipielle Lösungsmöglichkeiten
  - Veränderung der Kodiervorschriften (DKR, ICD, OPS)
  - Verminderung / Beseitigung der unterschiedlichen DRG-Eingruppierung

# Streitbefangene Konstellationen

## Themenbereiche

- Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen
  - als Hauptdiagnose
  - als Nebendiagnose
- *Heimbeatmung*
- *Nachuntersuchung von Tumorpatienten*

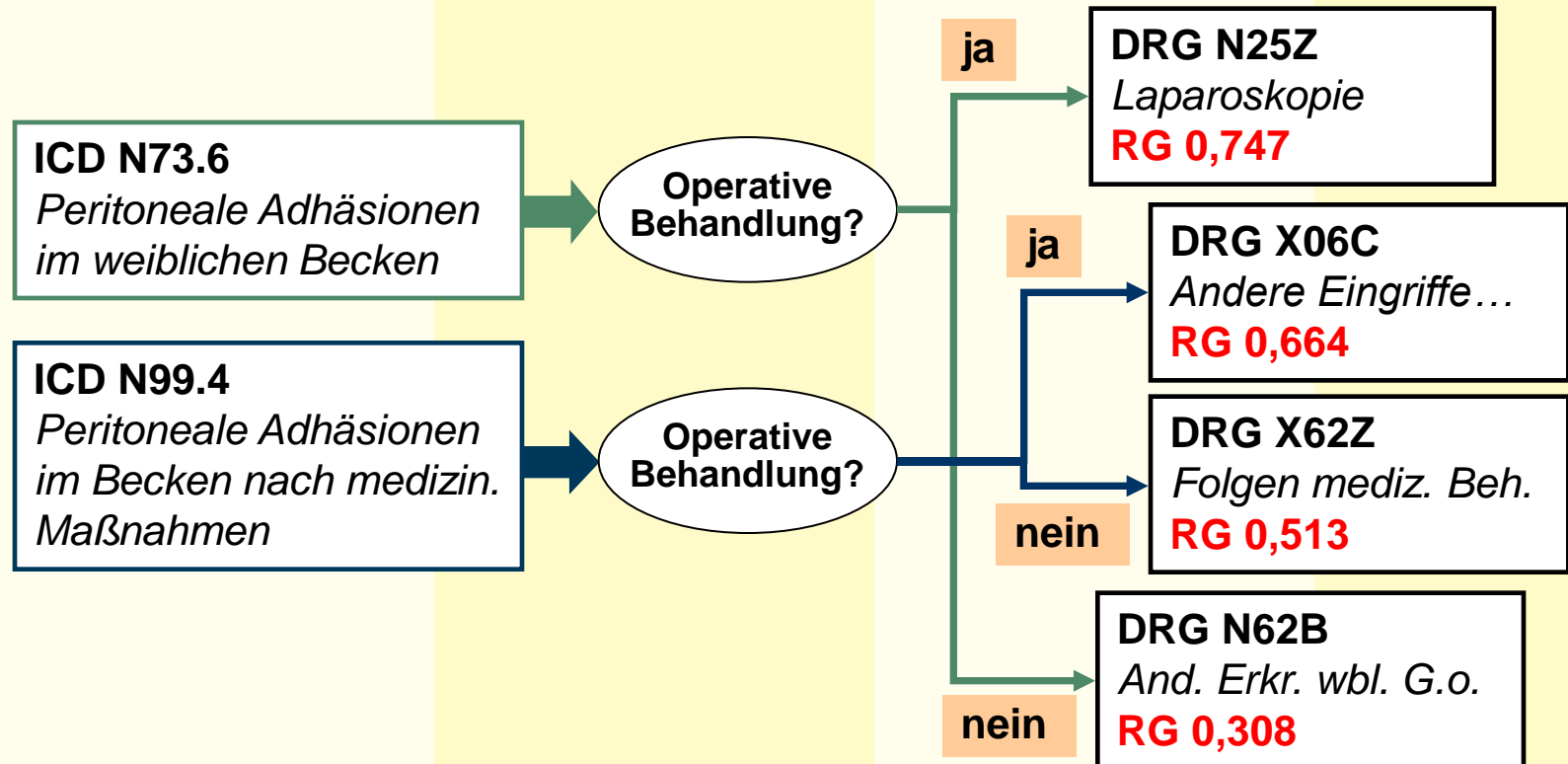
# Komplikationen nach med. Maßnahmen

## Ausgangssituation: Hauptdiagnosen

- Sehr ähnliche Diagnosen sind zum Teil in verschiedenen MDCs eingruppiert. Das führt zu
  - Unterschiedlichen Erlösen
  - Kodierstreitigkeiten im Hinblick auf die Hauptdiagnose
- Lösungsmöglichkeiten:
  - Beseitigung der unterschiedlichen Eingruppierung, z.B. durch einheitliche Eingruppierung in organ-spezifischen MDCs

# Komplikationen nach med. Maßnahmen

## Beispiel Adhäsionen im Becken, G-DRG 2011



# Komplikationen nach med. Maßnahmen

## Konsequenzen der ungleichen Eingruppierung

- Bei der voroperierten Patientin ist die Eingruppierung davon abhängig, ob
  - *Peritoneale Adhäsionen nach medizinischen Maßnahmen*
  - oder
  - *Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken*verschlüsselt wird
- Je nach Behandlung ist eine andere Diagnose vorteilhaft
- Kodierkonflikte sind zu erwarten und zum Thema „Komplikationscodes“ auch aus dem Anfrageverfahren bekannt

# Komplikationen nach med. Maßnahmen

## Ergebnis für 2012

- Identische Eingruppierung beider Codes für *peritoneale Adhäsionen im Becken* ab 2012, damit
- Sachgerechtere Abbildung insbesondere der operierten Fälle, da in MDC 13 (weibliche Geschlechtsorgane\*) zahlreiche aufwandsgestaffelte operative DRGs erreicht werden können, sowie
- Verminderung von Kodierkonflikten, da Wahl der Hauptdiagnose nicht mehr bedeutsam

\* männliche Patienten sind der MDC 12 zugeordnet

# Komplikationen nach med. Maßnahmen

## Ausgangssituation: Nebendiagnosen

- Eine Vielzahl von Codes für *Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen* ist derzeit in der CCL-Matrix enthalten und teilweise hoch bewertet
- Beispiel: T80.1 *Gefäßkomplikation nach Infusion [...]*
- Unterschiedliches Verschlüsselungsverhalten in verschiedenen Kliniken / Regionen

# Komplikationen nach med. Maßnahmen

## Konfliktpotential bei Nebendiagnosenkodierung

- Der Code T80.1 *Gefäßkomplikation nach Infusion [...]* kann sowohl eine schwere Komplikation als auch eine Bagatellfolge (kleines Hämatom nach Venenkanülierung) bezeichnen
- Für die korrekte Verschlüsselung ist unter anderem von Bedeutung, ob ein „spezifischerer Code“ existiert (sofern die Bedingungen der Nebendiagnosen-KR erfüllt sind)
- Codes sind extrem häufig Thema von Kodierstreitigkeiten (vgl. Anfrageverfahren)

# Komplikationen nach med. Maßnahmen

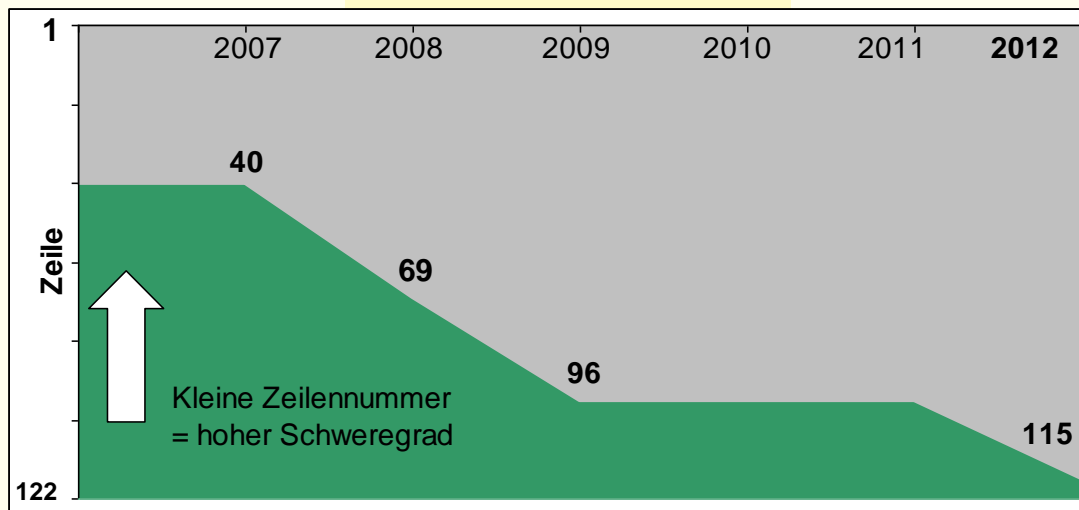
## Analysen und Ergebnis

- Prüfung der hauptsächlich bestrittenen Codes darauf, ob sie mit höherem Aufwand verbunden sind
- Ergebnis: 15 Codes für Komplikationen eines Eingriffes aus der CCL-Matrix gestrichen oder abgewertet, z.B.
  - Streichung T80.1 *Gefäßkomplikation nach Infusion*
  - Streichung T88.4 *Misslungene oder schwierige Intubation*
  - Abwertung T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes*
- Deutliche Verminderung des Streitpotentials

# CCL-Matrix

## Bewertung E87.6 Hypokaliämie

- Konsequente Abwertung in den letzten Jahren entsprechend der sinkenden Bedeutung als Kostentrenner



Zeile 115:  
CC operativ = 2,  
medizinisch = 1

- Erwartung: Bei fortgesetztem Trend vollständige Streichung in 2012 oder 2013 wahrscheinlich

# Klassifikatorische Überarbeitung

## Weitere Bereiche

Polytrauma

Neurologie

Kardiologie

Geriatrie

Onkologie

Orthopädie

Ohr, Nase,  
Mund, Hals

Transplantation

Abdominal-  
chirurgie

Gefäß-  
chirurgie

Augen-  
heilkunde

Gynäkologie

... und  
weitere

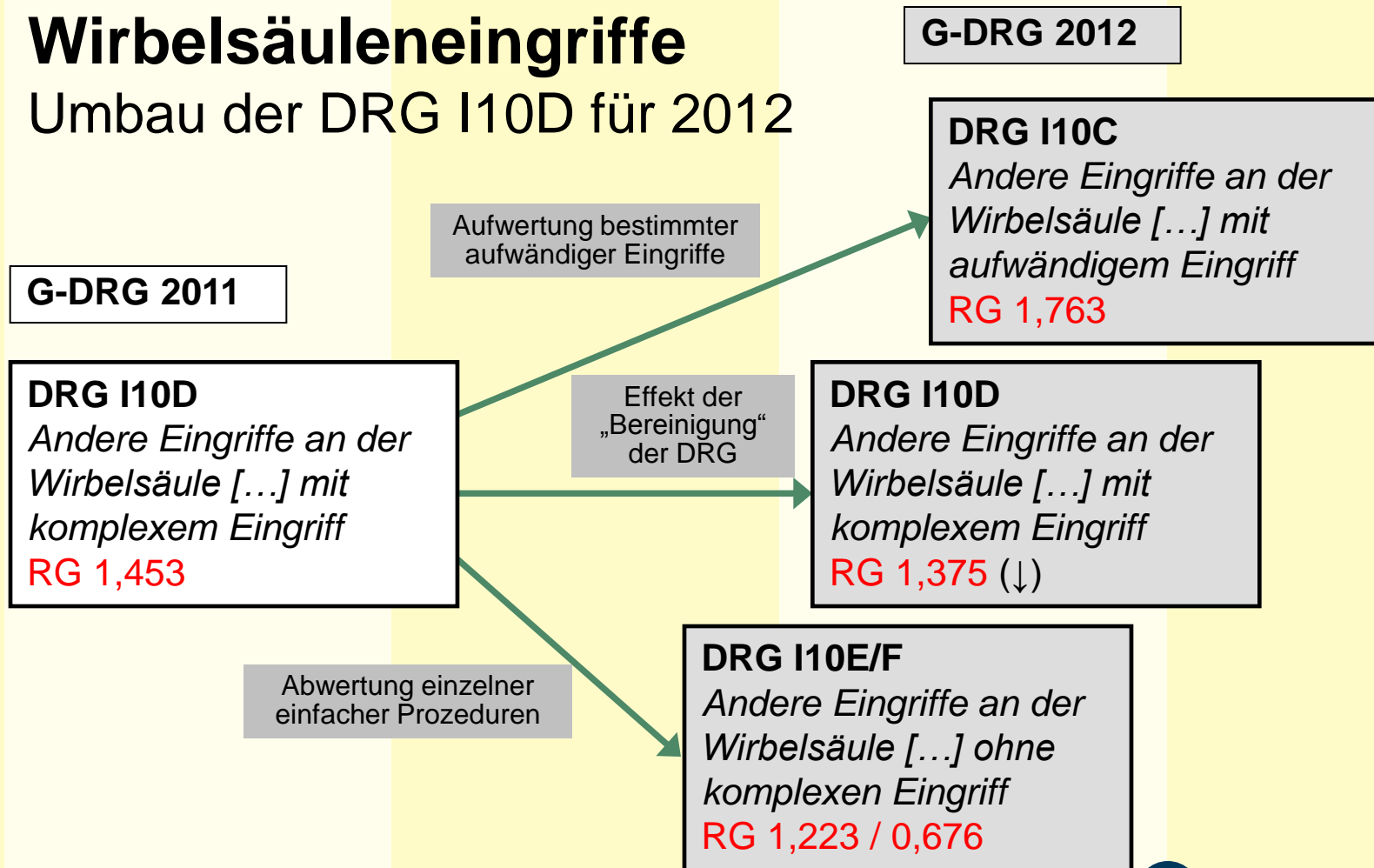
# Wirbelsäuleneingriffe

## Ausgangssituation

- Differenzierte Abbildung in den Basis-DRGs I06, I09 und I10
- Insbesondere DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff [...]* noch inhomogen:
  - Unterbewertete aufwändigere Eingriffe, zugleich auch
  - Weniger komplexe Fälle, die nach Analyse oft eine Vielzahl verschiedener Prozedurenkodes tragen, häufig in Kombination
- „Einfache“ Kodebereinigung der DRG-Tabellen somit nicht ausreichend

# Wirbelsäuleneingriffe

## Umbau der DRG I10D für 2012



# Agenda

1. DRG-Entgeltsystem
  - 1.1 Kalkulationsbasis
  - 1.2 Methodik
  - 1.3 Klassifikatorische Überarbeitung
  - 1.4 Ergebnisse**
  - 1.5 Zwischenfazit

# Preisentwicklung Zusatzentgelte Medikamente

- Deutlicher Preisverfall bei ZE17 *Gabe von Gemcitabin, parenteral*, ZE19 *Gabe von Irinotecan, parenteral* und ZE78 *Gabe von Temozolomid, oral*
- Streichung von unteren Dosisklassen
- Immer geringeres Volumen für diese Wirkstoffe im ZE-Budget auch bedingt durch geringere Fallzahl, die die Schwelle erreicht

# Zusatzentgelte Docetaxel und Paclitaxel

## Preisentwicklung

- Ende 2010: Auslaufen des Patentschutzes für Docetaxel (ZE80)
- Preisverfall teilweise in den Daten 2010 sichtbar
- Unterjährige Preisabfrage 2011 ergab einen deutlichen Preisverfall für Docetaxel:
  - Preis in 2009: rund 9 Euro pro Einheit (mg)
  - Preis in 2011: gemäß unterjähriger Preisabfrage erheblich geringer, überwiegend um 1 Euro / mg

# Zusatzentgelte Docetaxel und Paclitaxel

## Problematik bei Kalkulation eines ZE-Betrags

- Dilemma:
  - Noch überwiegend hohe Kosten in der Kalkulation
  - Deutlich geringere Kosten 2011/12
- Kalkulation wäre nur auf Basis zu hoher Kosten, nicht aber auf angenommenen oder abgeschätzten Preisen möglich

# Zusatzentgelte Docetaxel und Paclitaxel

## Ergebnis für 2012

- Neues unbewertetes Zusatzentgelt
- Damit vor Ort Verhandlung der Entgelthöhe möglich
- Wenn die Kosten zukünftig in Höhe der derzeit plausiblen Preise liegen: Streichung dieser Zusatzentgelte

# Palliativmedizinische Komplexbehandlung

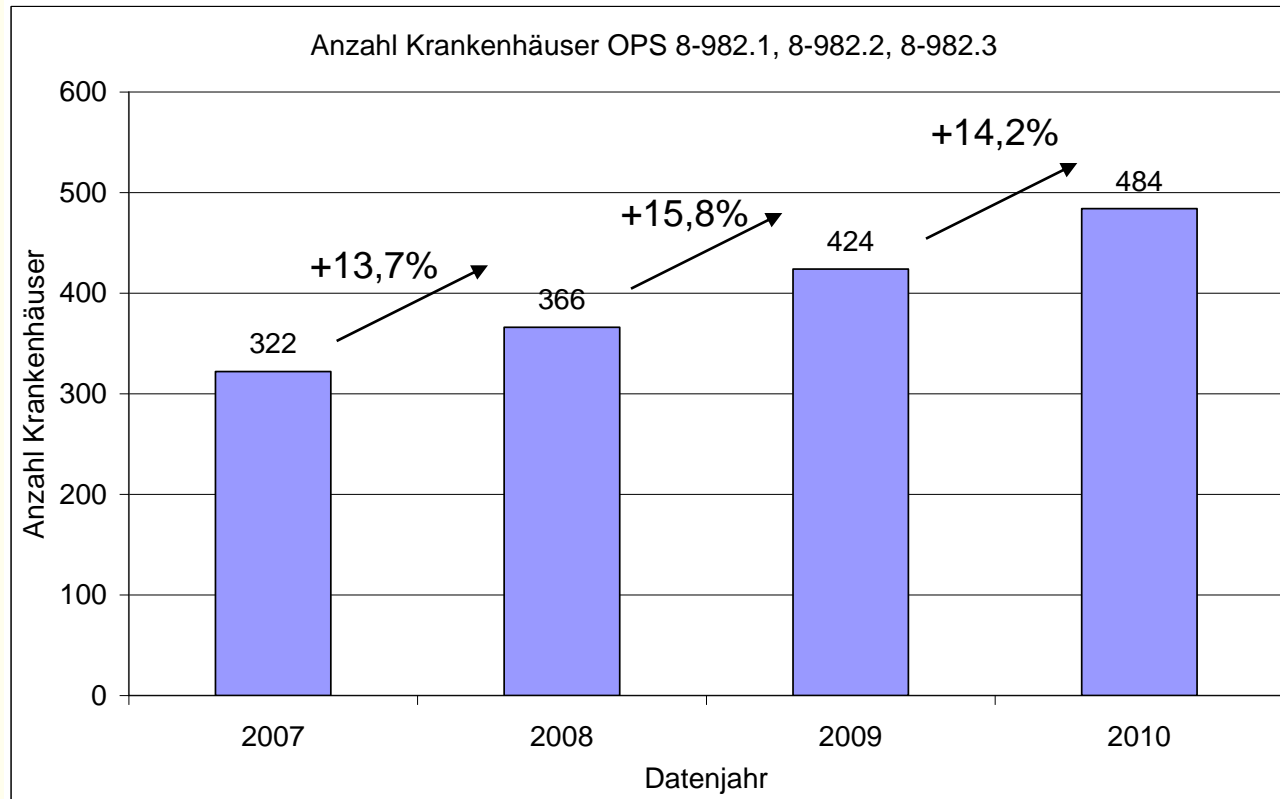
## Datenbasis für 2012

- Eigens plausibilisierte Palliativ-Fälle\* in Kalkulationsdaten:  
6.271 Fälle aus 100 Krankenhäusern  
(Vorjahr: 4.790 Fälle aus 86 Krankenhäusern)
  - Dies entspricht 18,3% der Fälle bzw. 20,7% der Krankenhäuser (Vorjahr: 17,2% der Fälle bzw. 20,3% der Häuser).

\* Fälle mit OPS-Kode *Palliativmed. Komplexbehandlung* mit mindestens 7 Behandlungstagen

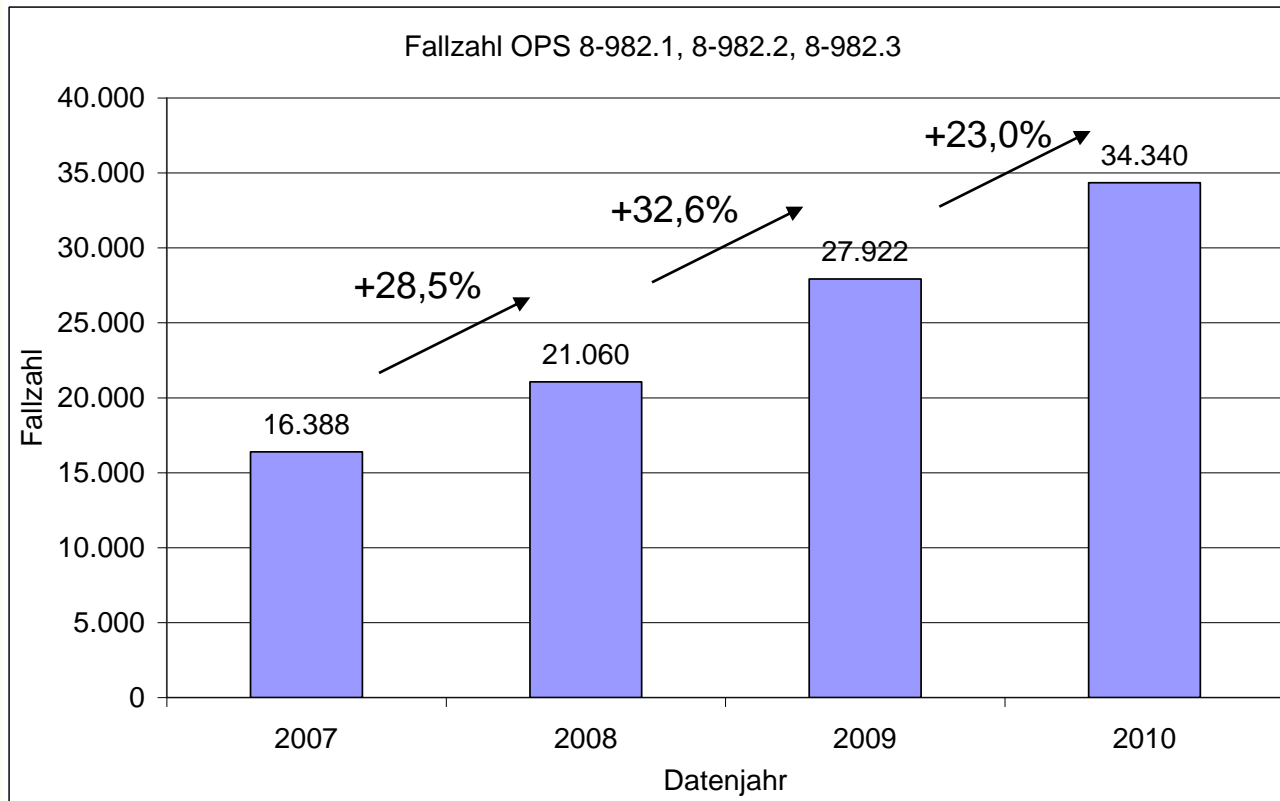
# Palliativmedizinische Komplexbehandlung

## Entwicklung Krankenhäuser § 21-Daten

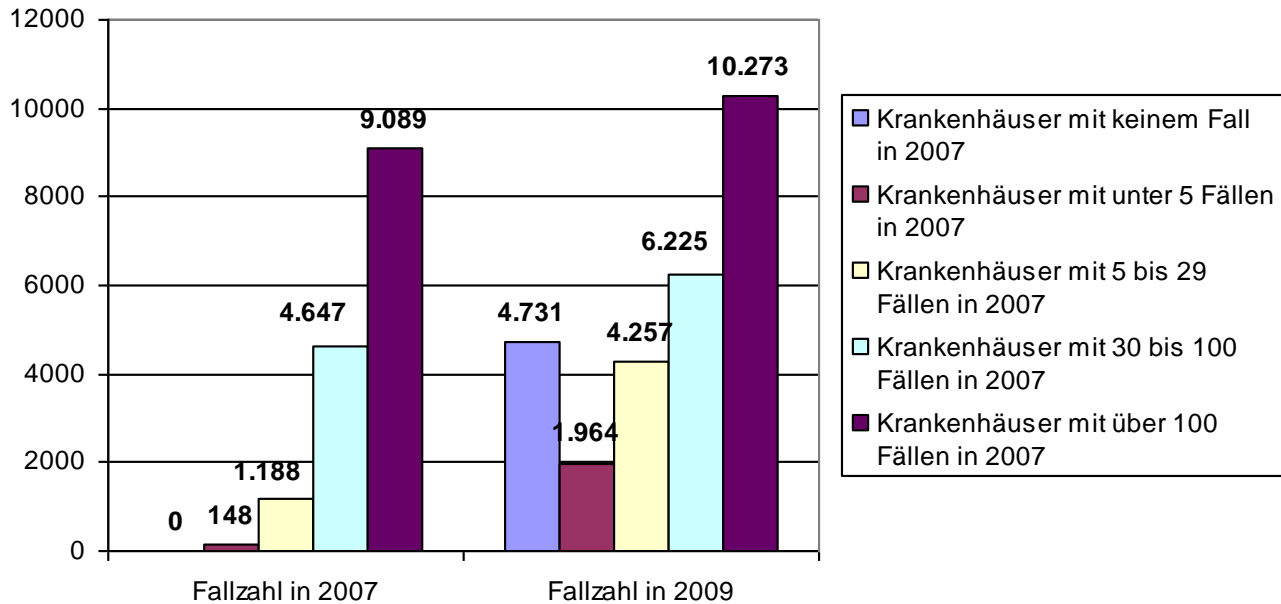


# Palliativmedizinische Komplexbehandlung

## Entwicklung Fallzahl § 21-Daten



### OPS 8-982.1, 8-982.2 und 8-982.3



# Palliativmedizinische Komplexbehandlung

## Entwicklung Zusatzentgelt

Zusatzentgelt		Betrag in Euro		Differenz zum Vorjahr	
		2011	2012	abs. in Euro	rel. in %
ZE60.01	7-13 Tage pall. Komplexbehandlung	1.334,51	1.339,98	5,47	0,41
ZE60.02	14-20 Tage pall. Komplexbehandlung	2.124,83	1.962,94	- 161,89	-7,62
ZE60.03	mehr als 20 Tage pall. Komplexbehandlung	3.310,64	3.433,48	122,84	3,71

## Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

- Vorgaben im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
  - zusätzliche Finanzmittel für Pflegekräfte ab 2012 im DRG-System zielgerichtet den Bereichen zuordnen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen (InEK)
  - Krankenhausbezogene Finanzierungsbeträge für 2009 – 2011 als Summe je Bundesland in den für 2012 geltenden Landesbasisfallwert einrechnen (Vertragsparteien auf Landesebene)

## Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

- Vorgaben Pflegegipfel vom 02.04.2009 –  
Handlungsempfehlung der AG 2 des Pflegegipfels
  - Orientierung an gegebenen Strukturen:  
*„Die pflegerischen Identifikationsmerkmale sollen ... aus der **täglichen Pflegedokumentation entnommen oder abgeleitet** werden können“*
  - Vorbeugung Mengenausweitung der Kodierung  
*„Eine weitere Voraussetzung... ist, dass einem inflationären Kodieren der OPS vorgebeugt ist“*
  - Sachgerechte Abbildung in der Kostenkalkulation:  
*„die **G-DRG-Kalkulation ... zu schärfen**, damit sich der erhöhte Pflegeaufwand auch in den Kostendaten wieder findet“*

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Kalkulatorische Auswirkungen

- PKMS und PPR A4 = integratives Gesamtkonzept
  - PKMS: 1 Punkt entspricht 30 kalk. Minuten aus Zeiterhebungen pflegerischer Einzelmaßnahmen mit über 50.000 Datenpunkten
  - PPR A4: Berechnung der A4-Werte auf Basis der kalk. Minutenwerte des PKMS in Analogie der Berechnung der Werte für A1-A3
  - Integration der PPR A4 als Anlage 11 in das Kalkulationshandbuch: Beschluss AG Kalkulation am 11.12.2009

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Kalkulatorische Auswirkungen – Beispiel

Summe Kosten PD  
Normalstation



Summe PPR-Minuten  
Normalstation



Kostensatz/  
PPR-Minute

**0,45 €**

*(typischer  
Kostensatz)*

für alle  
Behandlungsfälle

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Kalkulatorische Auswirkungen – Beispiel

Summe Kosten PD  
Normalstation

Zusätzliche Pflegekräfte

Summe PPR-Minuten  
Normalstation

Zusätzlich dokumen-  
tierte hochaufwendige  
Pflegeleistungen

Kostensatz/  
PPR-Minute

0,45 €

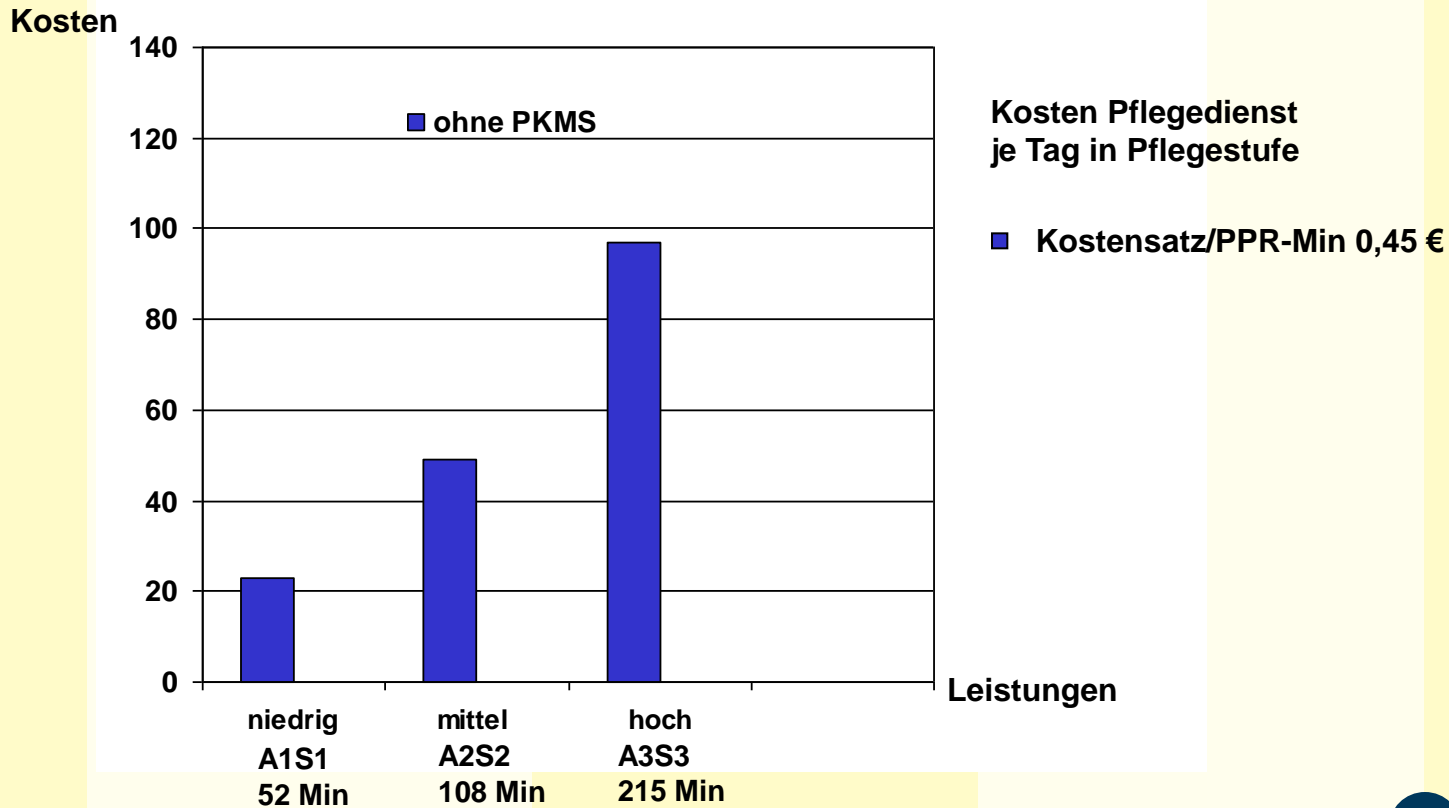
(typischer  
Kostensatz)

0,40 €

für alle  
Behandlungsfälle

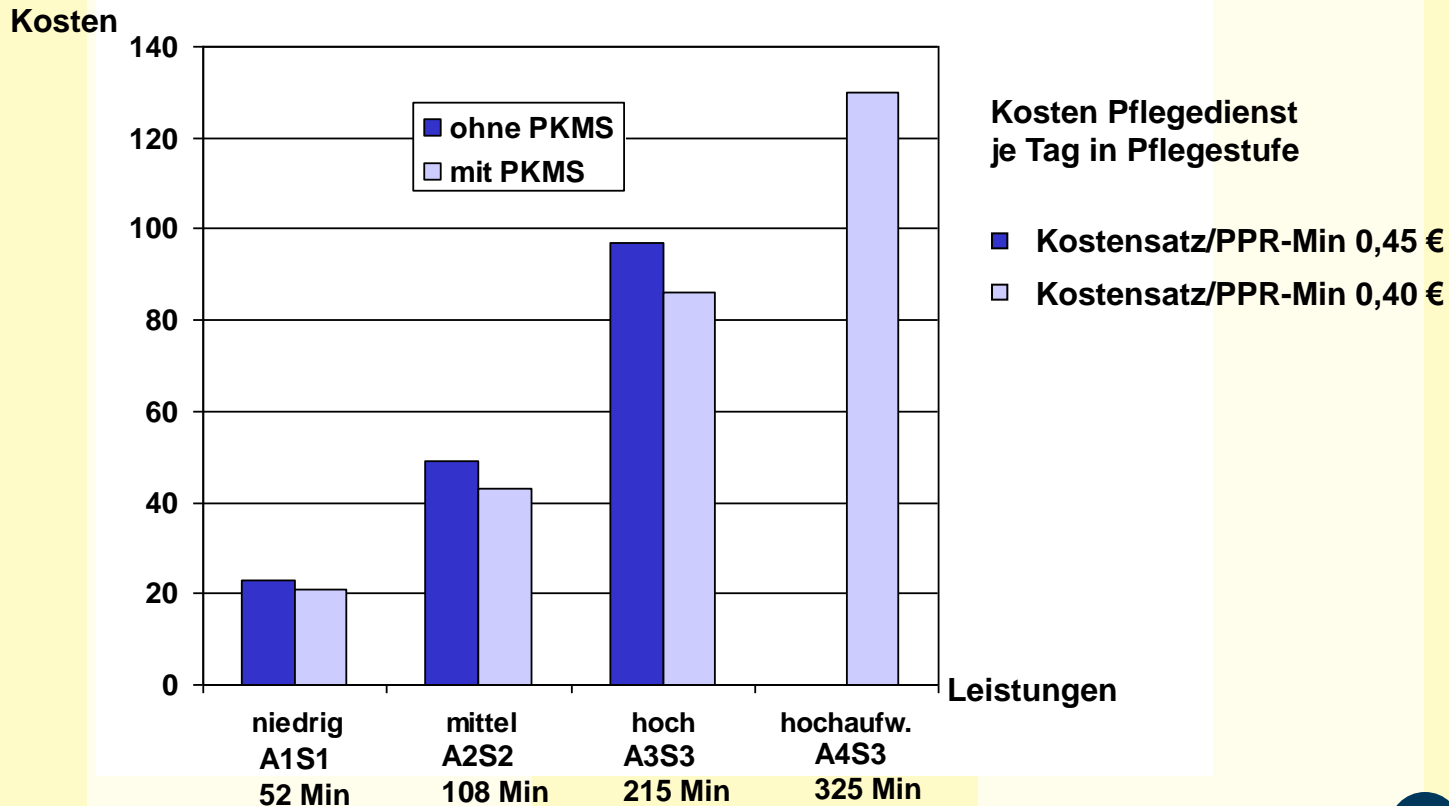
# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Kalkulatorische Auswirkungen – vereinfachtes Beispiel



# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Kalkulatorische Auswirkungen – vereinfachtes Beispiel



# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Kalkulatorische Auswirkungen

- Durch A4 **Erwartungswert** bei Kostensteigerung für Pflegedienst auf Normalstation: 40 € - 50 € je Tag
- **Tatsächlich** gemessene Kostendifferenz für Pflegedienst auf Normalstation je Tag in etwa 60 €
- „Folgewirkungen“ bei (medizin.) Sachbedarf auf der Normalstation (Module 4a und 6a) je Tag in etwa 13 €

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Kalkulatorische Auswirkungen

### Verweildauereffekt

- Mindestzahl an Tagen mit im Rahmen des PKMS dokumentiertem Pflegeaufwand vorgegeben, dadurch:
  - Tendenziell erhöhte Verweildauer dieser Patientengruppe im Vergleich zur bisherigen Fallgruppe
  - Erhöhte Fallkosten in Modulen mit verweildauerabhängiger Kostenzuweisung über Bezugsgröße „Pflegetag“

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Datengrundlage

Verteilung der Fälle (§ 21-Daten, Datenjahr 2010)

- > 900 DRGs getroffen
- 233 DRGs mit > 30 Fällen
- 75% der Fälle verteilen sich auf 157 DRGs
- 50% der Fälle verteilen sich auf 51 DRGs

Lediglich Abbildung als Zusatzentgelt möglich

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Abschätzung einer realistischen Fallzahl

- Kalkulationsdaten 2010: 0,47% aller Fälle mit PKMS
- § 21-Daten 2010: 0,20% aller Fälle mit PKMS
- Zu beachten:
  - Nicht alle Häuser haben in 2010 PKMS kodiert
  - Viele Häuser haben erst unterjährig mit Kodierung begonnen

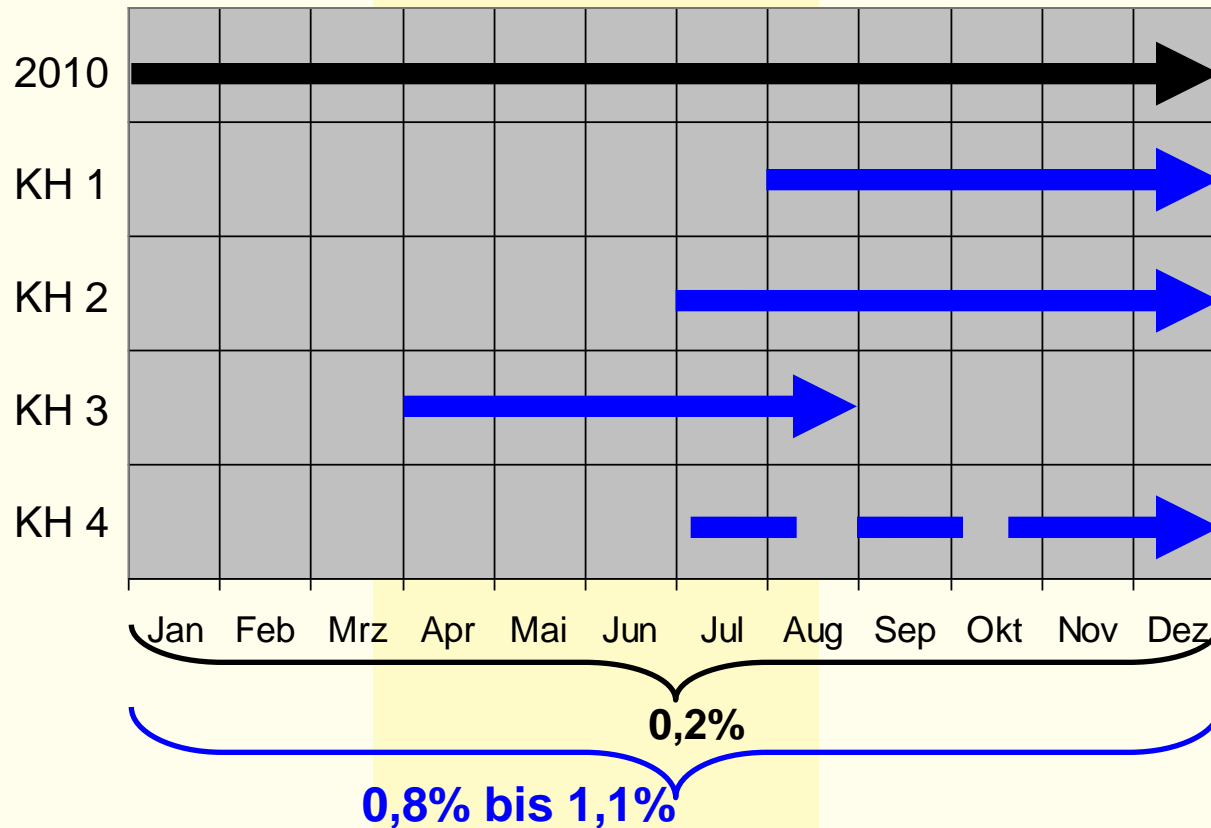
# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Abschätzung einer realistischen Fallzahl

- Hausindividuelle Ermittlung eines Zeitraums, ab dem PKMS-Kodes erfasst wurden
- Bestimmung der PKMS-Quote nur für diese Fallmenge
- Über 90% aller Fälle mit PKMS gehen dennoch in die Berechnung der Quote ein. Es werden nicht „PKMS-schwache“ Häuser ausgeblendet, sondern v.a. PKMS-freie Zeiträume  
→ Ermittlung einer realistischen Quote

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Abschätzung einer realistischen Fallzahl



# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Datenbasis für 2012

- Eigens plausibilisierte PKMS-Fälle \* in Kalkulationsdaten:  
12.168 Fälle aus 178 Krankenhäusern

\* Fälle mit OPS-Kode *Hochaufwendige Pflege von ...*  
... *Erwachsenen* (9-200),  
... *Kindern und Jugendlichen* (9-201),  
... *Kleinkindern* (9-202)

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Ergebnis für 2012

- Zur Kalkulation werden DRGs **ab 14 Inliern** mit OPS in Kalkulationsdaten verwendet (bei Kindern: **ab 3 Inlier**)
- Berechnet als gewichteter Mittelwert der Differenz der Kostendeckung der Inlier **mit** OPS versus der Inlier **ohne** OPS in Kalkulationsdaten
- Gewichtung anhand Fallzahl Inlier mit OPS in § 21-Daten

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Ergebnis für 2012

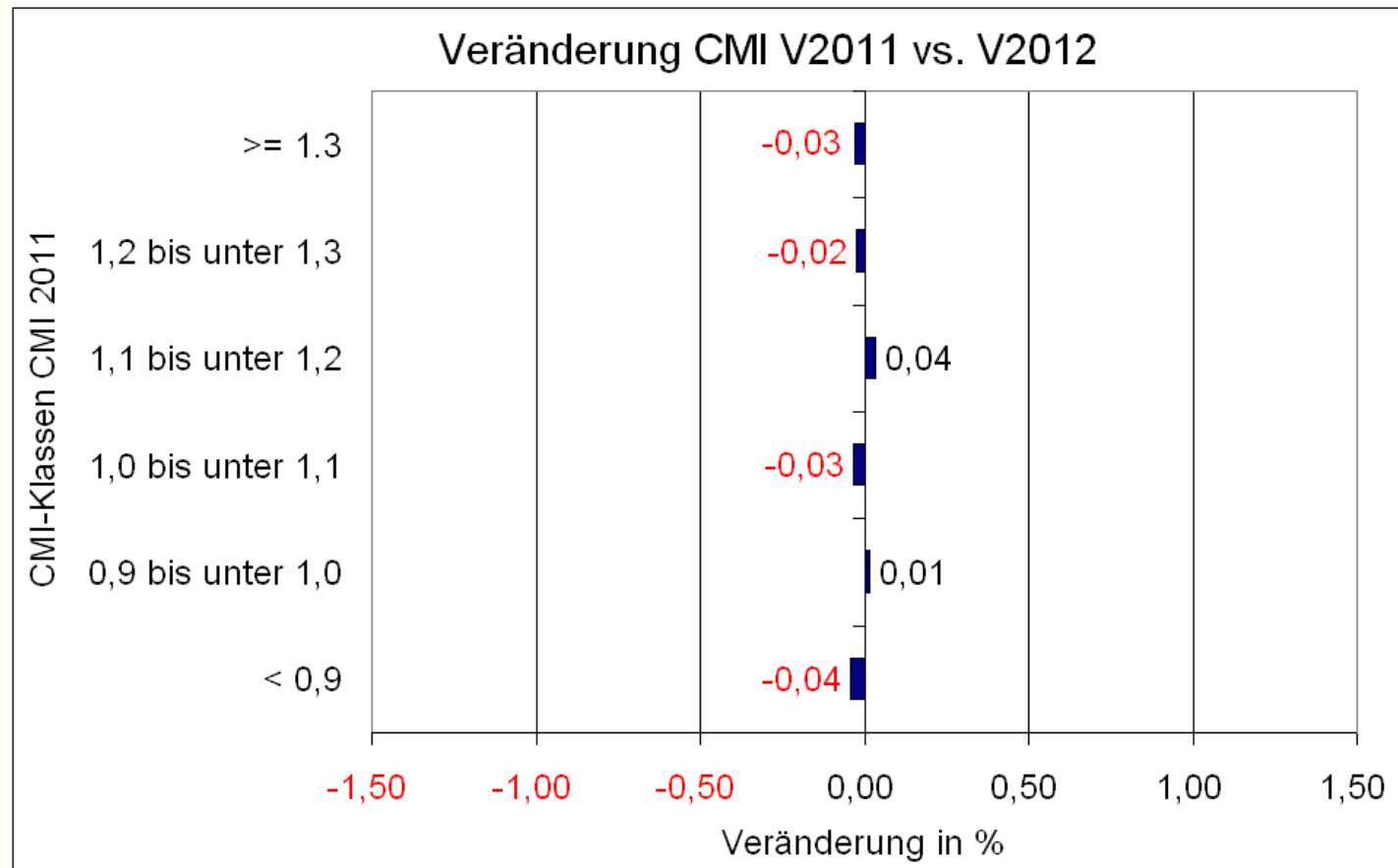
- 2 Zusatzentgelte: ZE130 und ZE131
- Entgeltbetrag unabhängig vom Endsteller des OPS-Kodes
  - ZE130 Hochaufwendige Pflege bei Erwachsenen  
**1.290,93 Euro**
  - ZE131 Hochaufwendige Pflege bei Kindern und Jugendlichen und Hochaufwendige Pflege bei Kleinkindern  
**2.805,80 Euro**

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

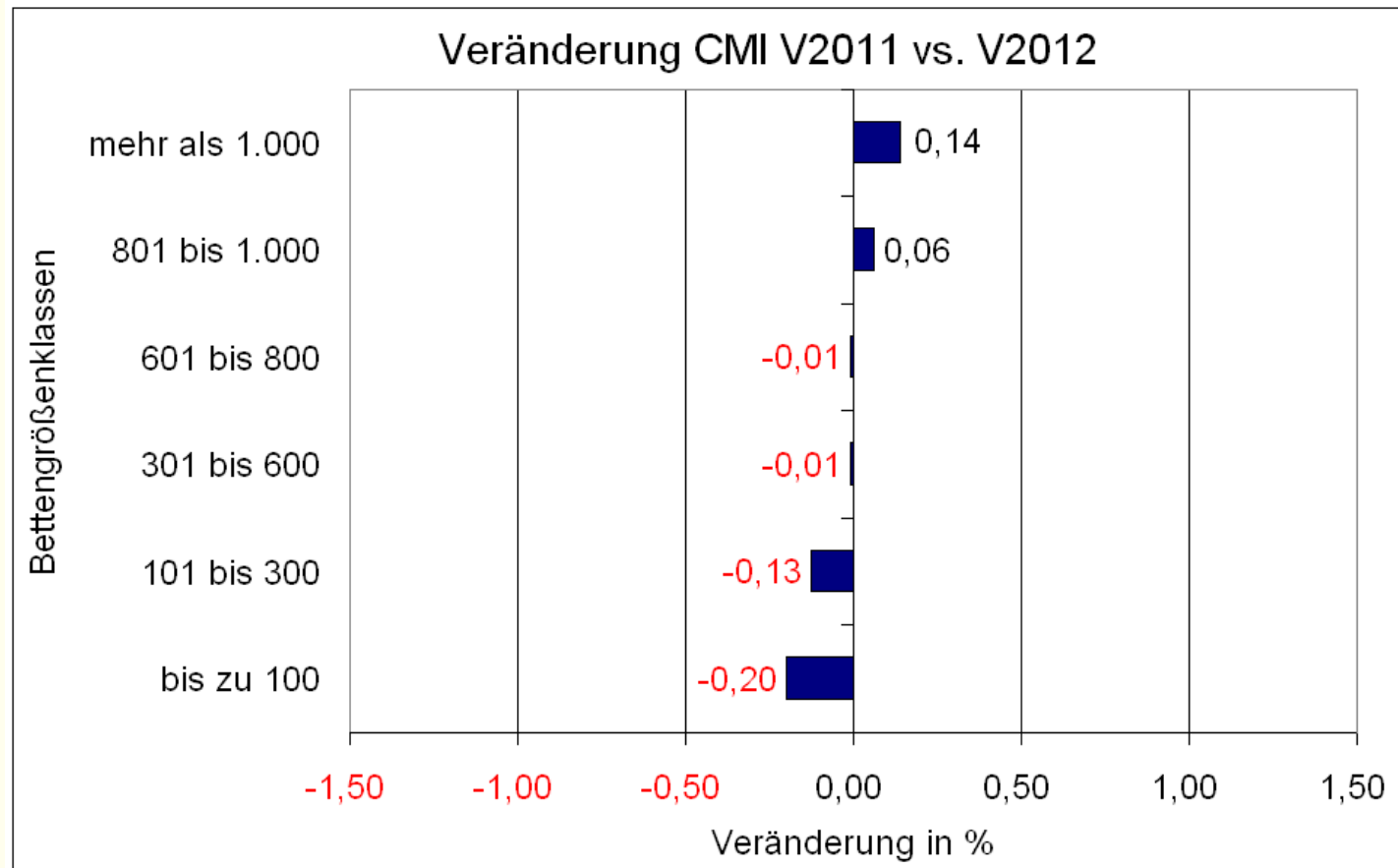
## Version für 2012

- Inhaltlich weitgehend unverändert zu PKMS 2011
- Einbeziehung der IMC-Stationen
- Redaktionelle Überarbeitungen bzw. Klarstellungen
- Ergänzung für Patienten mit Plegie in den Leistungsbereichen Wundmanagement und Kreislauf sowie Erweiterung einiger Gründe

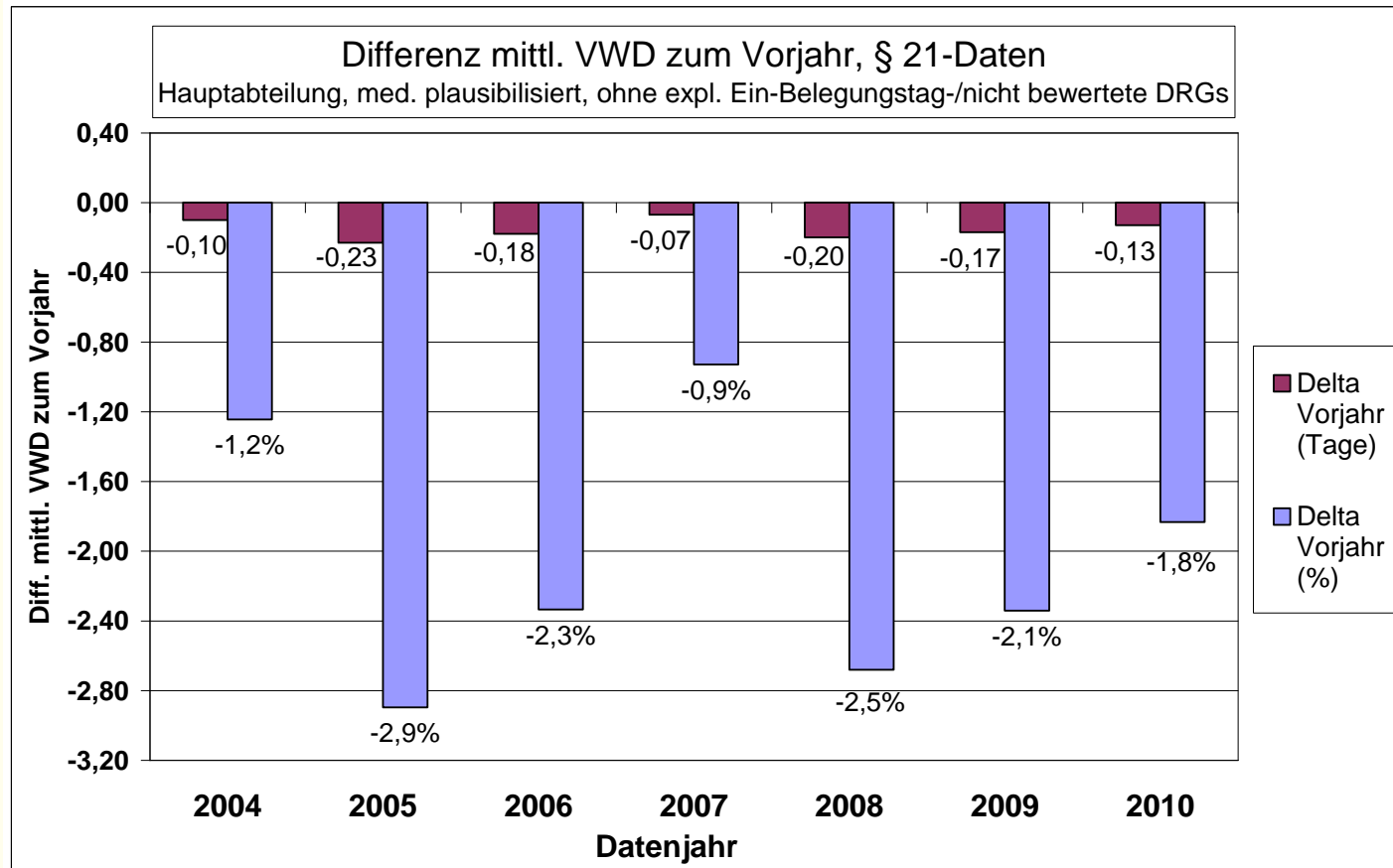
# CMI-Analyse „Gewinner und Verlierer“



# CMI-Analyse „Gewinner und Verlierer“

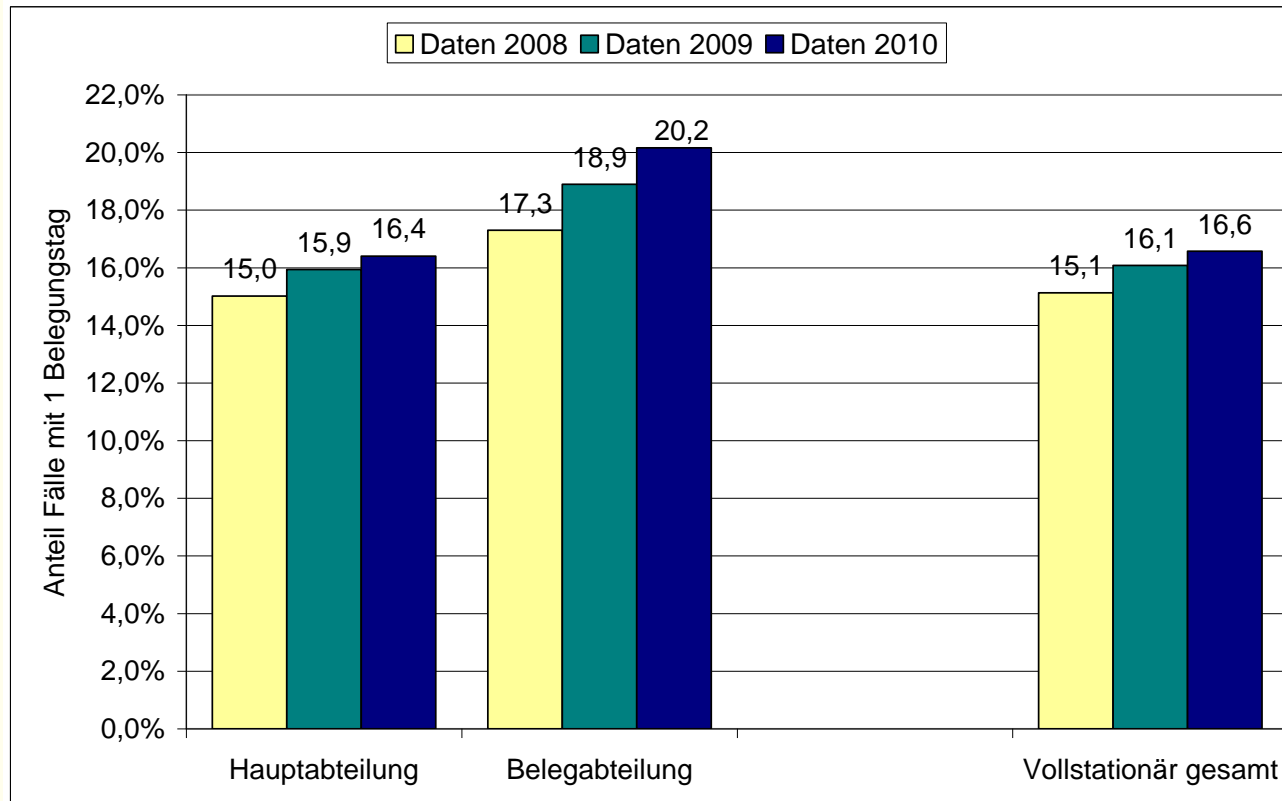


# Verweildauer-Analyse



# Anteil Fälle mit 1 Belegungstag

## Vollstationäre § 21-Daten



# Agenda

1. DRG-Entgeltsystem
  - 1.1 Kalkulationsbasis
  - 1.2 Methodik
  - 1.3 Klassifikatorische Überarbeitung
  - 1.4 Ergebnisse
  - 1.5 Zwischenfazit**

## Zwischenfazit

- Differenzierte G-DRG-Weiterentwicklung
  - Verbesserte Datenqualität bei routinierter Teilnahme im Rahmen der DRG-Kalkulation
  - Erweiterter Plausibilitätsprüfungsansatz
  - Systemumbau durch PKMS-Integration
  - Fokus auf Reduktion von Konfliktpotential

# Agenda

## 2. Nächste Schritte

## „Nächste“ Schritte G-DRG-Katalog

- Vorabzertifizierung Grouper 2010/2012
- Zertifizierung Version 2010/2012 nach Gremien SV
- Definitionshandbuch 2010/2012
- Kommentierte Migrationstabelle
- Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung schrittweise
- Grouper und Definitionshandbuch 2011/2012 ca. Oktober
- Grouper und Definitionshandbuch 2012 bis Anfang Dezember

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**