



G-DRG-Systementwicklung aus Sicht der DKG

Deutscher Krankenhaustag am 16.11.2011 in Düsseldorf

Dr. Roland Laufer
Geschäftsführer, Dezernat II,
Krankenhausfinanzierung und –planung
Deutsche Krankenhausgesellschaft
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland
Wegelystraße 3, 10623 Berlin



Themen

- **DRG – Katalog 2012**
- **Abrechnungsbestimmungen**
- **GKV – Versorgungsstrukturgesetz**
- **Finanzierungssituation**
- **Psychiatrie – Entgeltsystem**
- **Ausbildungsstätten**



- **DRG – Katalog 2012**
- Abrechnungsbestimmungen
- GKV – Versorgungsstrukturgesetz
- Finanzierungssituation
- Psychiatrie – Entgeltsystem
- Ausbildungsstätten



Katalogentwicklung 2012

- ⇒ Intensivmedizinische Behandlung von Kindern über die nach Aufwandspunkten differenzierten OPS-Kodes abgebildet und dadurch aufgewertet
- ⇒ Aufhebung inverser Erlösverhältnisse zwischen Normal- und Langliegern in einzelnen Basis-DRGs („Langliegerproblematik“)
- ⇒ Systematische Untervergütung bestimmter Kurzliegerfälle wegen ggf. inadäquater Abgrenzung der Hauptleistung („Hauptleistungsproblem“) hat sich nicht bestätigt – daher keine Anpassung
- ⇒ Problem der hohen Erlössprünge im UGVD-Bereich noch nicht gelöst
- ⇒ Weiterhin Bereinigung von Extremkostenfällen und „Reste-DRGs“
- ⇒ ***Verbesserung in verschiedenen Bereichen setzt sich fort***



Reduktion von Abrechnungsstreitigkeiten

Komplikationen als Hauptdiagnose

- ⇒ 2011: Sehr ähnliche Diagnosen (mit und ohne Komplikation) führen in verschiedenen MDCs
- ⇒ 2012: Einheitliche Zuordnung ähnlicher Codes
- ⇒ *Beispiel: Adhäsionen im Becken (perioperativ)*

Komplikationen als Nebendiagnose

- ⇒ 2011: Vielzahl von Codes für Komplikationen in der CCL-Matrix
- ⇒ 2012: 15 Codes für Komplikationen die wenig Bedeutung für die Fallkosten haben aus der CCL-Matrix gestrichen oder abgewertet
- ⇒ *Beispiel: Gefäßkomplikation nach Infusion*



Reduktion von Abrechnungsstreitigkeiten

Heimbeatmung / Nachuntersuchung von Tumorpatienten

- ⇒ Eingruppierung unabhängig von der Wahl der Hauptdiagnose
- ⇒ Eindeutige Zuordnung über OPS

- Dadurch Reduzierung von Streitpotential vor Ort
- Wichtig auch vor dem Hintergrund der „Falschabrechnungskampagne“ der Krankenkassen
- Bleibt ein zentrales Ziel für die weitere Entwicklung

Von besonderer Bedeutung für das Jahr 2012 ist die Integration der pflegeaufwändigen Fälle in das DRG - System



Überführung der Pflege-Fördermittel

Gesetzliche Vorgaben (KHRG vom 17.03.2009)

- ⇒ Finanzielle Förderung der Neueinstellung von Pflegekräften in den Jahren 2009 bis 2011 (Pflegeförderprogramm).
- ⇒ Zielgerichtete Überführung der Fördermittel in Bereiche, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen, über das G-DRG-System im Jahr 2012.

Krankenkassen akzeptieren die Gesetzeslage nicht

- ⇒ Verknüpfung der Vereinbarung des DRG-Katalogs mit der Überführung der Pflegefördermittel in den Landesbasisfallwert (Bundesempfehlung).
- ⇒ Der DRG-Katalog 2012 ist im Grundsatz konsentiert, konnte daher jedoch nicht vereinbart werden.



Überführung der Pflege-Fördermittel

Ergebnis im G-DRG-Katalog für 2012

⇒ Zwei neue Zusatzentgelte:

- ZE130 Hochaufwendige Pflege bei Erwachsenen 1.290,93 Euro
- ZE131 ... Kindern, Jugendlichen, Kleinkindern 2.805,80 Euro

⇒ Keine Absenkung der Relativgewichte für Fallpauschalen, da die Überführung der Fördermittel und die „Verrechnung“ mit den neuen Zusatzentgelten nicht im bundeseinheitlichen G-DRG-Katalog, sondern bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte zu regeln ist.

⇒ Umverteilungswirkung der neuen Zusatzentgelte ist unabhängig von dem in das DRG-System einzugliedernden Finanzierungsvolumen



Überführung der Pflege-Fördermittel

Eingliederung der Pflegefördermittel

- ⇒ Bundesweit bis ca. 500 Mio. Euro Fördervolumen im Jahr 2011
- ⇒ Zusätzliches Erlösvolumen bundesweit durch die Zusatzentgelte für 2012 mit ca. 300 Mio. Euro erwartet
- ⇒ ca. 200 Mio. Euro fließen über eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte 2012 (in Verbindung mit der relativen Aufwertung von Fallpauschalen mit hohem Anteil von pflegeaufwändigen Fällen, die noch unter dem Schwellenwert der Zusatzentgelte liegen)
- ⇒ Abhängigkeit von dem in Anspruch genommenen Pflegefördervolumen auf Landesebene. Die Ausschöpfung des Fördermittelvolumens in den Bundesländern ist sehr unterschiedlich.



Überführung der Pflege-Fördermittel

Gesetzliche Vorschriften zur Überführung der Fördermittel auf der Landesebene (§10 KHEntgG):

- ⇒ In den Landesbasisfallwert 2012 sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal voll in Höhe der im Lande für das Jahr 2011 abgerechneten Zuschläge inzurechnen. Die Begrenzung durch die Veränderungsrate gilt insoweit nicht (**Abs. 12**).
- ⇒ Ausgabenentwicklung im Nicht-Fallpauschalenbereich (dies sind insbesondere Zusatzentgelte), soweit diese die Veränderungsrate überschreiten, sind absenkend zu berücksichtigen (**Abs. 3 S. 1 Nr. 5**).
- ⇒ Grundsatz: Der Landesbasisfallwert wird um die Fördermittel im Land erhöht und die neuen Zusatzentgelte absenkend berücksichtigt.
- ⇒ Regelungslücke, aufgrund der Einführung der neuen Zusatzentgelte?



Überführung der Pflege-Fördermittel

Dissens

- ⇒ Die Kassenseite (GKV-SV) befürchtet, dass mehr als der in 2011 abgerechnete Betrag in das DRG – System fließt
- ⇒ **Die DKG kann diese Befürchtung nicht teilen, da alle gesetzlichen Voraussetzungen für eine sachgerechte Überführung vorliegen**

Ablauf

- ⇒ Durch BMG moderiertes Gespräch mit den Krankenkassen am 25.10.2011 und Fristsetzung bis 02.11.2011
- ⇒ Weiteres Gespräch mit dem GKV-SV am 27.10.2011 ohne Einigung
- ⇒ Ersatzvornahme per Rechtsverordnung bezogen auf den DRG - Entgeltkatalog, da die Kassen diesen als gescheitert erklärt haben.
- ***Der Vorwurf höhere Beträge erzielen zu wollen ist fern der Realität***



- DRG – Katalog 2012
- **Abrechnungsbestimmungen**
- GKV – Versorgungsstrukturgesetz
- Finanzierungssituation
- Psychiatrie – Entgeltsystem
- Ausbildungsstätten



Abrechnungsbestimmungen 2012

Kontrovers diskutierte Problemstellungen, bisher ohne Ergebnis:

- Liquiditätsausgleich bei erstmals zu vereinbarenden **NUBs**
- Vergütung der Behandlung von **Blutern** mit Blutgerinnungsfaktoren



Liquiditätsausgleich bei erstmals zu vereinbarenden NUB

- Der Liquiditätsausgleich für erbrachte Leistungen bei erstmals vereinbarten NUB wird von den Kassen zunehmend verweigert
 - Von Beginn des Jahres bis zur Genehmigung der Vereinbarung werden die Leistungen nicht vergütet
 - Die Schiedsstellenurteile zu dieser Problematik sind heterogen
 - Das BMG sieht derzeit keinen Bedarf für eine Klarstellung
 - Über § 15 KHEntgG wird nur der Liquiditätsausgleich für im Vorjahr bereits vereinbarte NUB geregelt
- *Besteht hier eine Regelungslücke ?*



Liquiditätsausgleich bei erstmals zu vereinbarenden NUB

Derzeitige Regelungen:

- Anfrage bzw. Antrag beim InEK muss bis zum 31. Oktober erfolgen
- Veröffentlichung der Statusliste zum 31. Januar
- Selbst bei frühzeitiger Aufnahme der Verhandlungen ist eine Genehmigung vor dem 1. März kaum möglich
- Ohne entsprechenden Liquiditätsausgleich sind Erlösverluste für die Häuser unvermeidbar
- Eine Verhandlung vor Bekanntgabe des Status wird meist nicht akzeptiert



Liquiditätsausgleich bei erstmals zu vereinbarenden NUB

Gesetzeslage

- Gemäß § 6 Abs. 2 **Satz 6** KHEntgG können die Entgelte auch vorab frühzeitig ohne die Verhandlung des Erlösbudgets vereinbart werden
- Nach § 6 Abs. 2 **Satz 5** KHEntgG ist dies auch ohne entsprechende Information (Statusliste) durch das InEK möglich
- Die Aufforderung zur Verhandlung könnte daher direkt nach erfolgter Anfrage beim InEK durch das Krankenhaus erfolgen
- Bei einer Verweigerung zur Verhandlung ist die Schiedsstellenfähigkeit gegeben



Liquiditätsausgleich bei erstmals zu vereinbarenden NUB

Erschwernis durch den Gesetzestext:

- § 6 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG: „Liegt bei fristgerecht erfolgter Anfrage nach Satz 3 bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus eine Information nicht vor, kann die Vereinbarung ohne diese Information geschlossen werden; **dies gilt nicht, wenn die Budgetvereinbarung vor dem 1. Januar geschlossen wird.**“
- Gesetzestext widerspricht dem Prospektivitätsgedanken
- Vereinbarung des NUB ohne Statusliste somit nur dann möglich, wenn auch die Budgetvereinbarung frühestens am 1. Januar geschlossen wird???

Eine eindeutige Klarstellung zum Liquiditätsausgleich ist notwendig

Vereinbarung eines Liquiditätsausgleiches mit den Kassen sollte daher frühzeitig erfolgen!



Vergütung der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren

- Krankenhausindividuell zu vereinbarendes Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG außerhalb der Erlössumme (extrabudgetär)
- Die Kosten für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren kann innerhalb von wenigen Tagen einen hohen Betrag erzielen
- Vergütung über das Zusatzentgelt *ZE 2012-27 „Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren“* erfolgt bundesweit sehr unterschiedlich
- Eine Vereinbarung mit den Krankenkassen ist jedoch sehr von den Gegebenheiten vor Ort und im Land abhängig und gerade für Häuser mit seltenen Fällen oft schwierig umzusetzen:
 - Existiert im Bundesland eine Landesvereinbarung und welche der verschiedenen Formen der Blutgerinnungsstörungen deckt diese ab
 - Inwieweit existiert eine Verhandlungsbereitschaft der Krankenkassen vor Ort für eine Vereinbarung



Vergütung der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren

- Für 2012 bleibt das Zusatzentgelt nochmals unverändert
 - Ziel ist eine Lösung durch die Selbstverwaltungsparteien für 2013
 - Zentrale Konfliktpunkte dabei sind:
 - Die Definition des Begriffs Bluter. Unter den Begriff Bluter können verschiedene Formen der Blutgerinnungsstörung fallen, z. B.:
 - Angeborene
 - Dauerhaft erworbene
 - Temporär erworbene
 - Von den Krankenkassen wird eine sehr enge Begriffsdefinition und eine Differenzierung der Vergütung je nach Form der Blutgerinnungsstörung in extra- und intrabudgetäre Zusatzentgelte als notwendig erachtet
- ***In den bisherigen Verhandlungen sind die Positionen noch sehr weit entfernt***



- DRG – Katalog 2012
- Abrechnungsbestimmungen
- **GKV – Versorgungsstrukturgesetz**
- Finanzierungssituation
- Psychiatrie – Entgeltsystem
- Ausbildungsstätten



Ambulante spezialärztliche Versorgung

- Grundsatz: Freier Zugang für Krankenhäuser und Vertragsärzte
- Zugang bei Erfüllung einheitlicher Qualitätsanforderungen
- Stufenweise Einführung: (116b -alt-, 115b ?)
 - Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
 - seltenen Erkrankungen
 - hochspezialisierte Leistungen
 - bestimmte ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe (?)
- Unmittelbare Vergütung durch die Krankenkassen (KV ?)
- Die Vergütung erfolgt übergangsweise durch den EBM. Aufgrund der spezifischen Anforderungen kann dieser zu ergänzt werden.
- Mittelfristig wird ein neues diagnosebezogenes Vergütungssystem und – entwickelt.



Ambulante spezialärztliche Versorgung

Entwicklung eines Entgeltsystems für § 116b (neu) -Leistungen

- + Gemeinsame Entwicklung durch GKV-Spitzenverband, KBV und DKG
 - + Schiedsstellenlösung bei Konflikten
 - + Übergangsregelung bis zur Vereinbarung (EBM)
 - Vorfestlegungen auf bestimmte Grundsätze (Diagnosebezug)
 - Einschränkung auf EBM als Ausgangspunkt der Entwicklung
 - Investitionskostenabschlag für öffentlich geförderte Krankenhäuser
- *Neuer, innovativer Versorgungsbereich, der klar zu definieren ist und aufgrund seiner Spezialisierung grundsätzlich geeignet ist über einen freien Marktzugang sektorübergreifende Strukturen herauszubilden.*
- *Die (Bedarfs-) Planwirtschaft muss nicht jeden Bereich umfassen*



GKV – VStG und Finanzierung

- Der Mehrleistungsabschlag des GKV-FinG bleibt bisher bestehen
 - Die für 2012 vorgesehene individuelle Vereinbarung der Abschlagsquoten vor Ort bisher unverändert
 - Erneute Absenkung der Grundlohnrate in 2012 und Festhalten an dauerhaften Kürzungen (ausschließlich) bei den Krankenhäusern ist nicht bedarfs- und versorgungsgerecht
 - Hinzu kommt im GKV-VStG ein 5 %-iger Abschlag auf spezialärztliche Leistungen in Krankenhäusern
- ***Fehlende Rücknahme der Sparmaßnahmen des GKV - FinG.***





GKV – VStG und Finanzierung in 2012

- Eine zusätzliche Berücksichtigung der Tarifraterate zum Ausgleich von Lohnsteigerungen ist bisher nicht vorgesehen.
 - Kostenorientierungswert ist (weiterhin) nicht umgesetzt.
 - Leistungsveränderungen werden beim Landesbasisfallwert absenkend berücksichtigt und zusätzlich durch die Mehrleistungsabschläge vor Ort
 - Falls die Wirkung des Mehrleistungsabschlags, wie diskutiert, auf 2 Jahre erweitert wird, verschärft sich die doppelte Mehrleistungskürzung (50% + 30% = 80% für 2 Jahre = **Doppelte Degression „plus“**)
- **Zumindest eine Anrechnung der Abzüge vor Ort auf die Kürzungsvolumen der gleichen Leistungen auf Landesebene ist unabdingbar!**





EHEC - Finanzierungsproblem

- nicht gedeckte Kosten aufgrund einer nicht adäquaten Abbildung im DRG-System
- Erlösverluste verschobene oder abgesagte Behandlungen
- zusätzliche Personal -und Sachkosten, die im „Normalbetrieb“ nicht entstanden wären
- nicht sachgerechte Berücksichtigung bei den Erlösausgleichen und beim Mehrleistungsabschlag
- Absenkungseffekte auf den Landesbasisfallwert durch Leistungssteigerungen im Bereich der Fallpauschalen und Zusatzentgelte
- unzureichende Vergütungen bei ambulanten Leistungen und Nachsorgeuntersuchungen



EHEC - Handlungsbedarf

- Gesetzgeber sieht zunächst keine Notwendigkeit für eine Anpassung der bestehenden gesetzlichen Regelungen
- Es fehlen adäquate gesetzliche Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz für unvorhergesehene Ereignisse wie die EHEC-Krise
- Aus Sicht der DKG sind daher unverbindliche Absichtserklärungen einzelner Krankenkassenverbände nicht hinreichend
- Gesetzliche Regelungen, die eine vollständige Finanzierung der Fälle auf Krankensebene sicherstellen, sind in jedem Fall zu begrüßen
- Vorschläge für eine entsprechende Anpassung der Vorschriften zum Erlösausgleich (§ 4 Abs. 3 KHEntgG) und Mehrleistungsabschlag (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) liegen vor

➤ ***Keine Finanzierungskrise nach der Krise***



- DRG – Katalog 2012
- Abrechnungsbestimmungen
- GKV – Versorgungsstrukturgesetz
- **Finanzierungssituation**
- Psychiatrie – Entgeltsystem
- Ausbildungsstätten



Entwicklung der Landesbasisfallwerte 2011

- ⇒ Obergrenze war die um 0,25 % gekürzte Veränderungsrate von 0,9 %.
- ⇒ Auf die durch die Obergrenze gedeckelten Landesbasisfallwerte wirkten weitere Absenkungstatbestände:
 - Basisberichtigungen durch Fehlschätzungskorrekturen der Vereinbarungen für 2010,
 - Ausgleiche für Fehlschätzungen,
 - Kürzungsvolumen wegen vereinbarter Pauschalen für pädiatrische Spezialambulanzen.
- ⇒ Die Landesbasisfallwerte konnten deshalb trotz (in den meisten Fällen) Erreichen der Obergrenze durchschnittlich nur um ca. 0,3 % steigen!
- **Die Sparmaßnahmen des GKV – FinG wirken und kumulieren mit verstärkt wirkender Mengendegression (KHRG: Einbeziehung der Schweregrade)**



Finanzierung und Kosten

Situation in 2011:

- Durchschnittlicher Anstieg der Landesbasisfallwerte 0,3 %
- Anstieg der Personalkosten hingegen 2,5 – 3,0 %

Situation in 2012:

- GKV-FinG: Abzug 0,5 % von Grundlohnrate (300 Mio. €) auf dann 1,48 %
- Vorauss. erneutes Unterschreiten der Veränderungsrate bei den L-BFW
- Abschluss Marburger Bund bei + 3,6 % (+ Einmalzahlung,...)
- Verhandlungen mit Verdi stehen noch aus
- ***L-BFW-Entwicklung deckt die Kostensteigerungen erneut nicht***
- ***Kosten-Erlös-Schere öffnet sich zu stark***
- ***Argument der Kompensation durch Leistungssteigerungen geht bei zumindest 40 % der Häuser fehl, da diese keine Mehrleistungen verzeichnen, zudem stehen Mehrleistungen auch entsprechende Mehrkosten gegenüber***



Finanzierung und Leistungsentwicklung

Entwicklung von 2005 bis 2010:

- ⇒ Steigerung der Leistungen von 16,1 Mio. auf 18,7 Mio. Casemix-Punkte (CM-Punkte), das sind + 16,1 %

ABER:

- ⇒ Dahinter stehen erbrachte Leistungen, die die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens ermöglichen: **Fehlende Wartezeiten, umfassende Wahlmöglichkeiten, (nahezu) alle Leistungen für Jeden,...**
- ⇒ Steigerung der Ausgaben pro CM-Punkt in 5 Jahren um + 2,6 %, das sind + 0,5 % pro Jahr! (bei deutlich höheren jährlichen Kostensteigerungen)
- ⇒ Steigerung der CM-Punkte pro Vollkraft von 20,3 auf 22,7, das sind + 11,8 %, d. h. deutlich geringerer Einsatz von Personal pro Leistung



Finanzierung der Leistungsentwicklung

- ⇒ Durch das DRG-System ist die Leistungsfähigkeit des Krankenhaussektors deutlich gestiegen
- ⇒ Effizienzsteigerungen können nicht dauerhaft erzielt werden, da sogenannte Skaleneffekte nicht (ähnlich einer Bandfertigung) mit steigenden Mengen unbegrenzt erhöht werden können
- ⇒ Sprungfixe Kosten werden derzeit im System nicht berücksichtigt, da bei hinzukommenden Leistungen lediglich die variablen Kosten berücksichtigt werden und der Preis dadurch dauerhaft abgesenkt wird
- ⇒ Im Krankenhaus resultiert daraus u. a. eine stetig steigende Arbeitsverdichtung mit negativen Effekten auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit des Krankenhauspersonals
- ⇒ Kontraproduktiv hinsichtlich des zunehmenden Fachkräftemangel



Finanzierung der Leistungsentwicklung

- ⇒ Die Sinnhaftigkeit von einzelnen medizinischen Behandlungen muss fachlich innerhalb der Ärzteschaft und grundsätzlich über eine gesellschaftlich notwendigen Diskurs hinterfragt werden
- ⇒ Das Vergütungssystem kann medizinisch-qualitative Grundsatzfragen oder priorisierende Restriktionen jedoch nicht ersetzen und wäre damit überfordert
- ⇒ Weder eine Über- noch eine Untervergütung ist sachgerecht. Eine lediglich die variablen Kostenanteile berücksichtigende Vergütung mit einem zusätzlichen weiteren Abzug auf Ortsebene ist jedoch in jedem Fall unsachgemäß
- ⇒ Mehrleistungen sind sachgerecht zu vergüten, unabhängig ob diese durch Morbidität, Demographie oder Innovationen bedingt sind



- DRG – Katalog 2012
- Abrechnungsbestimmungen
- GKV – Versorgungsstrukturgesetz
- Finanzierungssituation
- **Psychiatrie – Entgeltsystem**
- Ausbildungsstätten



Psych-Entgeltsystem – Fahrplan

2010

- ⇒ Entwicklung erster Klassifikationsmerkmale
- ⇒ Entwicklung der Kalkulationsmethodik (Prätest/Handbuch)

2011

- ⇒ **Probekalkulation auf Basis der Daten des Jahres 2010**
- ⇒ **Auswertung der gelieferten Daten durch das InEK (August)**
- ⇒ **Abstimmung der Selbstverwaltungspartner über Eckpunkte der Systementwicklung durch das InEK (Dezember)**

2012

- ⇒ Durchführung der ersten Kalkulationsrunde mit Daten 2011 (März)
- ⇒ Entwicklung des ersten Entgeltkataloges durch InEK (August)
- ⇒ Vereinbarungen der Selbstverwaltung (Oktober)

2013

- ⇒ (Optionale) Anwendung für Budgetvereinbarung und Abrechnung



Psych-Entgeltsystem - Aktueller Stand der Katalogentwicklung

Auswertung der Probekalkulation

- ⇒ Datenbasis 2010 wie zu erwarten lückenhaft (Nacherfassung von Daten wie z.B. die Betreuungsintensität auf Stationen unmöglich)
- ⇒ Daten für 4,1 Mio. Tage aus 46 Krankenhäusern
- ⇒ Analysegruppe mit plausiblen und ausreichend differenzierten Daten umfasst 0,61 Mio. Tage aus 10 Krankenhäusern

Erste Überlegungen des InEK zur Struktur des Entgeltkataloges

- ⇒ Systematische tagesbezogene Analysen einzelner klassifikatorischer Merkmale zeigten in der Analysegruppe geringe Homogenität der Klassen
- ⇒ Bei Trennung nach Aufenthaltswoche und Art der Behandlung zeigte sich ein deutlich verbessertes Basissystem



Psych-Entgeltsystem - Aktueller Stand der Katalogentwicklung

Mögliche Struktur des Psych-Entgeltkataloges aus **Sicht des InEK**

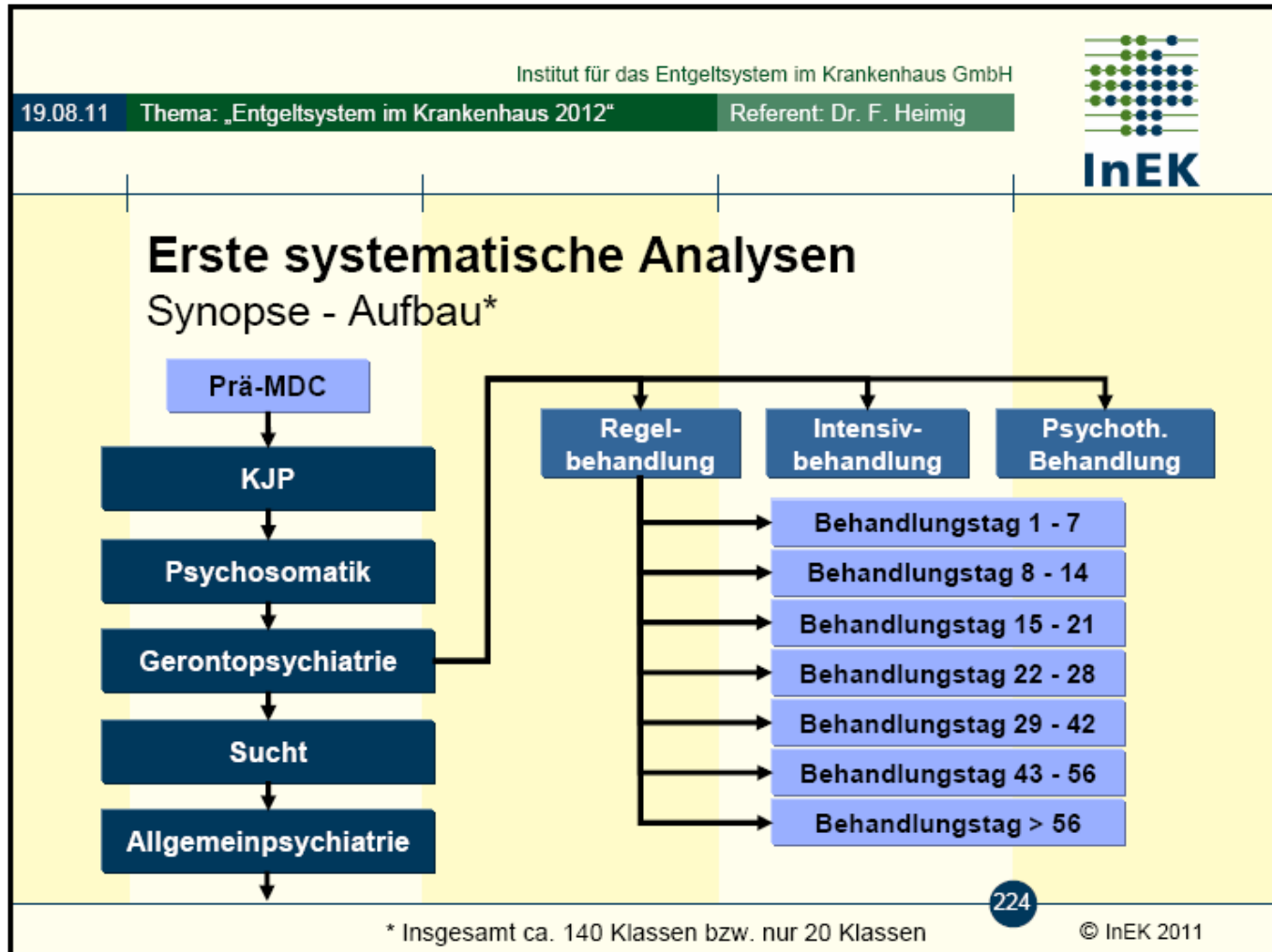
- ⇒ Prä-MDC für besonders kostenintensive Behandlungstage und Tage mit besonderen Maßnahmen
- ⇒ Obergruppen (MDC) in Anlehnung an die Behandlungsbereiche nach Psych-PV
- ⇒ Innerhalb der MDCs Unterteilung nach Art der Behandlung (Regel-, Intensiv-, Komplexbehandlung)
- ⇒ Differenzierung der Entgelte für jeweils 7 Behandlungstage

Bewertung aus **Sicht der DKG**

- ⇒ Die DKG behält die Position bei, dass im Ergebnis über Tagespauschalen zu vergüten ist. Dies ist auch mit einer „7-tägigen“ Zuordnung der Behandlungstage grundsätzlich möglich, wenn jeder Behandlungstag anteilig abgerechnet wird.
- ⇒ Die DKG ist offen für Lösungen, mit denen der bürokratische Aufwand für die Krankenhäuser (und Krankenkassen) ggf. reduziert werden kann.



Psych-Entgeltsystem - Aktueller Stand der Katalogentwicklung





Psych-Entgeltsystem – Ordnungspolitischer Rahmen ab 2013

Eckpunkte des BMG:

- ⇒ Eigenständige Rechtsgrundlage für den Psych-Bereich mit eigenem Basisentgeltwert
- ⇒ Budgetneutrale Phase 4 Jahre, davon 2 Optionsjahre
- ⇒ Besondere Anreize für Optionshäuser (75%-Mindererlösausgleich,...)
- ⇒ Anschließend eine Konvergenzphase von 5 Jahren
- ⇒ Kappingsregelung zur Vermeidung von übermäßigen Budgetverlusten
- ⇒ Entscheidung über die Einführung des Orientierungswertes bzw. Veränderungswertes als Obergrenze ist noch offen

ABER

- ⇒ Keine Verschiebung der Systemeinführung 2013
- ⇒ Personalstellen nach der Psych-PV können nur noch von Optionshäusern nachverhandelt werden.
- ⇒ Die Regelungen zum PIA-Prüfauftrag induzieren ein Übermaß an Bürokratie, das durch den Prüfauftrag nicht zu rechtfertigen ist.



- DRG – Katalog 2012
- Abrechnungsbestimmungen
- GKV – Versorgungsstrukturgesetz
- Finanzierungssituation
- Psychiatrie - Entgeltsystem
- **Ausbildungsstätten**



§ 17a KHG Ausbildungskostenkalkulation

- Die Krankenkassen kritisieren, dass sich die Kalkulationsteilnahme von 2010 zu 2011 nicht verbessert habe
- Diese Aussage beruht auf der Kalkulationsteilnehmerzahl, welche von 80 (2010) auf 90 (2011) gestiegen ist
- In den einzelnen Ausbildungsberufen konnte allerdings die erfolgreiche Anzahl der Teilnehmer deutlich gesteigert werden und die Kalkulation damit stark verbessert werden:
 - A05: **55** Teilnehmer (2010) – **78** Teilnehmer (2011)
 - A06: **19** Teilnehmer (2010) – **25** Teilnehmer (2011)
- Die Teilnehmerzahl an der Ausbildungskostenkalkulation entspricht somit prozentual gesehen bereits der Teilnehmerzahl an der DRG-Kalkulation
- Für 2012 konnte die Anzahl der Verträge zur Kalkulationsteilnahme zudem weiter gesteigert werden auf bisher 110 Teilnehmer



§ 17a KHG Ausbildungskostenkalkulation

- Kalkuliert werden konnten die Ausbildungsberufe:
 - A05 Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger
 - A06 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Sowohl für den Ausbildungsberuf A05 als auch A06 konnten jeweils ein Bundeswert und für 4 Bundesländer separate Landeswerte ermittelt werden
- Zudem konnte bei der Ausbildungskostenkalkulation im Jahr 2011 erstmals für die Berufe
 - A05 Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger
 - A06 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
 - A07 Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelferdie Mehrkosten der Ausbildungsvergütung kalkuliert werden.



Vereinbarung von Richtwerten

- Wie im Jahr 2010 auch im Jahr 2011 keine Einigung zur Anwendung der Richtwerte bei den Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene
 - Die DKG erachtet die kalkulierten Richtwerte als belastbar und sachgerecht
 - Der GKV-Spitzenverband schlägt hingegen eine Vereinbarung von Relativgewichten als Alternative vor, da eine Festlegung auf Euro-Beträge nicht akzeptiert wird
 - Dazu gibt es zum einen jedoch keine gesetzliche Grundlage
 - Zudem bringt das Relativgewichtssystem im Bereich der Ausbildungskosten keinen Zusatznutzen und eröffnet den Kassen verschiedene Möglichkeiten Einfluss auf die kalkulierten Werte zu nehmen („Landesentgeltwert“)
- ***Relativgewichte sind hier ungeeignet – Eine erneute Kalkulation für 2012 vereinbart, da die erhöhte Transparenz positiv zu bewerten ist***



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit