

Weiterentwicklung des G-DRG-Systems aus Krankenkassensicht

50. GMDS Jahrestagung

11. - 15.09.2005, Freiburg im Breisgau

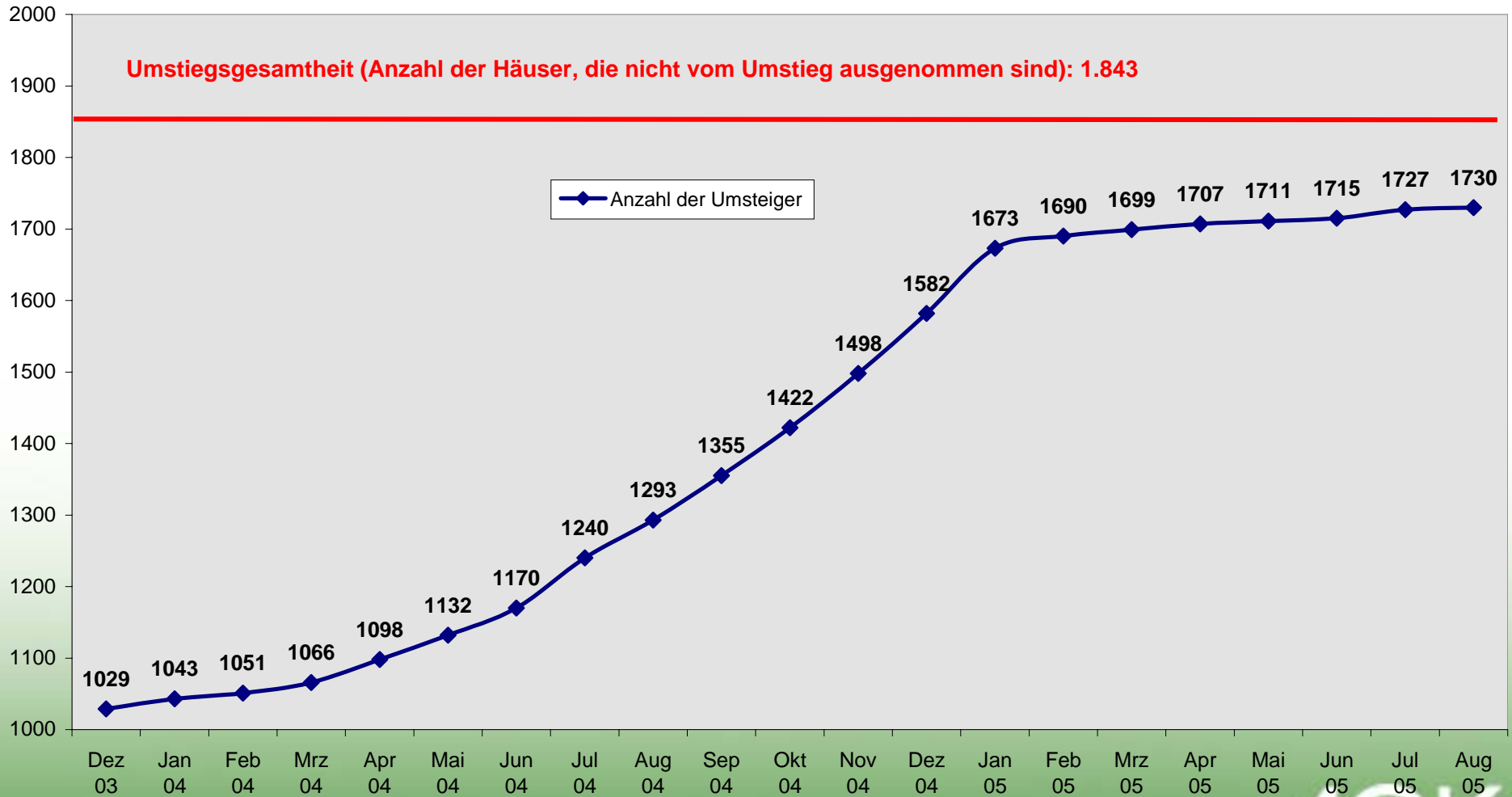
Jürgen Malzahn

AOK-Bundesverband

Übersicht der Umsteiger 2005

Stand: 02.09.2005

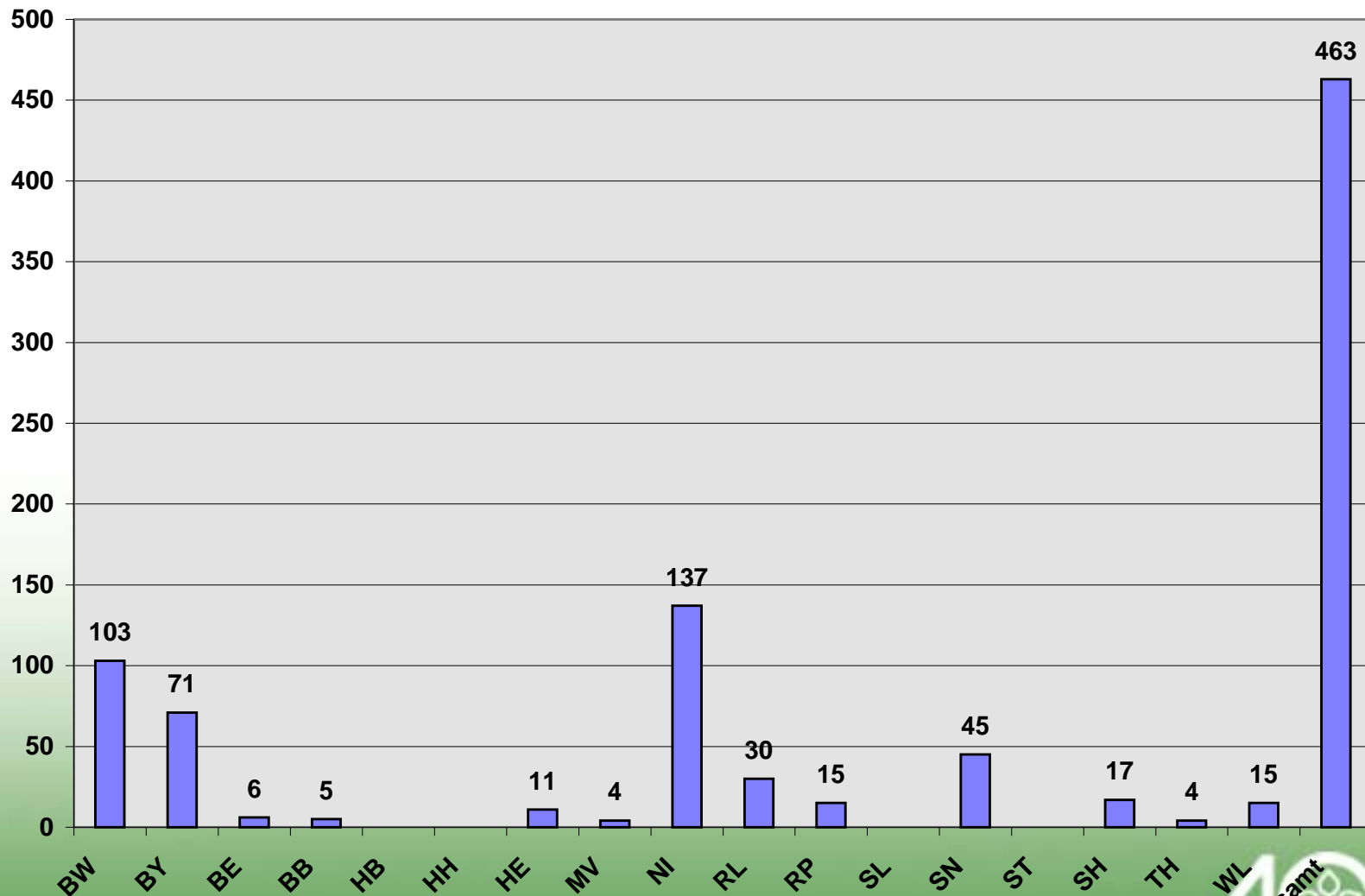
Anzahl der Umsteiger von 2003 bis 2005



Bereits verhandelte Häuser in 2005 je Bundesland

Anzahl der bereits verhandelten und freigegebenen Häuser in 2005

Stand: 05.09.2005



Folgen für den DRG-Prozess

Es gibt nach wie vor Krankenhäuser, die nach BPfIV abrechnen -> ein technischer Basisfallwert für KHS bleibt eine Forderung des AOK-BV

Für die Berechnung der Landesbasisfallwerte bleiben einige „Spätumsteiger“ außen vor -> Beeinträchtigung des Konvergenzprozesses

Prospektive Verhandlungen sind in 2005 eine Illusion geblieben

Zum DRG-Katalog 2006... Zahlen

Ohne Groupier bleiben die meisten Aussagen hohl, weil Beschreibungen der DRG-Anzahlentwicklungen immer nur einen Teil der Wahrheit liefern

DRGs	954 (+ 76)
– davon im FP-Katalog	913 (+ 68)
– davon nicht bewertet (Anlage 3)	39 (+ 6)
– davon rein teilstationäre DRGs	2 (+ 2)

ZEs: 83 Leistungen gegenüber 71 im Jahr 2005

Einstieg in den teilstationären Bereich sehr schmal...

Zum DRG-Katalog 2006... Einige Inhalte

Schwerpunkte der inhaltlichen Überarbeitung waren:

Unfallchirurgie und Mehrfacheingriffe (weitgehende Neuverteilung der Fälle auf andere DRGs -> Änderungen vieler Erlöse)

Intensivmedizin (TISS, SAPS als alternatives Splittkriterium in den Beatmungs-DRGs A06, A07, A11, A13; weitere Differenzierung der Splittkriterien und 3 neue DRGs)

(pädiatrische) Onkologie (Lösungsansätze über Anpassungen im OPS und bei den ZEs, zum Teil an das Alter geknüpft)

Pädiatrie (51 neue Alterssplitts, 4 DRGs für Frühgeborene unter 1000g)

CCL Matrix (erste grobe Implausibilitäten bereinigt)

Schmaler Einstieg in die teilstationäre Vergütung

Nur 2 DRGs aus dem Bereich Dialyse wurden aufgenommen:

Die SV wollte mehr -> warum kam nicht mehr heraus?

These: „Teilstationäre Leistungen“ als wirklich eigenständigen Bereich gibt es nicht (Ausnahmen Geriatrie, evtl. Schlaflabor)!

Belege:

teilstationäre Versorgung gibt es nur in Deutschland - sonst nirgendwo in der Welt

Nahezu alle teilstationären Leistungen werden auch im ambulanten Bereich erbracht (z.B. Dialyse inzwischen zu über 80 Prozent)

BSG beginnt damit hohe Hürden für die Abgrenzung zu schaffen -> überwiegender Anteil würde in Zukunft ambulant

Folgen für die Zukunft dieser Versorgungsform

Vorab: Die GKV will die Krankenhäuser nicht aus der ambulanten Versorgung heraushalten!

Aber ordnungspolitische Klärungen sind erforderlich

Teilstationär ist KH-Planung - ambulante Bhd. unterliegt dem Zulassungsrecht

Finanzchaos muss entflochten werden: Chemotherapie mit weniger 24 h Aufenthalt kann derzeit über neun Varianten vergütet werden:

(DRG vollst., teistat. Entgelt, nachstat., § 116b, HSA, Institutambulanz, § 116 a, pers. Erm., ambulante Versorgung)

Refinanzierung der Kassen aus dem KV Budget oder Minderung des KH Budgets, wenn KHs ambulante Leistungen erbringen

Einheitliche QS Maßnahmen!

Wie wichtig sind Pflegesatzvereinbarungen bzgl. einzelner DRGs?

Egal ob eine DRG (oder ein ZE) vereinbart sind oder nicht -> es gibt das gleiche Geld

Ist die ganze Arbeit von Krankenhäusern und Kassen wertlos, wenn Sie eine AEB Ausfüllen?

So kann die Zukunft sicherlich nicht aussehen - über finanzielle Differenzierungen zwischen vereinbarten und nicht vereinbarten Leistungen muss diskutiert werden!