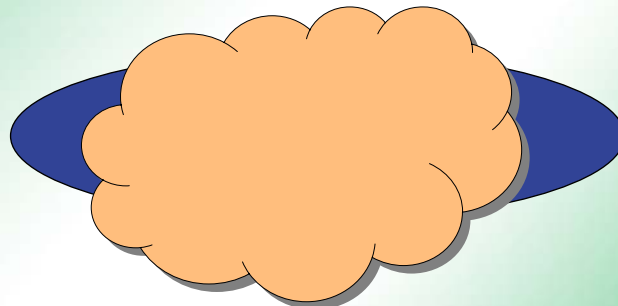


**Weiterentwicklung des G-DRG-Systems
2008 aus Kassensicht**
**Symposium Medizinische Dokumentation und
Klassifikation in Klinik und Praxis**
Augsburg, den 20.09.2007

Jürgen Malzahn
Abteilungsleiter Stationäre Einrichtungen, Rehabilitation
AOK-Bundesverband Bonn

Vorab...

- **Alle Angaben sind vorläufig, denn die Vertragspartner nach § 17b KHG tagen erst morgen...**



Entwicklung der DRG-Systeme DRGs



Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränderung zu 2007 (absolut)
DRGs (ges.)	664	824	878	954	1082	1137	+ 55
Hauptabteilung	664	824	878	952	1077	1132	+ 55
- Bewertet	642	806	845	912	1035	1089	+ 54
- Unbewertet	22	18	33	40	42	43	+ 1
Teilstationär	0	0	0	2	5	5	± 0
- Bewertet	0	0	0	1	1	1	± 0
- Unbewertet	0	0	0	1	4	4	± 0
Belegabteilung	642	739	762	748	771	933	+ 162

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

3

Abbildungsgüte (R^2) des DRG-Systems (G- DRG v2003 – v2008)

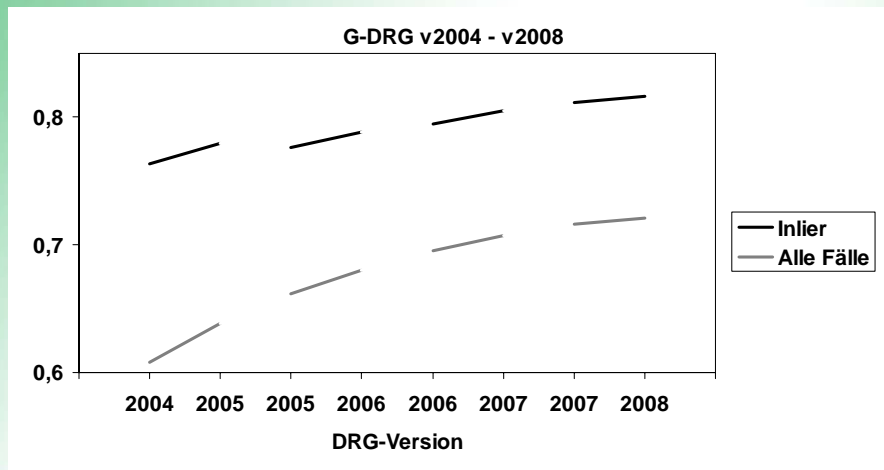


- Die Bildung kostenhomogener Klassen wird mittels des Bestimmtheitsmaßes R^2 gemessen (Maß für die Varianzreduktion).
- Die Verbesserung des R^2 durch die vorgenommenen Klassifikationsänderungen auf der Basis der Inlier – und aller Fälle zeigt einen degressiver Verlauf (jeweils für die verschiedenen DRG-Versionen und Datenjahre).

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

4

Entwicklung der DRG-Systeme Abbildungsgüte (R²) des DRG-Systems



Entwicklung der DRG-Systeme Spannweite der Bewertungsrelationen (Hauptabteilung)

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränderung zu 2007 (absolut)
Minimale BWR	0,122	0,113	0,118	0,117	0,106	0,111	+ 0,005
Maximale BWR	29,709	48,272	57,633	65,700	64,899	68,986	+ 4,087
Verhältnis max. zu min. BWR	243,516	427,186	488,415	561,538	612,255	621,495	+ 9,240
Spannweite	29,587	48,159	57,515	65,583	64,793	68,875	+ 4,082
Änderung (absolut zum Vorjahr)		18,572	9,356	8,068	- 0,79	4,082	
Änderung (in Prozent zum Vorjahr)		62,7%	19,4%	14,0%	- 1,2%	6,3%	

Entwicklung des DRG-Systems Partitionen



Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Veränderung zu 2007 (absolut)
DRGs Hauptabteilung Partitionen	642	806	845	912	1035	1089	+ 54
A	33	54	47	47	54	53	- 1
M	341	381	346	366	378	406	+ 28
O	268	371	452	499	603	630	+ 27
A	5%	7%	6%	5%	5%	5%	
M	53%	47%	41%	40%	37%	37%	
O	42%	46%	53%	55%	58%	58%	

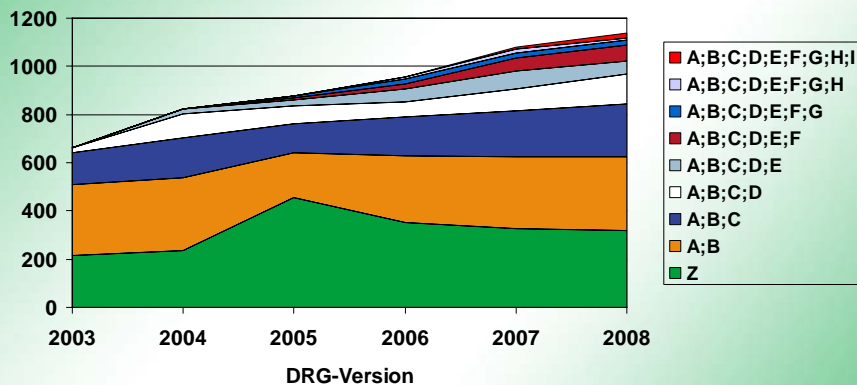
AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

7

Entwicklung des DRG-Systems Schweregradsplitts



DRGs nach Anzahl der Schweregradsplitts



AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

8

Entwicklung des DRG-Systems Belegabteilung

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DRGs (Belegabteilung)	642	739	762	748	771	933
Änderung (absolut zum Vorjahr)		+ 97	+ 23	- 14	+ 23	+ 162
Änderung (in Prozent zum Vorjahr)		+ 15,1%	+ 3,1%	- 1,8%	+ 3,1%	+ 21,0%

- **In 2008:**
Ausschließlich bei 66 DRGs wurden Fälle zur Kalkulation zu Grunde gelegt*
- Bei 867 DRGs (= 92,9%) wurde der Arztkostenanteil abgezogen

Widerspruch: Ausbau der Beleg-DRGs vs. Erosion des Belegarztwesens

* Quelle: Statistischer Bericht des INEK zum Fallpauschalenkatalog 2008, veröffentlicht am 17.08.2007.

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

9

Entwicklung des DRG-Systems Teilstationär

Teilstationäre DRGs 2008

- Geringfügige Änderung der Bewertungsrelation der L90C (Dialyse)
- Geriatrische teilstationäre Leistungen weiterhin unbefriedigend
→ keinerlei Fortschritt
- Der unscharfe Rechtsbegriff „teilstationär“ gehört abgeschafft.

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

10

Entwicklung des DRG-Systems Zusatzentgelte



Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Bewertete ZE	0	1	35	41	59	64
Unbewertete ZE	0	25	36	42	46	51
ZE	0	26	71	83	105	115
Änderung (absolut zum Vorjahr)	± 0	± 0	+ 45	+ 12	+ 22	+ 10
Änderung (in Prozent zum Vorjahr)	± 0	± 0	+ 173%	+ 17%	+ 27%	+ 10%

Erhöhung der bewerteten und unbewerteten Zusatzentgelte um insgesamt 10 ZE in der Anlage 2 und Anlage 5 (im Vergleich zu 2007):

- 5 zusätzliche bewertete ZE (11 neue ZE und 6 weggefallene ZE)
- 5 zusätzliche unbewertete ZE (8 neue ZE und 3 weggefallene ZE)

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

11

Zwischenfazit : GDRG 2008 Katalog



- **Professionelle Weiterentwicklung bisheriger Schwerpunkte mit umfangreicher Detailarbeit**
- **Die stetig steigende Anzahl der DRGs ist eine Fehlentwicklung – aber sie hilft vielleicht in der ordnungspolitischen Diskussion.**
- **Die DRG-Abbildung teilstationärer Leistungen funktioniert nicht.**
- **Zusatzentgelte sind moderat erhöht worden; hier wird es weiter Druck seitens der Industrie geben.**

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

12

Exkurs: Déjà vu bei der EBM-Reform



- **Wahrscheinliche weitgehende Einigung über den Katalog (Pauschalierung zu Versichertenpauschalen (Hausarzt) und Grundpauschalen (Facharzt))**
- **Keine Aussicht auf Einigung bei den Abrechnungsregeln („Allgemeine Bestimmungen des EBM“): Mehrfachabrechnung im MVZ? Pauschalenteilung bei mehreren Ärzten?**
- **Sonderproblem: Bewertung**
- **Perspektive: Weitere „Konvergenz der Abrechnungssysteme“ schon aus Wettbewerbsgründen erforderlich?**

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

13

Fallpauschalenvereinbarung 2008 (FPV)



- **Strittige Punkte sind die Regelungen zur Beurlaubung (§1 Abs. 7) und Komplikation (§2 Abs. 3)**
 - „Beurlaubung aus medizinischen Gründen“ in der Psychiatrie und z.T. in der Onkologie
 - Fallzusammenführung wg. Komplikationen bei Chemo- bzw. Strahlentherapie
- **Beratung im Spitzengespräch am 21.09.2007**
- **Unstrittig: Gruppierungsrelevanz vor- und nachstationärer Prozeduren und 2008 auch von Diagnosen, sofern nicht gesondert vergütet. (§1 Abs. 6)**

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

14

Klarstellungen zur FPV Ergänzungen 2008



■ Abrechnung von Neugeborenen-Fallpauschalen

→ Die besonderen Vorschriften zur Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene nach § 1 Abs. 5 (Meldung gesundes Neugeborenes über Versichertennummer der Mutter) finden nur Anwendung, sofern die Geburt Bestandteil des Krankenhausaufenthalts ist. Liegt hingegen eine (Wieder-) Aufnahme oder Rückverlegung des Neugeborenen vor, sind die besonderen Vorschriften nach § 1 Abs. 5 nicht zu berücksichtigen.

■ Fristenberechnung bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen

→ Die jeweils nach § 2 Abs. 1 bis 3 maßgebliche Frist (obere Grenzverweildauer bzw. 30 Kalendertage) für Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen beginnt mit dem Tag der Aufnahme, d. h. der Aufnahmetag wird bei der Fristberechnung mit einbezogen. Gleiches gilt für den Tag der Entlassung bei der Regelung zur Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1.

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

15

Kodierrichtlinien 2008



■ D012f Mehrfachkodierung (U69.10)

■ Zur Umsetzung des § 52 Abs. 2 SGB V „Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden“ wird in die ICD-10-GM für 2008 der Kode U69.10! *Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist* aufgenommen.

■ Er wird in der Tabelle 2 (Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete Kategorien/Kodes, die bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligatorisch anzugeben sind (nicht optional)) aufgeführt.

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

16

Kodierrichtlinien 2008



Aus datenschutzrechtlicher Sicht sind Krankenhäuser zu einer Datenübermittlung des Kodes U69.10! derzeit nicht verpflichtet. Er dient nicht der Abrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen, sondern wirkt im Verhältnis zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der DKR 2008 ist noch keine gesetzliche Grundlage für Krankenhäuser zur Datenübermittlung des Kodes U69.10! an die Krankenkassen vorhanden, sodass eine Verpflichtung zur Anwendung des Kodes U69.10! derzeit nicht gegeben ist. Die künftige verpflichtende Anwendung des Diagnoseschlüssels durch Krankenhäuser setzt daher die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage durch den Gesetzgeber voraus. Der Kode U69.10! wird dennoch in die Tabelle 2 aufgenommen, da kurzfristig mit entsprechenden gesetzlichen Regelungen zu rechnen ist.

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

17

Fazit und Ausblick I



- Weiterentwicklung des GDRG Katalogs ist im wesentlichen ein eingespielter Prozess
- Grad der jährlichen Änderungen nimmt ab – Einstieg in längere Gültigkeitszeiträume eines Katalogs vorstellbar (z.B. 2 Jahre ab 2009)?
- DKR: Stetige Reduktion des Streitpotenzials ist das Ziel, aber immer noch hohe Fehlerhäufigkeit bei Abrechnungen sind die Realität (vgl. PE der Barmer: 131 Mio € durch Interventionen)!

AOK-Bundesverband
Abt. Stat. Einrichtungen, Rehabilitation

18

- **Abrechnungsregeln sind immer einen Streit wert?!**
- **Ordnungspolitischer Rahmen nach dem Ende der Konvergenz für die weitere Systementwicklung von entscheidender Bedeutung:**
 - Fällt der Kontrahierungszwang für alle stationären Leistungen?
 - Wird ein wettbewerblicher Rahmen für ambulante Leistungen geschaffen, in dem KHe und Vertragsärzte gleiche Bedingungen erhalten?
 - Weitere Stichworte: Investitionskostenfinanzierung und Monistik, Bundesbasisfallwert vs. Persistenz der Landesbasisfallwerte, Tiefe und Umfang der Krankenhausplanung, etc...



AOK
Die Gesundheitskasse.