

# Auswirkungen der DRG auf die Kostenträger

## 2. Mitteldeutscher Medizincontrollertag

**Bernd Beyrle**  
Fachbereichsleiter Vertragsmanagement  
Hauptverwaltung TK-Hamburg

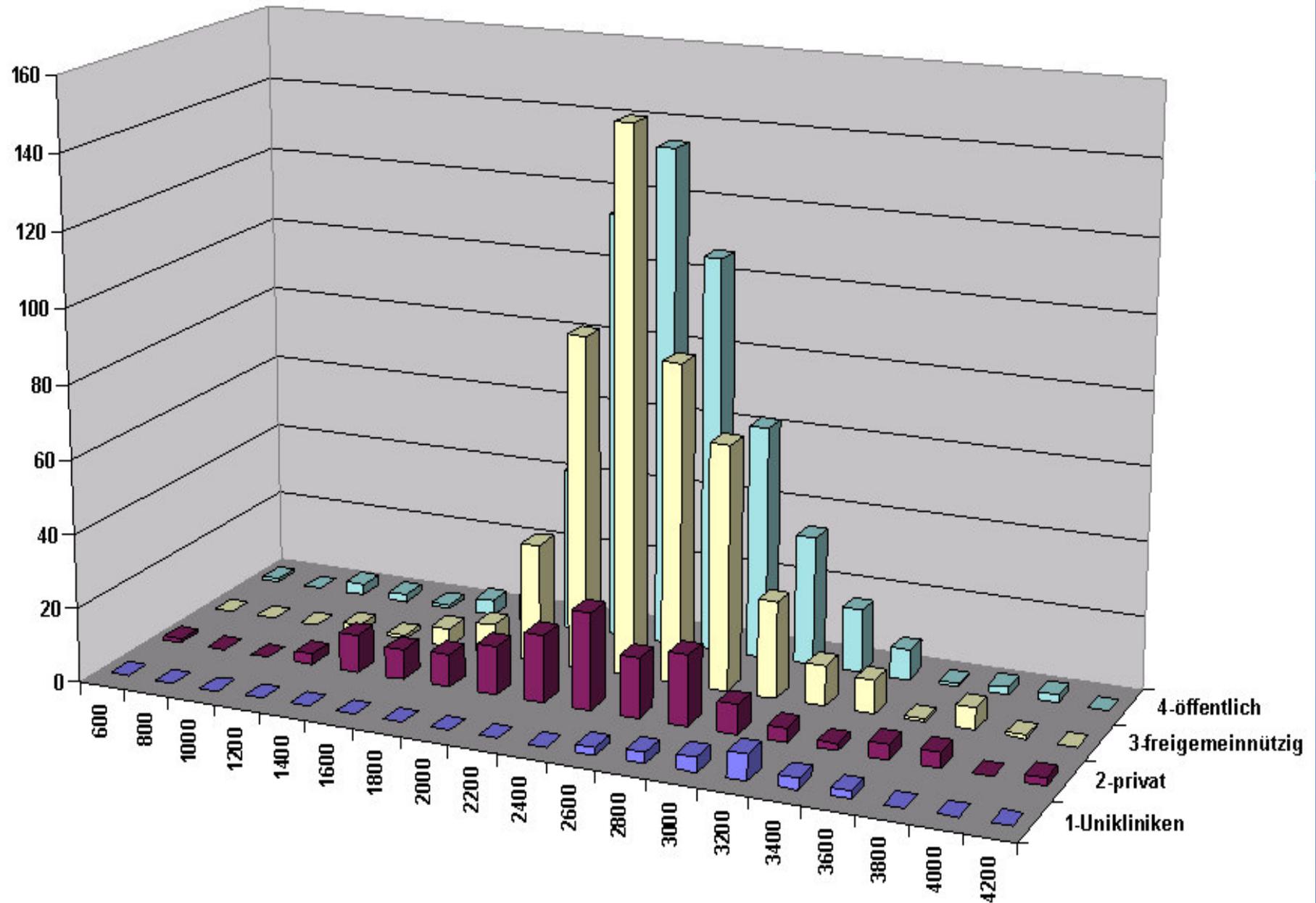
  
**Techniker Krankenkasse**  
Gesund in die Zukunft.

# Ausgangslage

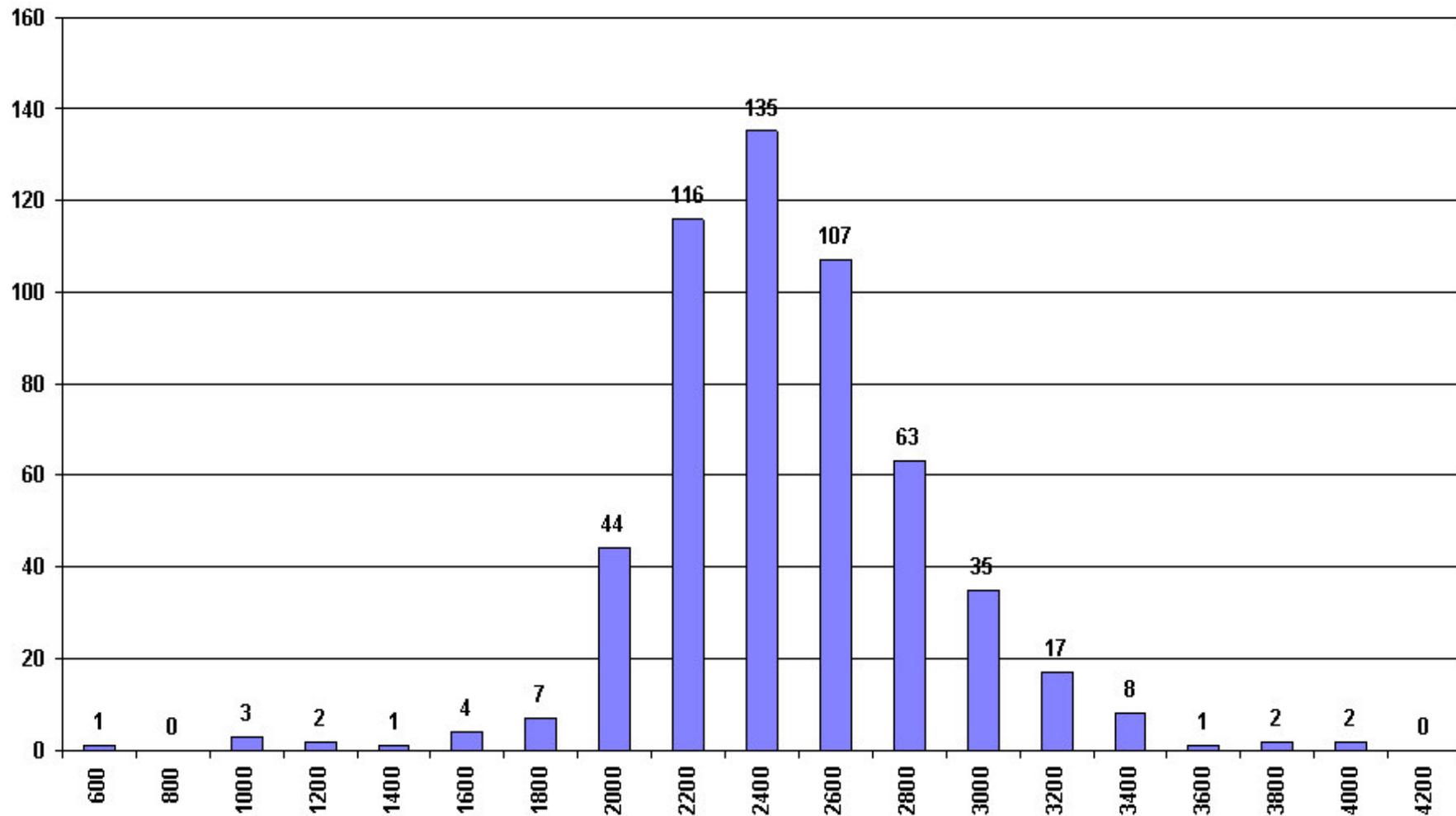
- Das DRG-System ist als lernendes und weiterzuentwickelndes System ausgelegt.
- Die Entwicklung eines Jahres wird jeweils Mitte September des Vorjahres eingestellt.
- Danach erfolgen die Umsetzungen der Softwarehersteller, die Vereinbarungen des landesweiten Basisfallwertes und die Vereinbarungen der krankenhausindividuellen Budgets.

# Ausgangslage

- Wir befinden uns zurzeit im siebten Jahr nach dem Parlamentsbeschluss zur Einführung der DRG.
- Die DRG bilden als Preissystem die Grundlage, um Veränderungen in das Gesundheitssystem zu bringen.
- DRG stehen für den Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“. Somit stehen die DRG dem Selbstkostendeckungsprinzip entgegen.

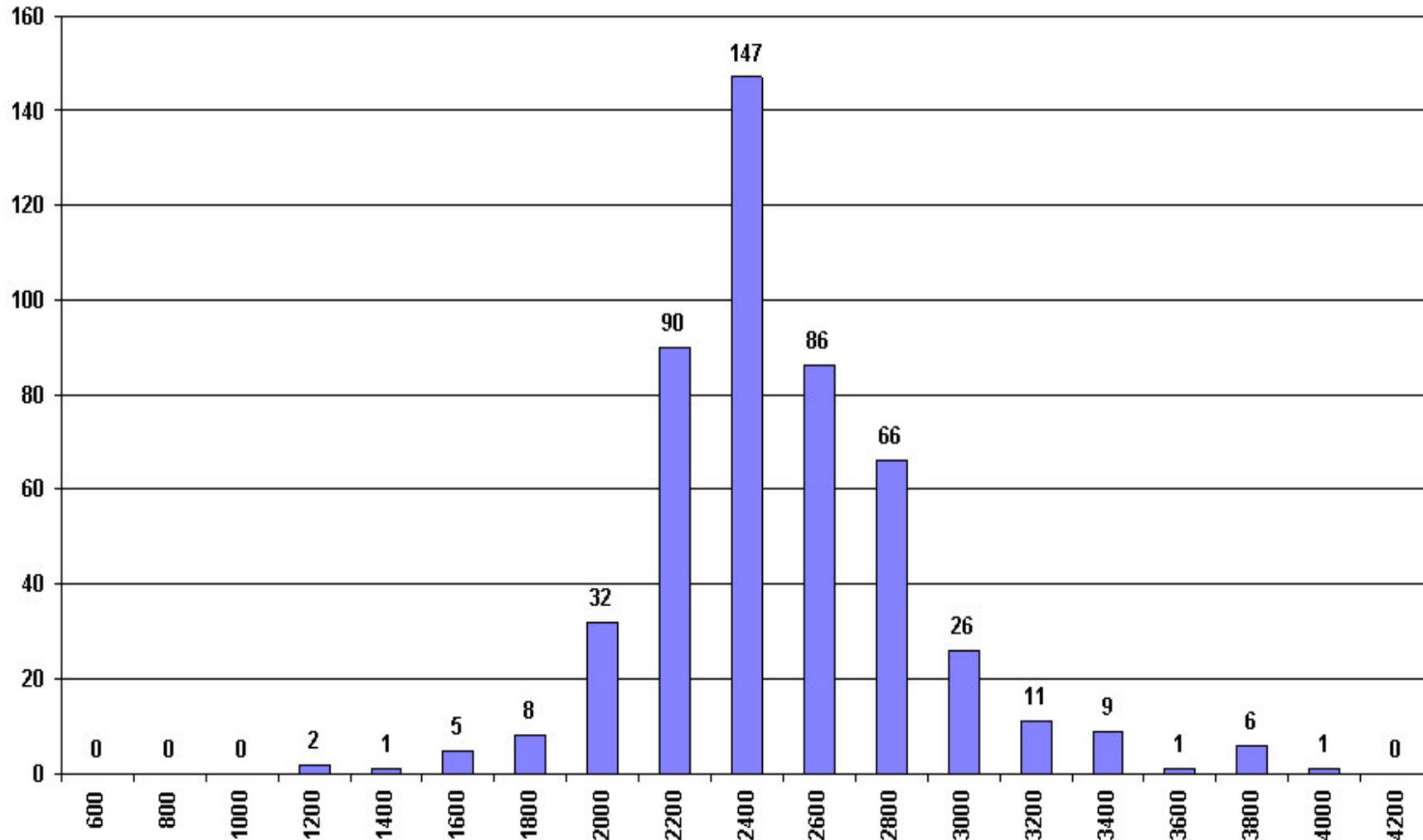


Trägerart: öffentlich (ohne Unikliniken) 548 Häuser - mittlerer Basisfallwert: 2.571,00 €



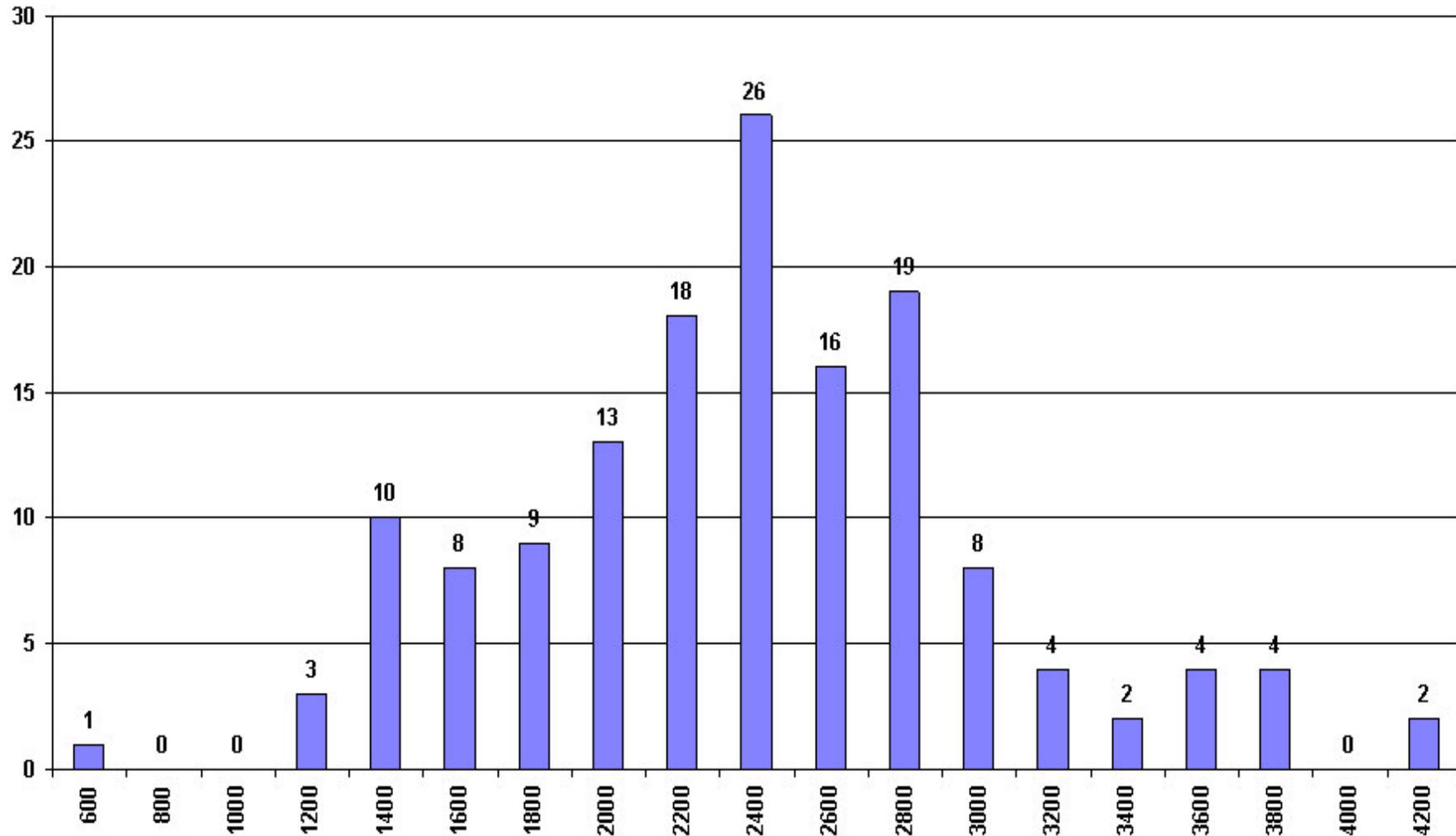
Trägerart: freigemeinnützig (ohne Unikliniken)

491 Häuser - mittlerer Basisfallwert: 2.592,61 €



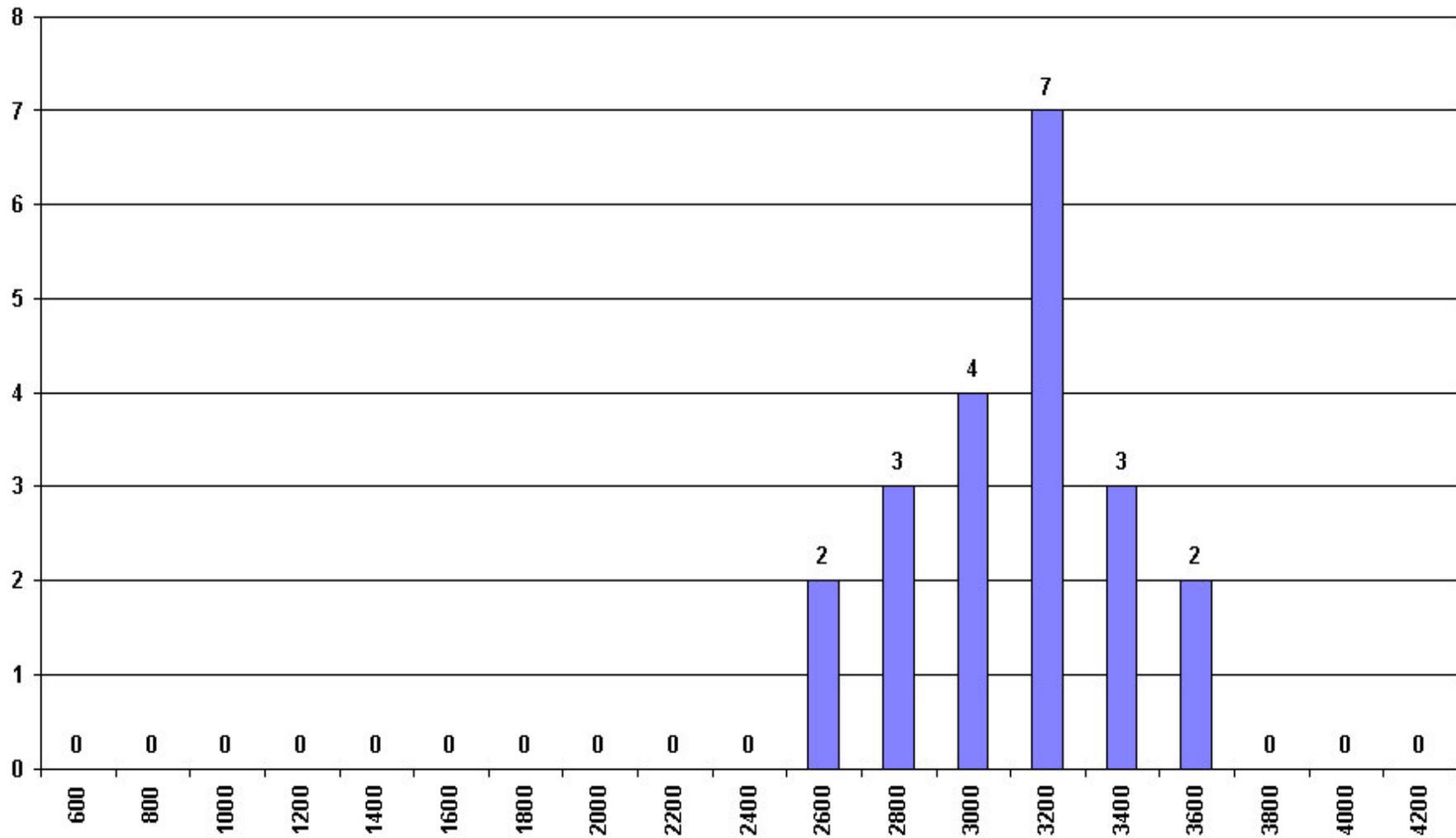
Trägerart: privat

147 Häuser - mittlerer Basisfallwert 2.493,25 €



# Unikliniken

21 Häuser - mittlerer Basisfallwert 3.219,13 €



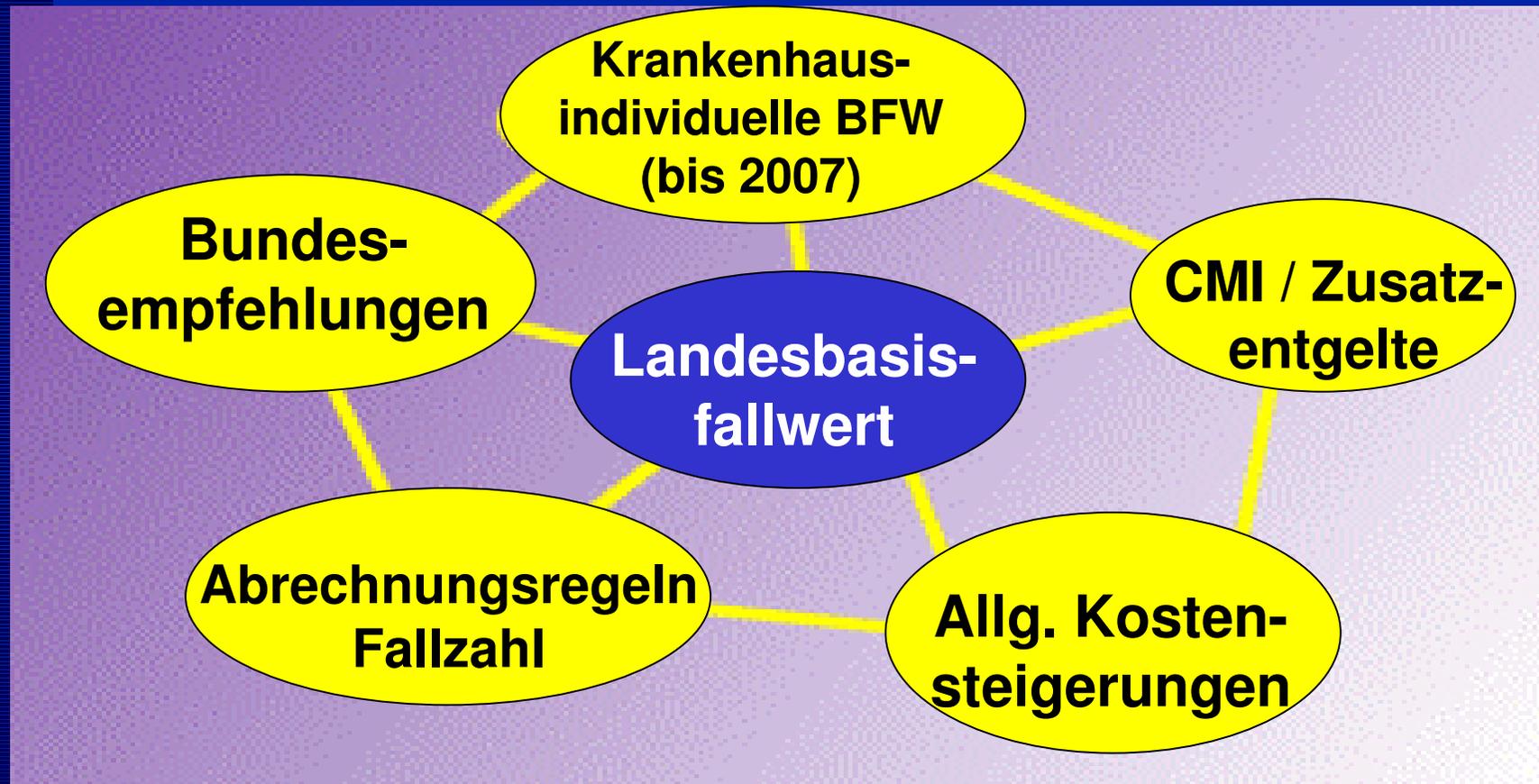
# Krankenhausverhandlungen - KHBZ

## Eckpunkte 2004/2005 für die krankenhausesindividuellen DRG-Verhandlungen:

- Vereinbarung von realistischen Leistungsarten und –mengen, insbesondere unter Berücksichtigung der geänderten Fallzahlungsregelungen 2004/2005
  - Kontinuierliche Beobachtung der Leistungsentwicklung
  - Restriktive Verhandlung von Leistungen außerhalb des DRG-Systems
  - Implementierung neuer und innovativer Behandlungsmethoden
- Budgetverhandlungen gem. § 6 (2) KHEntgG:
    - Ab 2005 befristete fallbezogene Entgelte
    - Kassen gemeinsam
    - Gezielte Auswahl der Krankenhäuser und Leistungen
  - Integrationsverträge gem. § 140 a ff SGB V
  - Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem § 116 b SGB V



# Landesbasisfallwert



# Landesbasisfallwert

## Einflussfaktoren:

### ➤ Krankenhausindividuelle Basisfallwerte

Ausgleichsmöglichkeit für Schätzfehler aufgrund unvollkommener Datenlage, d.h. z.B. nur 40 % aller KHS sind zum Zeitpunkt der Festlegung des LBFW verhandelt

### ➤ CMI

Ausgleiche für Katalogeffekt, d.h. jährliche Neukalkulation der DRG ist zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht abgeschlossen

### ➤ Zusatzentgelte:

Erweiterung des ZE-Kataloges bewirkt Änderung des DRG-Katalog-CMI

### ➤ Abrechnungsregelungen/Fallzahl:

z.B. Verlegungsregelungen, Fallzusammenführungen beeinflussen DRG-Kalkulation

### ➤ Allgemeine Kostensteigerungen:

Grundlohnsummenschätzung, BAT-Anpassung u.a.

# Konvergenzphase

- Bisher keine Veränderung der Krankenhausbudgets durch das DRG-System
  - Somit durch die Einführung bisher keine Unterfinanzierung einzelner Leistungen
- Ab 2005 schrittweise Anpassung des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes an den Landesbasisfallwert

Die Anpassung ist zurzeit für 2005 bis 2007 mit jeweils 1/3 zum Landesbasisfallwert geplant

# Konvergenzphase und -quote

Die Konvergenzphase wird nach dem Entwurf 2. FP-Änderungsgesetz unter Beibehaltung des Starttermins wie folgt gestaltet:

Konvergenzquote:

- in 2005:	15%	2005:	15%
- in 2006:	25%	2006:	30%
- in 2007/2008:	je 30%	2007:	50%
	Bezug 2005	2008:	Rest
			Bezug Vorjahr

Wird nur die Konvergenzphase verlängert, ohne die Ursachen anzugehen, steht man 2008/2009 vor der gleichen Situation wie heute.

# Konvergenzphase und -quote

Die Bundesländer Niedersachsen, NRW und Sachsen haben zur Beratung am 24. September 2004 folgenden Änderungsvorschlag zum 2.FPÄndG in den Bundesrat eingebracht:

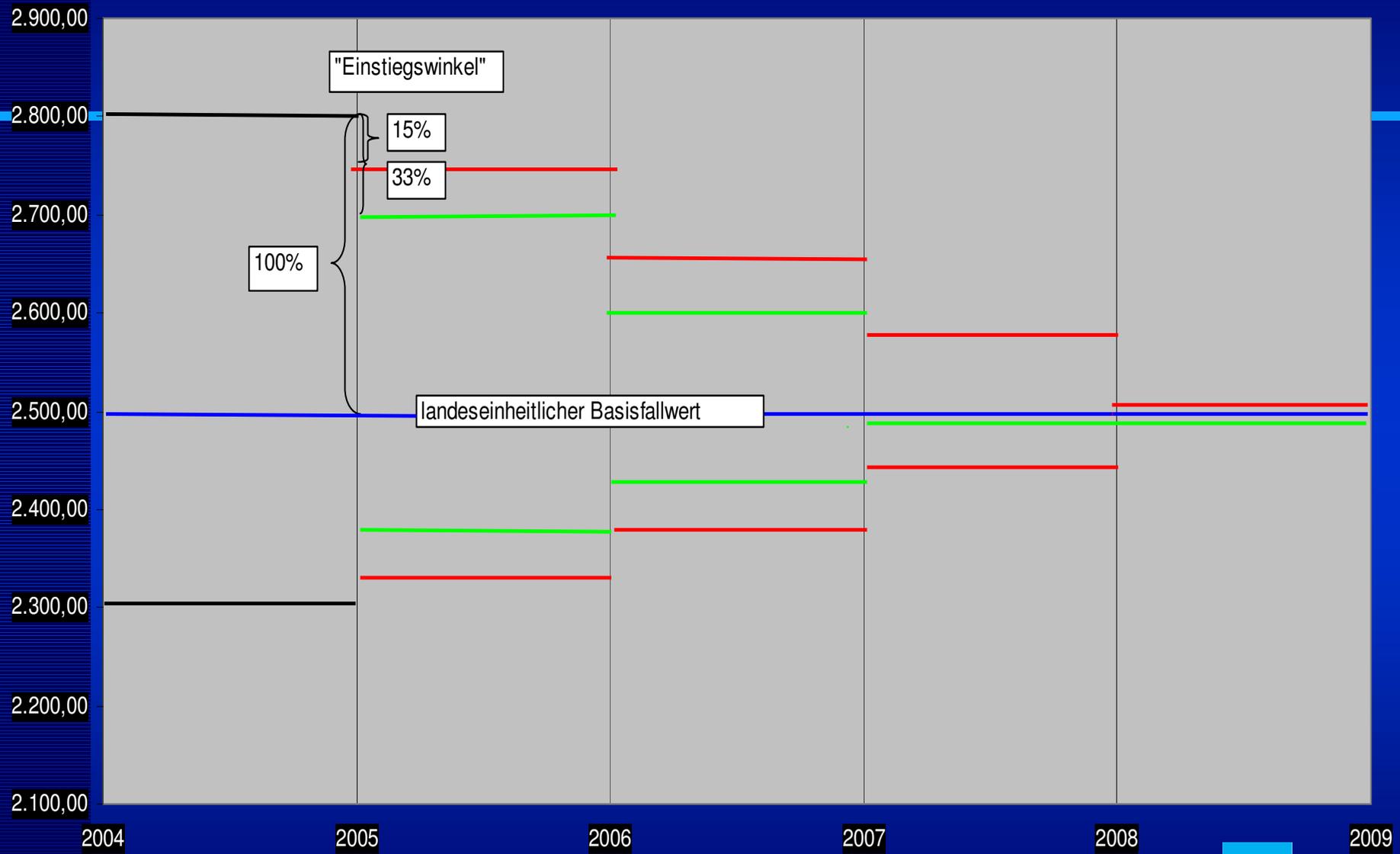
Konvergenzquote:

- in 2005:	10 %	2005:	10 %
- in 2006:	10 %	2006:	11.1 %
- in 2007:	10 %	2007:	12,5 %
- 2008:	Neuvereinbarung	2008:	Neuvereinbarung

Bezug 2005 Bezug Vorjahr

# Konvergenzmechanismus bei Krankenhäusern mit konstanten Leistungsmengen

Basisfallwert in €



# Bewertung des 2. FP-Änderungsgesetzes

## Konvergenzphase

### Negativ:

- Anpassungsdruck der Krankenhäuser zu Strukturveränderungen und zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird reduziert.
- Nach den gesetzlichen Vorgaben vorbereitete Krankenhäuser werden „bestraft“, andere „belohnt“.
- Progressiver Verlauf provoziert später neuen Widerstand

### Positiv:

- Verlängerung der Konvergenzphase ist der Einführung klinikindividueller Zusatzentgelte vorzuziehen.
- Keine Herausnahme von Klinikgruppen und besonderer Einrichtungen.
- Reduzierung systembedingter Verwerfungen
- Systemkonforme Weiterentwicklung ist möglich

## 2. FP - Änderungsgesetz

### - Weitere Bundesratsvorschläge -

- Einführung Kappungsgrenze bei Verminderung des Ausgangswertes
- Berücksichtigung des verminderten Angleichungsbetrages bei der Festsetzung des Landesbasisfallwertes
- Neufestlegung der Zielwerte und Konvergenzquoten, sowie die Anwendung/ Bildung von speziellen Basisfallwerten durch die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates

## 2. FP - Änderungsgesetz

### - Weitere Bundesratsvorschläge -

Mögliche Konsequenz bei Umsetzung der BR-Vorschläge:

- aus betriebswirtschaftlichen Gründen gezielte Umsteuerung der nicht zwingend in Maximalversorger-Krankenhäuser zu erbringende Leistungen in andere Krankenhäuser

→ **Bunderatsvorschläge wirken kontraproduktiv**

deshalb

**kein Sonderweg für Maximalversorger/Uni-Kliniken**

aber

→ Lösung für Verwerfungen aufgrund

- Zeitlicher Systematik der Fortentwicklung der Entgeltkataloge
- und noch bestehende Kompressionseffekte zu Lasten der Hochleistungsmedizin

# 2. FP - Änderungsgesetz

## - Weitere Bundesratsvorschläge -

### Verfahrensvorschlag für Maximalversorger / Uni-Kliniken

- Verbleib im DRG-System
  - Problemlösung systemkonform möglich
- Umsetzung der Konvergenzphase
  - Keine Konservierung der „Überfinanzierung von Normalleistung“ zur Subvention der Aufwände nicht adäquat abgebildeter Leistungen der Hochleistungsmedizin
- Vereinbarung sonstiger Entgelte (§ 6 KHEntgG)  
Ggf. Änderungen sinnvoll:
  - Vereinbarung durch Vertragsparteien auf Landesebene auf Basis einheitlicher (soweit möglich bundeweiter) Leistungsdefinitionen und
  - Nur in Ausnahmefällen krankenhausespezifische Vereinbarungen

### Voraussetzung:

- **Leistungsgerechte Kalkulation**
- **Keine pauschale Defizitfinanzierung**

# Stellungnahme des Bundesrates vom 24.09.2004 zu den Änderungsanträgen des 2.FPÄndG :

- Verlängerung der Konvergenzphase bis 2009

- Konvergenzquote:

- in 2005:	10 %	2005:	10 %
- in 2006:	20 %	2006:	22,20 %
- in 2007:	20 %	2007:	28,57 %
- in 2008:	25 %	2008:	50 %
- in 2009:	25 %	2009:	100 %

Bezug 2005

Bezug Vorjahr

- Kappungsgrenze von 1 % bei negativem Angleichungsbetrag
- Minderung des Basisfallwertes bei positivem Angleichungsbetrag

# Katalog 2005

- Der Katalog (Vorschlag) für 2005 wurde vom InEK vorgelegt
- Selbstverwaltung hat sich am 16.9.04 in Berlin weitgehend geeinigt:

Einigung bei:

Katalog 2005, Kodierrichtlinien, Abrechnungbestimmungen,  
Begleitperson

Keine Einigung bei:

Besonderen Einrichtungen

Zu-/Abschl.für Ausbildungsstätten und Teilnahme Notfallversorgung

# DRG-Katalog 2005

- Deutliche Aufwertung der Hochleistungsmedizin
- Umsteuerung der Relativgewichtsvolumina (Kosten) aus dem Kurzliegerbereich zu Gunsten des Langliegerbereiches
- Kalkulationsgerechte Bewertung der belegärztlichen DRG (Abwertung)
- Ausweitung des Zusatzentgeltebereiches ( + 45 )
- Weitere Spreizung der Relativgewichte - Schweregradabstufung von A - G

# DRG-Katalog 2005

## Fazit:

1. Deutliche Qualitätsverbesserung des DRG-Entgeltsystems
2. Wichtiger Schritt in Richtung „Leistungsgerechte Vergütung“

aber

Art und Umfang zusätzlicher Entgeltbereiche ist kritisch zu begleiten und zu überprüfen

# Folgen der DRG-Einführung

- Die DRGs werden den Konzentrationsprozess im Krankenhausbereich beschleunigen.
- Dabei sind die deutschen Strukturen von einer daraus entstehenden regionalen Unterversorgung weit entfernt.
- Die DRG werden die Grundlage für Qualitäts- und Preisvergleiche bilden.

# Folgen der DRG-Einführung

- DRGs werden die Bildung kurzzeitstationärer -wohnortnaher-Versorgung und qualifizierter medizinischer Betreuung in den „eigenen Wänden“ beschleunigen.
- Die DRG werden Veränderungen in der Mediziner-Ausbildung nach sich ziehen, z.Bsp. Facharztausbildung.
- Ebenso werden sich die Anforderungen an die Ausbildung und Ausübung angrenzender Berufsfelder verändern. So werden die Anforderungen an ambulante Dienste steigen.

# Anforderungen an die Weiterentwicklung

- Durch eine repräsentative Kalkulationsgrundlage müssen die DRG die Grundlage für eine leistungsgerechte Vergütung bilden.
- Der Entgeltkatalog ist zur genaueren Abbildung der erbrachten Leistungen weiter zu differenzieren.
- Zusatzentgelte sind auf Interimslösungen bzw. Ausnahmefälle zu begrenzen und fortlaufend im Kalkulationsverfahren auf ihre Berechtigung zu überprüfen.

# Anforderungen an die Weiterentwicklung

- DRG ermöglichen Wettbewerb unter Leistungserbringern und Kassen. Dies darf nicht aufgrund von Defiziten in der Kalkulation zu Verwerfungen zwischen den Anbietern bzw. den Kassen führen.
- Wettbewerbliche Elemente zwischen den Leistungserbringern sind bei der Weiterentwicklung zu implementieren, z.B.

Landesbasisfallwert  $\neq$  Festpreis

Landesbasisfallwert = Höchstpreis

# Auswirkungen der DRG auf die Kostenträger

2. Mitteldeutscher Medizincontrollertag

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



**Techniker Krankenkasse**  
Gesund in die Zukunft.