Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

DRG-Forum Berlin 06.05.2004 (1. Tag)

1. Eröffnung (U. Schmidt, BMGS)

- 120 Mio. EUR Einsparungen bei Krankenhäusern durch Senkung des Beiträge zu Krankenversicherung.
- Am 100% Ansatz wird nicht zwanghaft festgehalten. Aber die Selbstverwaltung muss sich auch bemühen.
- 5-schrittige Konvergenzphase erscheint lang und der Einstiegswinkel von 10% kurz. Diskussionen werden gerade geführt.
- Alles wird gut ☺

2. „Schaltjahr 2005“ – Start der Konvergenzphase (W. Pföhler; DKG)

- DRG-Katalog muss zukünftig die Realität abbilden.
- Zusätzliche Vergütungsformen, die neben dem DRG-Katalog eine aufwandsgerechte Vergütung gewährleisten, sind notwendig (Beispiel Dialyse, Implantate).
- Der Basisfallwert muss sachgerecht ermittelt werden.
- Aktuell gibt es noch erhebliche Schwächen: Langlieger, spezialisierte Leistungen
- Datenbasis für die Kalkulation ist in keiner Weise befriedigend. Es ist Eile geboten, da Änderungen mit einer 2-jährigen Verzögerung eintreten. Jetzige Vorschläge entfalten erst 2006 ihre Wirkung.
- Belastungen der Krankenhäuser: Langjährige Unterfinanzierung, Deckelung, Minusrunde 2004, Arbeitszeitproblematik
- Vorschläge: Einstiegswinkel 10%, 4 Jahre Konvergenzphase, weitere Anpassungen: 20%, 20%, 25%, 25%, Aufwandsentschädigung der Kalkulationskrankenhäuser
- Anpassungen des Basisfallwerts müssen im gesetzlichen Rahmen möglich sein, um eine Fortschreibung von Fehlern zu vermeiden.

3. Kann die Konvergenzphase ab 2005 starten?

J. Robbers (DKG)

- Entscheidungen der DKG werden umfassend abgestimmt (Mehrheitsentscheidungen haben über 75% Zustimmung).
- Keine weiteren Neuigkeiten.

Dr. W. Gerdelmann (Verband der Angestelltenkrankenkassen)

- Grundlohnveränderungen lagen über die letzten 25 Jahre hinweg meistens unter der Entwicklung der Krankenhausausgaben.
- Stand 27.04.2004: Bisher nur 160 Neuabschlüsse für 2004. Die Ursachen sind unbekannt (Publikum lacht).
- Aktueller Zahlbetrag bei 1114 Krankenhäuser: Mittlerer Wert ca. 2550,- EUR
- Verbesserungen des Fallpauschalenkatalogs (Qualität, Auflösung des Kompressionseffekt, Schere zwischen höchstem und niedrigstem Basisfallwert schließt sich etc.)
- Handlungsbedarf: Nicht mehr DRGs, sondern bessere Differenzierung
- 30 bis 50 Krankenhäuser würden die Kalkulation ausreichen, wenn diese sinn ausgewählt würden.

- G. Baum (BMGS): Ursache für die wenigen Budgetabschlüsse 2004: Schlechte Erfahrungen und strategische Überlegungen.

Dr. R. Hoberg (AOK)

- Verhandlungsrückstau
- Gesetzliche Eingriffe sind erforderlich, um Verhandlungspartner (Krankenhäuser, Krankenkassen zur Verhandlung zu zwingen.
- Der technische Basisfallwert sollte so bald wie möglich festgelegt werden.
- Änderungen 2003/2004: Teilnahme Universitätskliniken an der Kalkulation: 2003 keine Universitätsklinik, 2004: 12 Universitätskliniken – Zusatzentgelte: 2003: 2 Zusatzentgelte, 2004: 25 Zusatzentgelte
- Einstiegswinkel muss gerade am Anfang groß sein.
- 2/3 der Krankenhäuser würden profitieren
- Bei 50% aller Krankenhäuser würden bei einem Einstiegwinkel von 33% eine ca. 3%-ige Budgetänderung ergeben.

Diskussion:

- J. Robbers: Grunddissens DKG/Krankenkassen: Können alle Krankenhäuser über einen Kamm geschoren werden?
- S. Breßlein: 3% Budgetänderung wären 3 Mio. EUR. Das sind aber keine Ineffizienzen.
- W. Pföhler: Es geht nicht darum, ob jetzt die Krankenkassen oder die Krankenhäuser schlechter 2005 gestellt werden. Es geht darum, dass der Fallpauschalenkatalog 2005 qualitativ noch nicht ausreichend sein wird.
- Abstimmung: Für Änderung der Konvergenzphase: etwas weniger als 50% - Gegen Änderung: etwas weniger als 50%

4. Fallpauschalenkatalog 2005 (Dr. F. Heimig, InEK)

- Lieferung der §21-Daten: 29 Anträge auf Fristverlängerung (2003: ca. 400)
- Lieferung der Kalkulationsdaten wird bis 31.05.2004 abgeschlossen sein.
- Kalkulation 2005: 3 Mio. Fälle (17,5% der Grundgesamtheit) – davon 2,5 Mio. Fälle plausibel.
- 162 Häuser liefern Daten (2003: 115 Krankenhäuser) – fast 50 Erstkalkulationskrankenhäuser
- 43 Fachkrankenhäuser (Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie...)
- 183 Vorschläge (1 bis 43 Einzelvorschläge) - 1350 Einzelvorschläge
- Vorschläge für 2005: 400 neue DRGs, 250 Kodeverschiebungen, 150 neue ICD/OPS, 70 Splitänderungen, 60 Änderungen CCL Matrix, 110 Zusatzentgelte
- Agenda 2005:
  - Vergütung kostenintensiver Leistungen oder Medikamente (schwierig)
  - Zusatzentgeltkalkulation (Kriterien: tritt bei mehreren DRGs auf, definierbar, sporadisches auftreten, relevante Kosten, Schieflage bei Leistungserbringung)
  - Kalkulation Langlieger/ Kurzlieger (Langlieger sind unterfinanziert, Integration moderner Behandlungsformen mit sehr kurzer Verweildauer etc.)
  - Verlegungsregelungen (Abkehr von der allgemeinen normativen Berechnung, DRG-individuelle Vergütung, kritische Prüfung Verlegungen von und zur Intensivmedizin)
  - Transplantationsmedizin (strikte Validierung)
  - Verbesserung der Methoden: Beispiel: Das Weglassen von Prozeduren darf nicht zu einer höheren Vergütung führen
- Datenqualität wird sich für 2005 wird stark verändern
- 18.08.2004: Vorlage des G-DRG-Katalogs 2005
- 2005 wird sich noch mal sehr viel ändern.

5. Was planen die Selbstverwaltungsparteien auf Landesebene?

F. Mägdefrau (Hessische Krankenhausgesellschaft)

- Unterschiedlich hohe Fallpauschalen je Bundesland →Keine echte Kostenkalkulation → Fallpauschalen sind staatlich regulierte Preise
- Offene Fragen:
  - Müssen Ausgabensteigerungen in anderen Gesundheitssektoren mit berücksichtigt werden?
  - Verwaltungskostensteigerungen der Krankenkassen müssen abgefangen werden?
  - Müssen Beitragsausfälle bei Steigerungen der Arbeitslosenzahlen abgefangen werden?
  - Welche medizinische Versorgung ist notwendig?
  - Haften unwirtschaftliche Krankenhäuser für wirtschaftliche Krankenhäuser?
- Viele weitere offenen Fragen zum Krankenhausentgeltgesetz (KHG).
- G. Baum: Wo bleibt die Positionierung?

De Mari ? (AOK)

- Viele offenen Fragen

6. DRG-Kalkulation: Erfahrungen und Weiterentwicklung

Dr. M. Schmidt (InEK)

- Neu: Informationseinholung durch das InEK beim Kalkulationskrankenhaus ist möglich.
- Verbesserungen bei der Datenqualität (Fehlerverfahren, Plausibilitätsprüfungen).
- Mehrere Stufen des Prüfverfahren mit ökonomischen Perspektive.

Dr. M. Braun (InEK)

- Mehrere Stufen des Prüfverfahren mit medizinischer Perspektive.
- InEK korrigiert Datensätze ohne Rückmeldung, wenn die Korrektur unmissverständlich und eindeutig möglich ist.
- Vorschlagsverfahren: Von 1350 Vorschlägen sind 50% rechenbar.
- Nachfragen beim Vorschlagsverfahren resultieren u.a. auf Grund von Ungenauigkeiten bei der Beschreibung und unvollständiger Kodelisten.
- Enge Kooperation mit dem DIMDI.

A. Dänzer (Klinikum Mannheim)

- In den Kalkulationsdaten finden sich trotz Prüfverfahren des InEK immer noch eindeutige Fehler (Beispiel: I25.9 in 4,71% bei der DRG F43C). 41% der Kalkulationsdaten für 2004 wurden gar nicht berücksichtigt. Kalkulationsmethodik ist problematisch: Doppelter Outlier-Ausschluss.
- Darstellung der Einzelzuordnung von Implantaten (Beispiel: Durchschnittswert der Kosten bei Defibrillator-Implantaten).
- Beispiel für Ungenauigkeiten bei der Kalkulation: A06Z mit gewichteten Intensivstunden: 88.000,- EUR - A06Z mit ungewichteten Intensivstunden: 131.000,- EUR (49% Abweichung)
- DRG-Bilanz 2003 zu 2004: Minus 18 Mio. EUR bei Zuschlägen. Das wird als Zeichen für die problematische Abbildung der spezialisierten Leistungen gewertet.

7. Abbildung der Krankenhausleistungen aus medizinischer Sicht

PD Dr. N. Roeder (Universitätsklinik Münster)

- Viele Verbesserungen 2003 nach 2004
- Zusatzentgelte sind zwingend notwendig.
- Klassifikationen (ICD/OPS) müssen detaillierter werden.
- Agenda 2004: Innovationsfinanzierung, besondere Einrichtungen

Prof. Dr. M. Hansis (Medizinscher Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen)

- Nichts Neues

8. Vernetzung, Versorgungszentren

Prof. Dr. Dr. K. Lauterbach

- In den USA erwirtschaften Medizinische Versorgungszentren 20% bis 40% der Klinikbudgets
- Bisher kaum Verträge nach §116a/b SGB V
- Krankenkassen haben Grouper, die die durchschnittlichen Kosten eines Patienten prospektiv berechnen können.

H. Strehlau-Schwoll (Horst-Schmidt-Kliniken GmbH Wiesbaden)

- Ziele: Kosten senken (Gesetzgeber), Kosten einsparen (Krankenkassen), Monopolstellung der Kven erhalten (Kven), Sicherung der Einkommenssituation (Ärzte), Überleben (Krankenhäuser), Minimierung der Kostenbeteiligungen (Patienten).
- Horst-Schmidt-Kliniken haben diverse Geschäftsbereiche (Beratung, Apotheken, Geschäftsbesorgungsverträge etc.)
- Krankenhäuser haben ca. 50% chronische Patienten. Hier bietet sich die Möglichkeit Angebote an die Krankenkassen zu machen: Pauschale Versorgung von chronisch kranken Patienten in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Physiotherapie, Ambulante Pflege.
- Ziele: Substitution der 1%-igen Kürzung, Mehrerlöse durch Verträge zur integrierten Versorgung, Sicherung der Patientenströme, Optimierung der Kostenstrukturen, Optimierung der Auslastung einzelner Versorgungselemente
- Bisher noch keine Abschlüsse zur integrierten Versorgung.

S. Achner (Rhön-Klinikum AG)

- Vertragsgrundlagen für Einzelvereinbarungen: Unterversorgte Gebiete, DMPs, Hochspezialisierte Leistungen, Integrierte Versorgung, Ambulante Operationen, Teilstationäre Versorgung, Medizinische Versorgungszentren

9. Verantwortlich für den Inhalt/Rückfragen bei

Dr. med. Sascha Baller
Kontakt: Dr.Baller@medizincontroller.de