



1. Nationales DRG-Forum

# **Einstieg in die Optionslösung - Die Sicht der Krankenkassen**

**Berlin 30.08.2002  
Dr. Wulf-Dietrich Leber**

# AGENDA

**1 Anmerkungen zum Ordnungsrahmen**

**2 Umsteigen, ja oder nein?**

**3 Fahrplan für die Budgetverhandlung**

**4 AEB-Probleme**

**5 Ausblick auf 2004 ff**

# 10 Jahre DRG-Einführung

- 1997** LBK-interne Budgetverteilung mit AP-DRG
- 1999** Parlamentsbeschluss zur DRG-Einführung (§ 17 b KHG)
- 2000** Entscheidung der Selbstverwaltung für AR-DRGs
- 2002** Festlegung des Ordnungsrahmens im FPG
- 2003** Optionsmodell
- 2004** Budgetneutrale DRG-Abrechnung in allen Häusern
- 2005** Beginn der Konvergenzphase (erste „DRG-Wirkung“)
- 2007** Vergütung der Krankenhäuser gemäß DRG-Volumen (Landespreise)

# Zeitdruck als Folge von Verschleppung

**Nicht die Fülle der Aufgaben, sondern die Interessenkonflikte in der Selbstverwaltung haben die Verschleppung bewirkt.**

**Bsp: kein Projektplan, keine Pretestauswertung, ....**

**Auch das BMG ist nicht unschuldig: Man hätte die Abrechnungsregeln im FPG regeln können.**

**Es gibt keine Anzeichen dafür, dass man 2004 ohne Ersatzvornahme auskommt.**

---

# Fallpauschalen-Katalog

---

**Kaum Anpassung, mehr ging möglicherweise nicht.**

**Relativgewichte wahrscheinlich ziemlich treffsicher (Repräsentativität).**

**Unschön: Katalog zu komplex in puncto Beleg-Kombination**

**Ungelöst: teilstationär / vollstationär**

# AGENDA

1 Anmerkungen zum Ordnungsrahmen

2 Umsteigen, ja oder nein?

3 Fahrplan für die Budgetverhandlung

4 AEB-Probleme

5 Ausblick auf 2004 ff

# Für welche Krankenhäuser besteht ein Anreiz umzusteigen?

## Vorteil

- Erfahrungen mit der G-DRG sammeln
- bei Mehrerlösen höherer Eigenbehalt
- bei Mindererlösen höherer Ausgleich
- interne Anpassungsprozesse werden unterstützt
- zwei budgetneutrale Jahre

## Nachteil

- Reibungsverluste
- Leistungsgeschehen wird transparenter
- Basisfallwert als Indikator für Unwirtschaftlichkeit
- Liquiditätsprobleme
- Probleme mit der EDV / Grouper / KIS

# Umsteige probleme

Die 90%-Grenze dürfte angesichts weniger Ausnahmereich nicht besonders restriktiv sein.

Problembereich bleiben: Geriatrie, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte, Frühreha, MS-Spezialkrankenhäuser,...

**Wer überwiegend Probleme hat,  
sollte es sein lassen !**

Für das Standardkrankenhaus, gibt es keine großen Darstellungsprobleme.

...und die Unis sollen sich nicht beschweren.

# Umgestiegen und auf dem Trockenen?

**Manche Kassen drohen unverhohlen, nicht zahlen zu können.**

**Es gilt: Jede Kasse kann zahlen, wenn sie will - notfalls als Abschlagszahlung.**

**Allerdings: Jede kann Kasse kann zahlen, aber nicht jede kann prüfen!**

**Bitte Nachsicht: Kassen müssen zwei Abrechnungssysteme parallel fahren.**

**Echtes Problem: Neugeborene**

# Ungeklärt: Qualitätssicherung

Es gibt derzeit kein Konzept für QS unter DRGs.

Es gibt auch kein Konzept, wie denn die bisherige QS für FP/SE bei Umsteigern aussieht. V2/V3 weiterfahren kann es nicht sein.

**Kurzfristige Lösung für 2003:**

- Bestehende QS-Bögen für definierte ICD-OPS-Kombinationen
- Vollständigkeitskontrolle mit § 21 - Daten in 2004

**Mittelfristige Lösung für 2004:**

- Bögen entschlacken
- 100 % - Ansatz überdenken
- Tracer-Ansatz mit ICD-OPS-Kombinationen

---

# Gesamtnutzen

---

**Die Vorarbeit einer Minderheit  
von Optionshäusern wird allen  
Krankenhäusern zu Gute  
kommen.**

# AGENDA

1 Anmerkungen zum Ordnungsrahmen

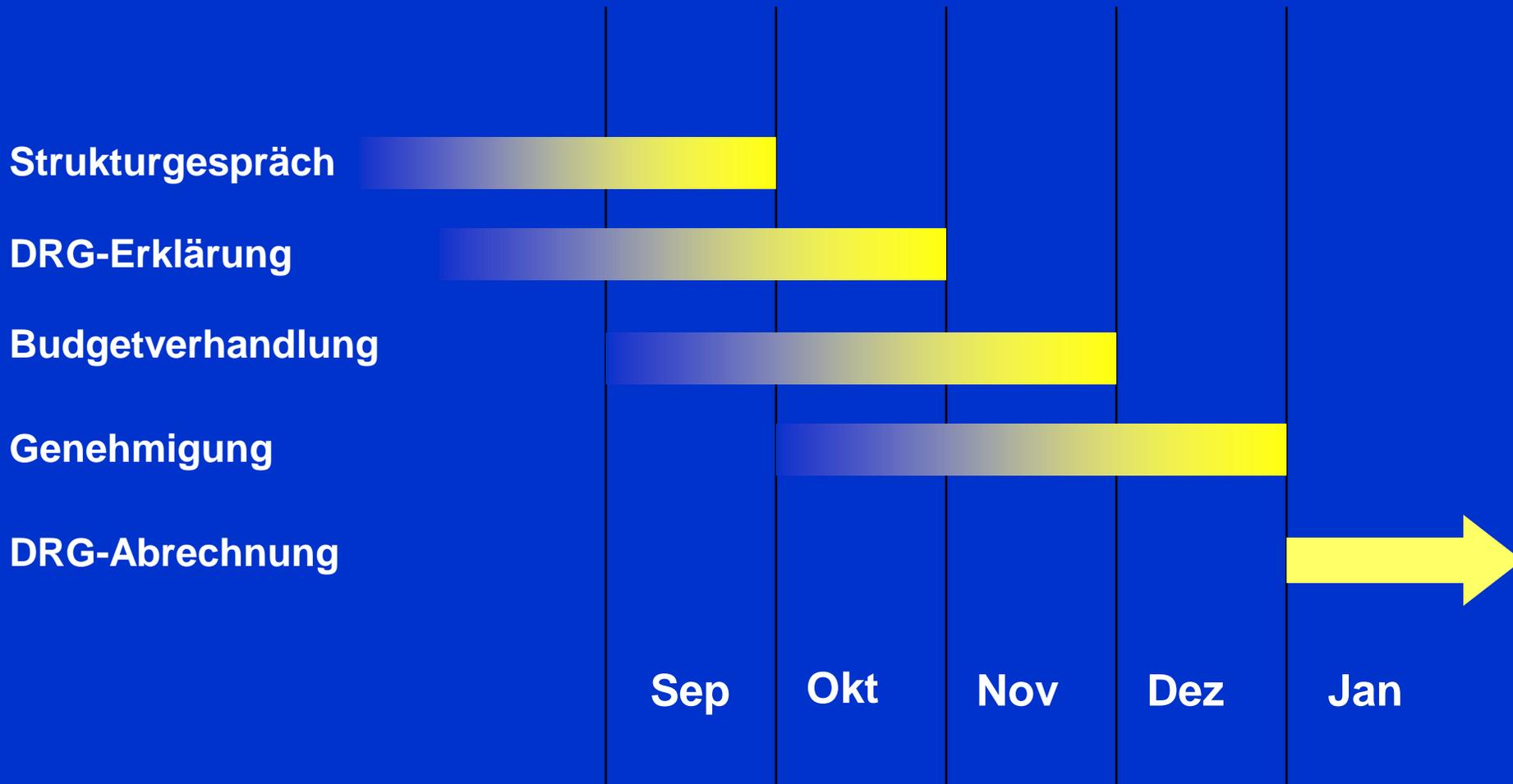
2 Umsteigen, ja oder nein?

3 Fahrplan für die Budgetverhandlung

4 AEB-Probleme

5 Ausblick auf 2004 ff

# Zeitplan für die Budgetrunde 2003



# Vorläufiger Basisfallwert

**Es wird terminlich eng.**

**Im Konfliktfall reicht die Zeit kaum für Schiedsstellen.**

**Unterjähriger Umstieg ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden.**

**Krankenhäuser ohne neuen Budgetabschluss dürfen „vorläufig“ mit alten Pflegesätzen weiterarbeiten. Optionshäuser brauchen eine analoge Regelung.**

**Die Optionshäuser benötigen in der FPVO eine Regelung für einen „vorläufigen Basisfallwert“.**

# Krankenkassen im Streitfall

Die Präferenz für die DRG-Einführung ist nicht bei allen Kassen gleich.

Auf Spitzenverbandsebene wurde blockiert und verschleppt.

Es ist zu erwarten, dass sich auf Ortsebene der Spitzenverbandskonflikt wiederholt.

Die Kassenpositionen sollten in Strukturgesprächen geklärt werden.

Krankenhäuser müssen ggf. frühzeitig in die Schiedsstelle gehen, damit nicht der Umstieg durch Terminverschleppung verhindert wird.

# AGENDA

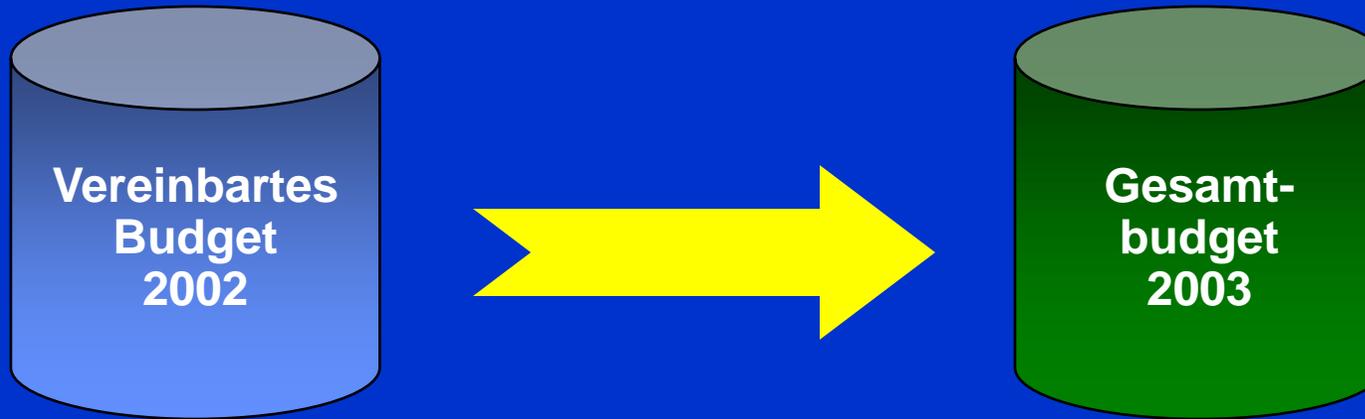
- 1 Anmerkungen zum Ordnungsrahmen
- 2 Umsteigen, ja oder nein?
- 3 Fahrplan für die Budgetverhandlung
- 4 AEB-Probleme
- 5 Ausblick auf 2004 ff

# Zu- und Abschläge im Jahr 2003

## Nichts neues bei Zuschlägen:

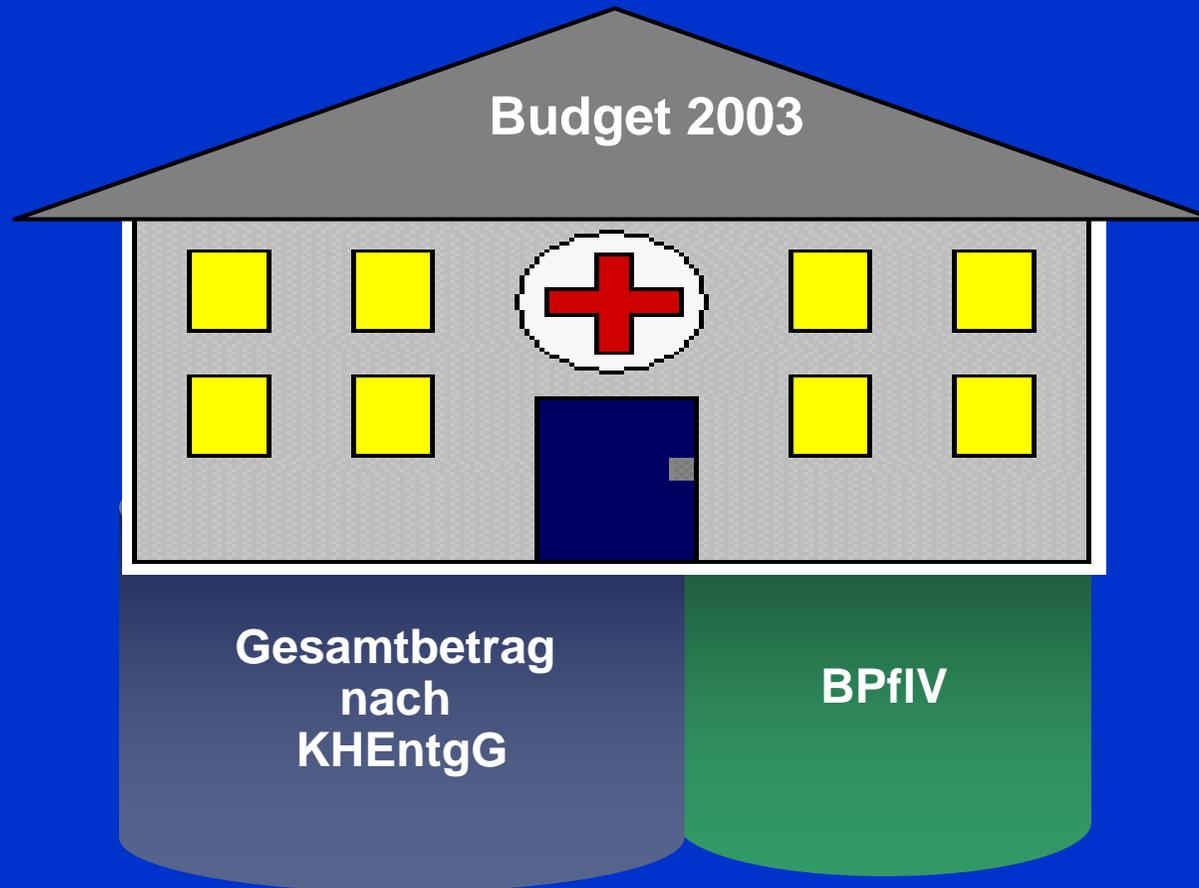
- ab 2001: Qualitätssicherung
- ab 2002: Systemzuschlag,
- ab 2003: nichts Neues
- ab 2004: Ausbildungszuschlag
- ab 2005: Sicherstellungszuschlag (§ 17 b Absatz 1 KHG)

# Das Optionsbudget 2003



- Vereinbarung Gesamtbetrag nach § 6 Abs. 1 BPfIV (LKA und AEB)
- DRG-Daten, die das Krankenhaus liefert (nach § 11 KHEntgG) dürfen nicht herangezogen werden.
- Zusätzliche Informationen anwendbar?

# Aufteilung des Gesamtbudgets



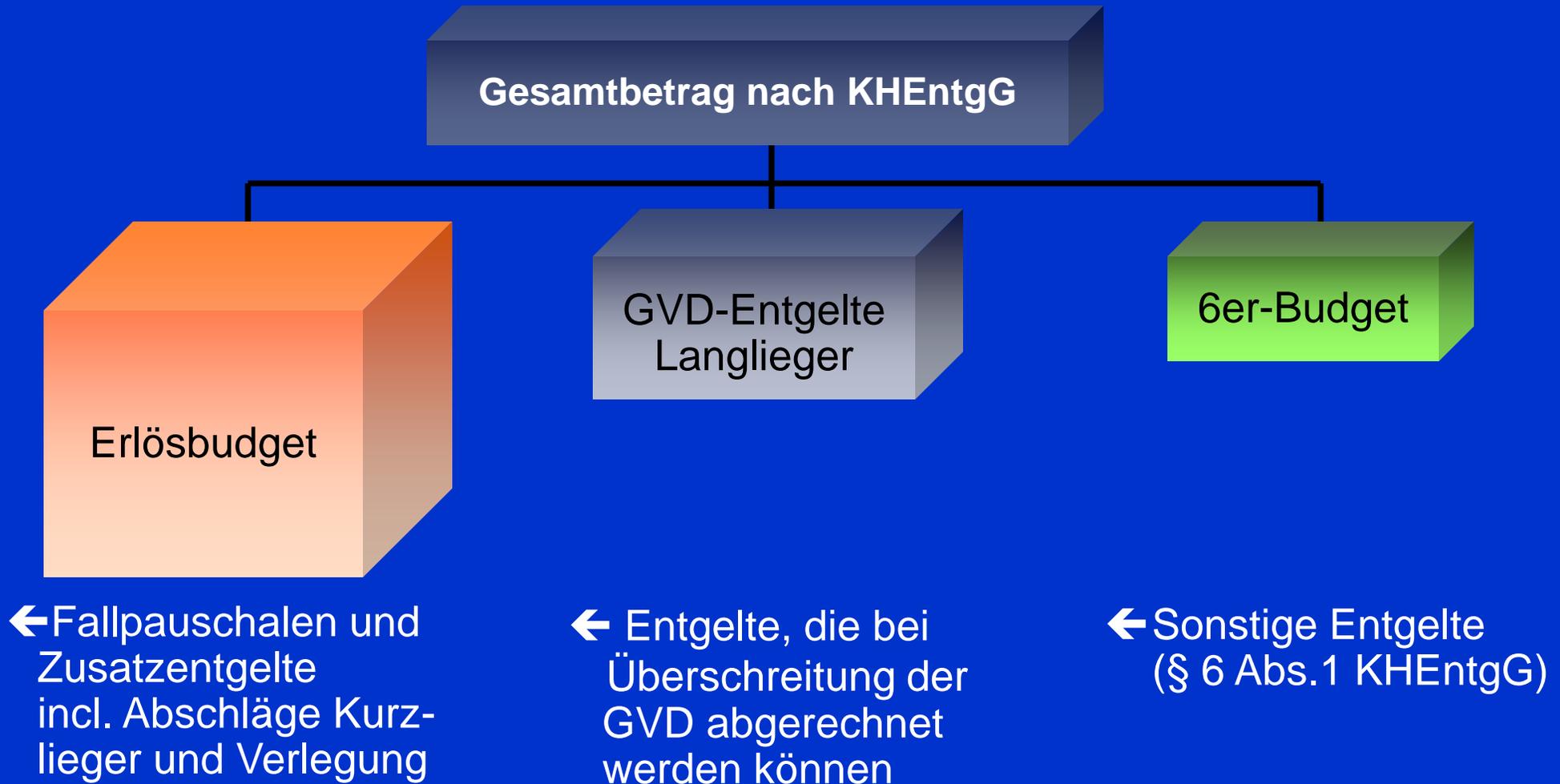
# BPfIV-Budget

## Verschiebebahnhof Psychiatrie

- **Der Bereich Psychiatrie und Psychosomatik bleibt ein eigenständiger Rechtskreis.**
- **Nur im Krankenhausplan ausgewiesene (!) psychosomatische Abteilungen unterliegen der BPfIV; nicht Fälle, sondern Abteilungen werden ausgegliedert.**
- **Die Ermittlung der Budgetanteile wird frei verhandelt.**
- **Verschiebebahnhof ?**

# Budgetverhandlung 2003

## Entgeltformen nach dem KHEntgG



# Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)

Die AEB „ersetzt“ die LKA (2003: beide auszufüllen)  
Vier Formulare:

E1: Aufstellung der Fallpauschalen

➤ G-DRGs

E2: Aufstellung der Zusatzentgelte

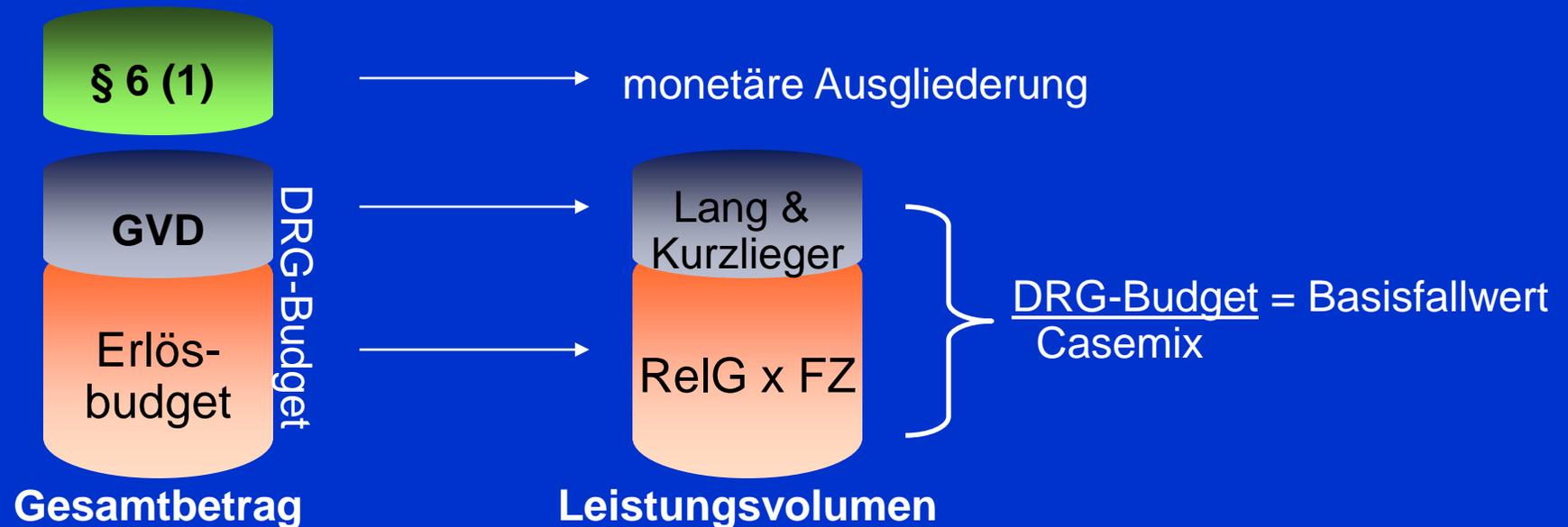
➤ „Sonderentgelte“

B1: Gesamtbetrag und Basisfallwert 2003

(B2: Budgetberechnung für 2005/6)

# Bestimmung des Basisfallwert

Er ergibt sich aus der Bewertung des Budgets mit dem Leistungsvolumen (Casemix).



# Basisfallwert in der rekursivem Endlosschleife

13	= <b>Veränderter Gesamtbetrag (§3 Abs. 3 Satz 5)</b>
14	davon: verändertes Erlösbudget (§3 Abs. Satz 5)
15	davon: Entgelte nach Grenzverweildauer
16	davon: Entgelte nach §6 Abs. 1 KHEntgG
	<b>Ermittlung des Basisfallwerts:</b>
17	Erlösbudget aus lfd. Nr. 14
18	./. Erlöse aus Zusatzentgelten
19	= <b>Summe Fallpauschalen einschl. lfd. Nr. 12</b>
20	: Summe der Bewertungsrelationen
21	= <b>Krankenhausindividueller Basisfallwert</b>
22	= <b>Krankenhausindividueller Basisfallwert</b>

Die Entgelte nach Grenzverweildauer können nur berechnet werden wenn der BFW feststeht.

# Vorschlag zur Berechnung des Basisfallwerts

**Gesamtbetrag 2003**     **abzüglich sonstige Entgelte nach § 6 (1)**  
**abzüglich Zusatzentgelte**  
**DRG-Budget**

**Casemix 2003**     **Bewertungsrelationen (BewR) für DRG-Fälle**  
**zuzüglich BewR für Überlieger**  
**abzüglich BewR für Kurzliegerabschläge**  
**abzüglich BewR für Verlegungsabschläge**

**effektiver Casemix**  
**(Nettosumme der Bewertungsrelationen)**

**Basisfallwert**     **DRG-Budget / effektiver Casemix**

# Das Formular E1

## E1 Aufstellung der Fallpauschalen für das Krankenhaus<sup>\*)\*\*)</sup>

Nr.	Abgerechnete Anzahl im abgelaufenen Kalenderjahr	Vereinbarte Anzahl für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum		
			Anzahl	Entgelthöhe	Erlössumme
1	2	3	4	5	6

G-DRG

Bruttoanzahl:  
incl. Kurzlieger &  
Verlegungen

Bewertungsrelation  
x  
Basisfallwert =  
DRG-Preis

???

# Das Formular E1

## E1 Aufstellung der Fallpauschalen für das Krankenhaus<sup>\*)\*\*)</sup>

Nr.	Abgerechnete Anzahl im abgelaufenen Kalenderjahr	Vereinbarte Anzahl für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum		
			Anzahl	Entgelthöhe	Erlössumme
1	2	3	4	5	6

Als zusätzliche Angaben werden benötigt

Anzahl und Belegungstage je DRG  
für Langlieger  
für Kurzlieger  
für Verlegung in das Krankenhaus  
für Verlegungen aus dem Krankenhaus

 das Formular ist entsprechend zu ergänzen

# E1-neu: Info je DRG

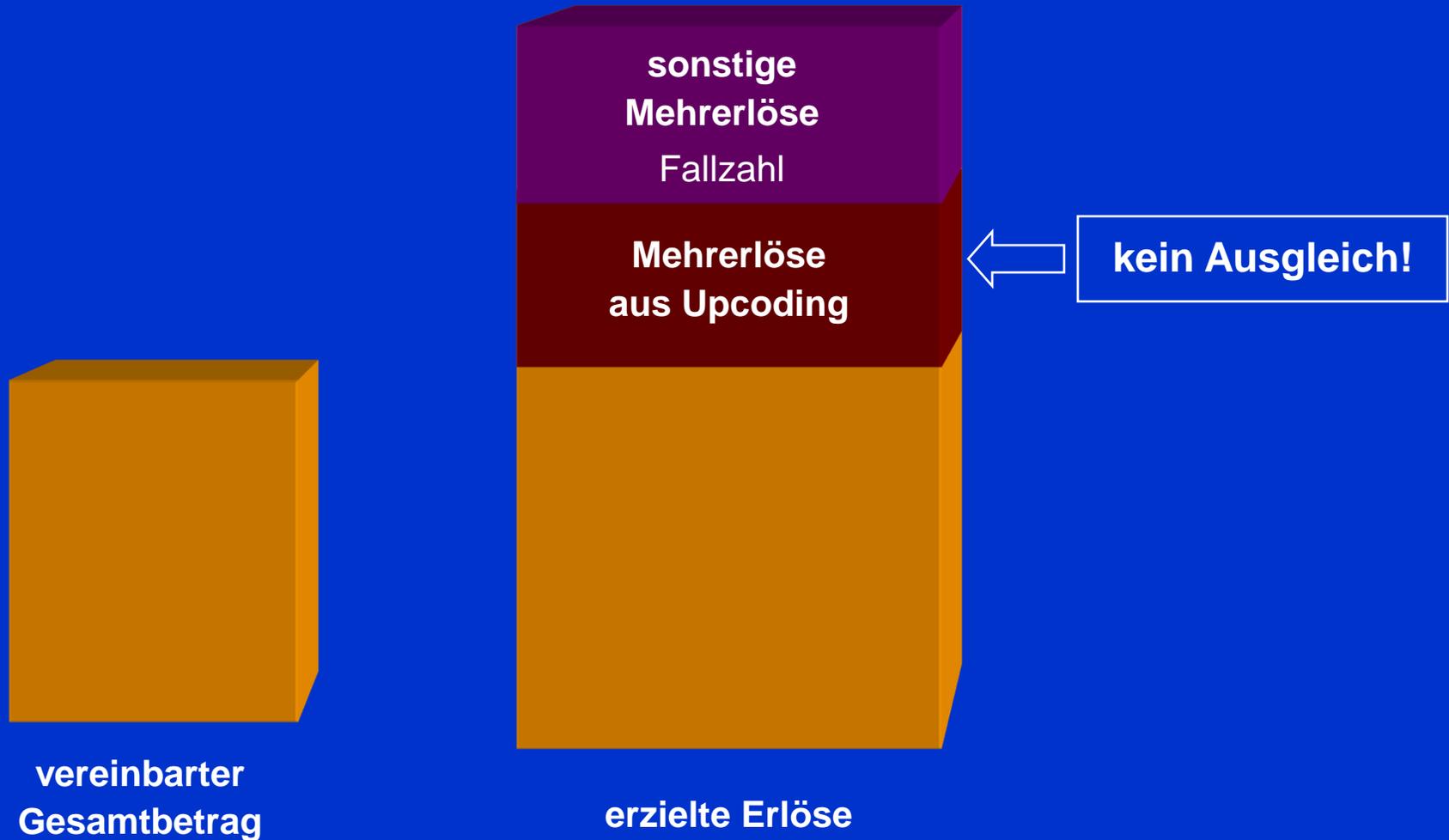
	Anzahl	Tage	Bewertungsrelation	Summe
Normal				
Kurzlieger				
Langlieger				
Aufn. Verlegung				
Entl. Verlegung				

DRG	Beleg-Kombi	Normal				Kurz				etc	Gesamt			
		n	BT	BwR	Sum	n	BT	BwR	Sum		n	BT	BwR	Sum
A01Z														
A02Z														
963Z														
<b>Gesamt</b>														

**effektiver Casemix**



# Mehrerlöse: kein Ausgleich für Upcoding



# Welcher Grouper?

Für die Strukturgespräch:

**G-DRG-Version 0.9**

Für den Budgetabschluss:

**G-DRG-Version 1.0**

# AGENDA

- 1 Anmerkungen zum Ordnungsrahmen
- 2 Umsteigen, ja oder nein?
- 3 Fahrplan für die Budgetverhandlung
- 4 AEB-Probleme
- 5 Ausblick auf 2004 ff

# Ausblick auf 2004

**Es wird wieder zeitlich knapp.**

**Die Interessenkonflikte bestehen weiterhin, so dass ein Scheitern der Selbstverwaltung wahrscheinlich ist.**

**Nächste Schritte: Datenanalyse, Rückkopplung mit Krankenhäusern, Festlegung von Anpassungsregeln, Gespräche mit Fachgesellschaften, Streichung von OPS-Codes, Streichung von DRGs**

**Ergänzung des Datenbestandes vor März 2003?**

**Einbeziehung weiterer Kalkulationshäuser (Partialgewichtungsverfahren?)**

**Kleine ordnungspolitische Anpassungen: Belegwesen, teilstationär, Geriatrie,...**

---

# Ausblick auf 2005

---

Hier geht es richtig los mit der Debatte über

- Zu- und Abschläge
- Ausgliederung bestimmter Bereiche, Kliniken,....
- Bewertung von Innovationen
- .....

**Erste ökonomische Wirkung des Preissystems!**

# Ausblick auf 2007

Bisher ist nichts geregelt.

In der Mitte der nächsten Legislaturperiode wird es eine Gesetzgebung zum „finalen“ DRG-Ordnungsrahmen geben müssen.

**Konfliktfelder:**

- Einheitspreis- oder Höchstpreis
- Einheitlich und gemeinsam oder Kassenwettbewerb
- Offizieller Übergang zur Monistik?
- Abgrenzung ambulant/stationär/Reha
- Sicherstellungsvorgaben statt Krankenhausplanung

**Herzlichen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!**