

# Wesentliche Änderungen des G-DRG-Systems in den Jahren 2006 und 2007 und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen



Ludwigshafen, 21. Juni 2007

Dr. med. Holger Bunzemeier  
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster

## Zeichen der Krankenhausfinanzierung 2007

- Mehrwertsteuererhöhung
- Umsetzung Tarifabschlüsse
- Steigende Energiekosten
- **DRG-Konvergenz (DRG-Verlierer, aber auch Gewinner)**
- Sanierungsbeitrag gemäß GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – (GKV-WSG)
  - 0,5% Rechnunsabschlag,
  - 0,2% Prozent Absenkung Mindererlösausgleich auf 20%
  - 0,1% Einbehaltung nicht verausgabter Mittel für IV
- ...

# DRG-Einführung

## Ziele des Gesetzgebers

- Mehr Transparenz über Leistungen und Kosten
- **Leistungsbezogene** Vergütung der Krankenkassen
- Umsetzung des Prinzips „Geld für Leistung“
- Mehr Wettbewerb der Krankenkassen
- Förderung des Gesundheitswandels
- Stabilisierung der Ausgaben der GKV
- Verkürzung der Verweildauern
- Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven

**Es soll billiger werden !!**

Folie 3

## Das System wirkt...

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH

Thema: „G-DRGs 2007“

Referent: Dr. F. Heimig



### Verweildauer-Analyse

V2006 (§21-Daten 2004) vs. V2006 (§21-Daten 2005)

#### Mittelwert Verweildauer

§21-Daten 2004: **7,94** Tage

§21-Daten 2005: **7,62** Tage

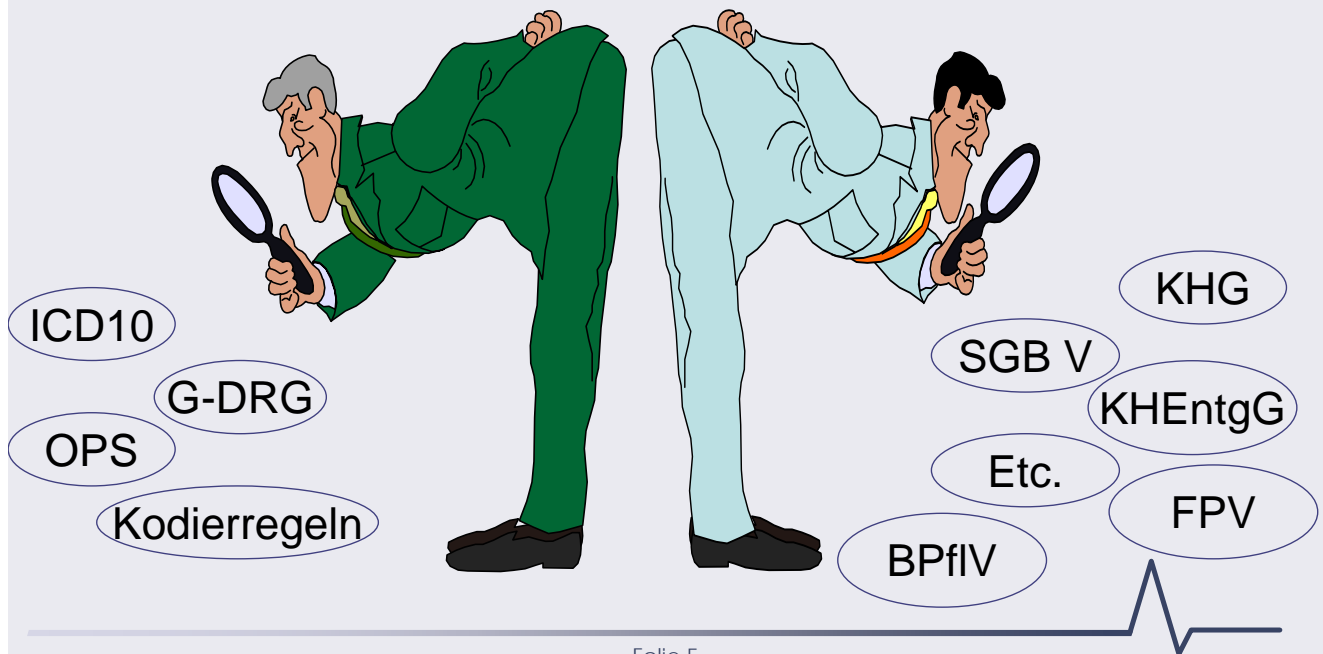
(Delta: - 0,32 Tage absolut, - 4,0% relativ)

Jeweils ca. 14,7 Mio Fälle

Basis: Hauptabteilung, med. plausibilisiert, ohne expl. Ein-Belegungstag- / nicht bewertete DRGs

# Betrachtung des G-DRG-Systems

Klassifikationssystem + Rahmenbedingungen



Folie 5

# Vorgaben des Gesetzgebers

- Auswahl eines international bereits eingesetzten DRG-Systems als Basis für das Deutsche System
- Vergleich von 7 DRG-System (Roeder et. al)
  - ➔ Ergebnis: Australisches AR-DRG-System
  - ➔ weltweit bestes DRG-System (2000)
  - ➔ Auswahl für Deutschland
- Weiterentwicklung notwendig wg. hoher Anforderung an ein Preissystem

Folie 6

# Deutschland / International



~250 „Einkäufer“  
Ein Preis für jedes „Produkt“  
„Produkt“ muss exakt beschrieben sein

1 „Einkäufer“  
„Produkt“ dient der Leistungsmessung  
Feintuning = Budgetzuschläge/Abschläge  
Kein wahrer „Produkt“preis

Folie 7



## DRG-Zeitachse (Stand 2. FPÄndG)

Einstieg 2003:  
Nur freiwillige  
Krankenhäuser

Einstieg 2004:  
(theoretisch) alle Krankenhäuser

Budgetneutralität

Konvergenzphase

Was leistet  
das System?

DRG-Einführung

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

Max 1%

Max 1,5%

Max 2%

Max 2,5%

Max 3%

Kappungsgrenze

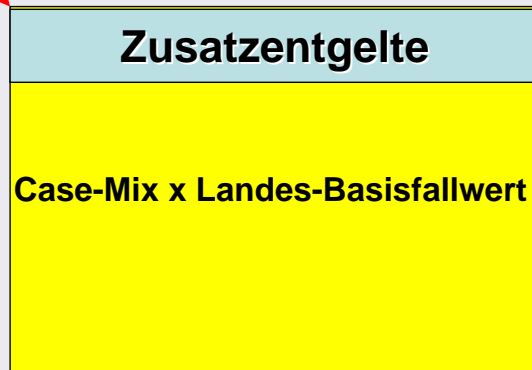
# DRG-Budget-Anpassung

## Krankenhausbudget



## Zielbudget

Delta bis 2009 anpassen



Folie 9

# DRG-Budget-Anpassung

## Krankenhausbudget



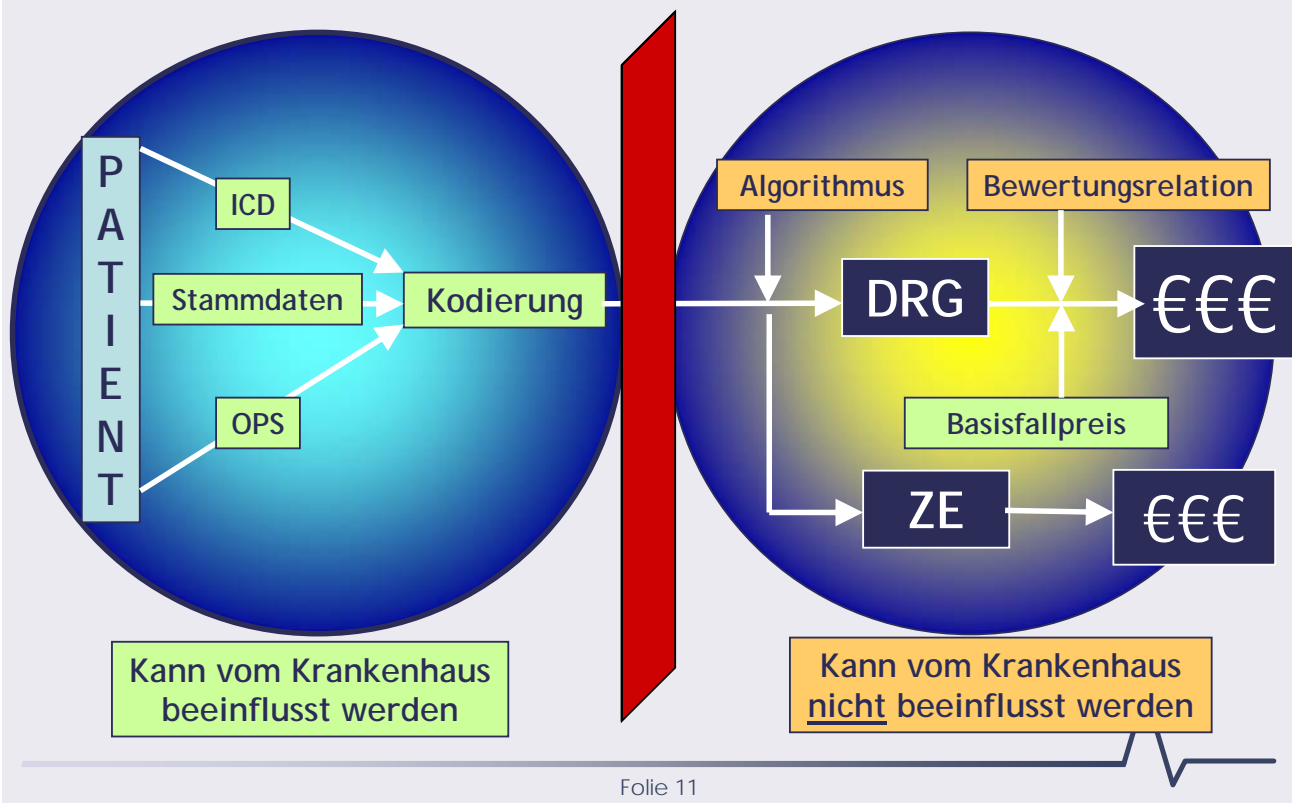
## Zielbudget

Delta bis 2009 anpassen



Folie 10

# Bedeutung der Klassifikationssysteme



Folie 11

## Stand heute

- Übernahme des australischen AR-DRG-Systems
- Seit dem 5 überarbeitete deutsche Versionen (inkl. 2007)
- Mehr DRGs, Mehr Zusatzentgelte, Mehr Komplexität
- Bessere Abbildung spezialisierter Leistungen
- ...aber, Ziel noch nicht erreicht!

Folie 12

## Von den AR-DRGs zu den G-DRGs

- Erhebliche Änderungen der DRG-Systematik
- Viele Konstrukte aus Australien wurden aufgegeben -> z.B. Hierarchisierung
- Viele neue Konstrukte in G-DRGs aufgenommen
- System ist gerechter, aber auch viel komplexer geworden
  - Teure Leistung -> hoher Erlös, günstige Leistung -> niedriger Erlös
  - Reduziert die Akzeptanz
  - Reduziert die Einsatzmöglichkeiten des Systems (z.B. Qualitätssicherung)
- Im internationalen Vergleich eines der hochwertigsten DRG-Systeme
  - Die Schweiz nutzt das G-DRG-System für die Entwicklung der Swiss-DRGs

Folie 13

## Umfang der G-DRGs

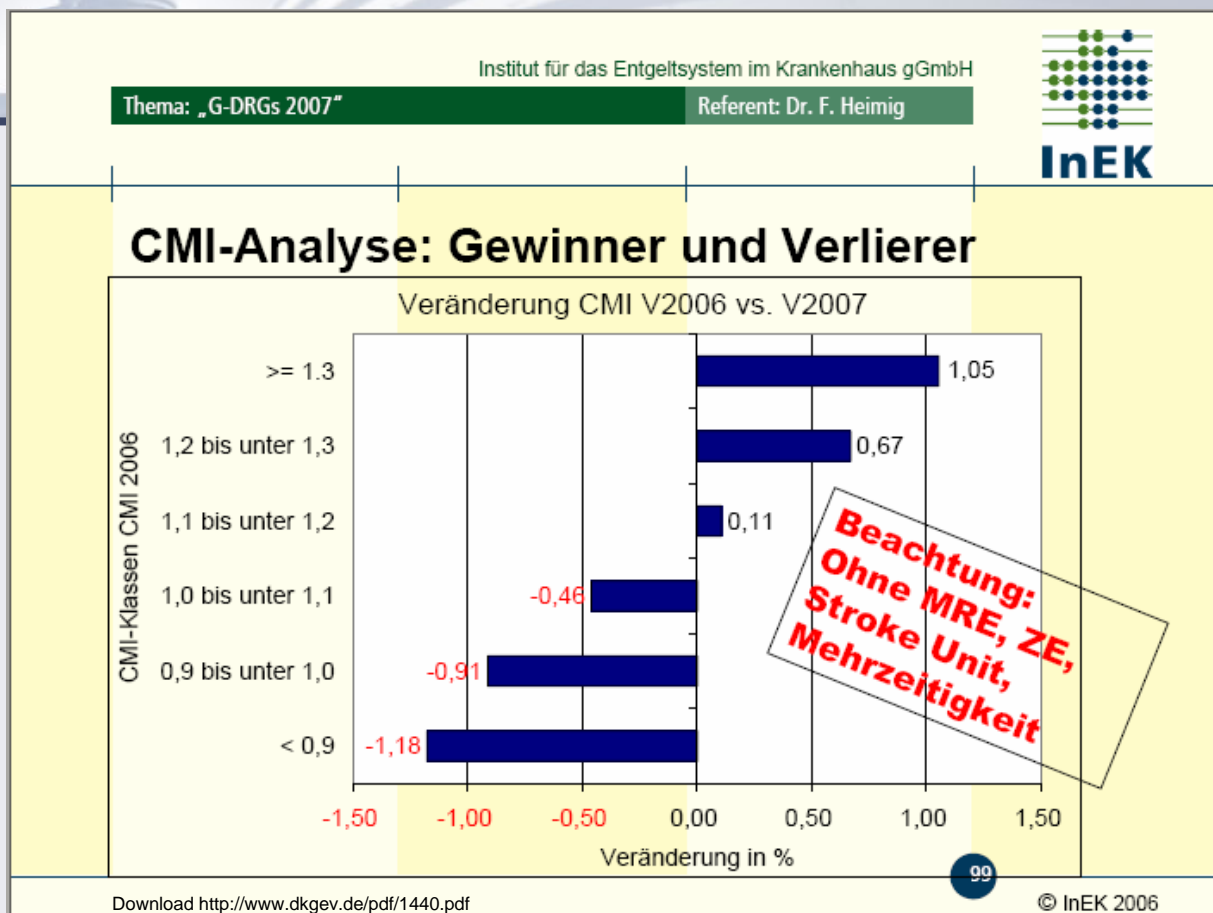
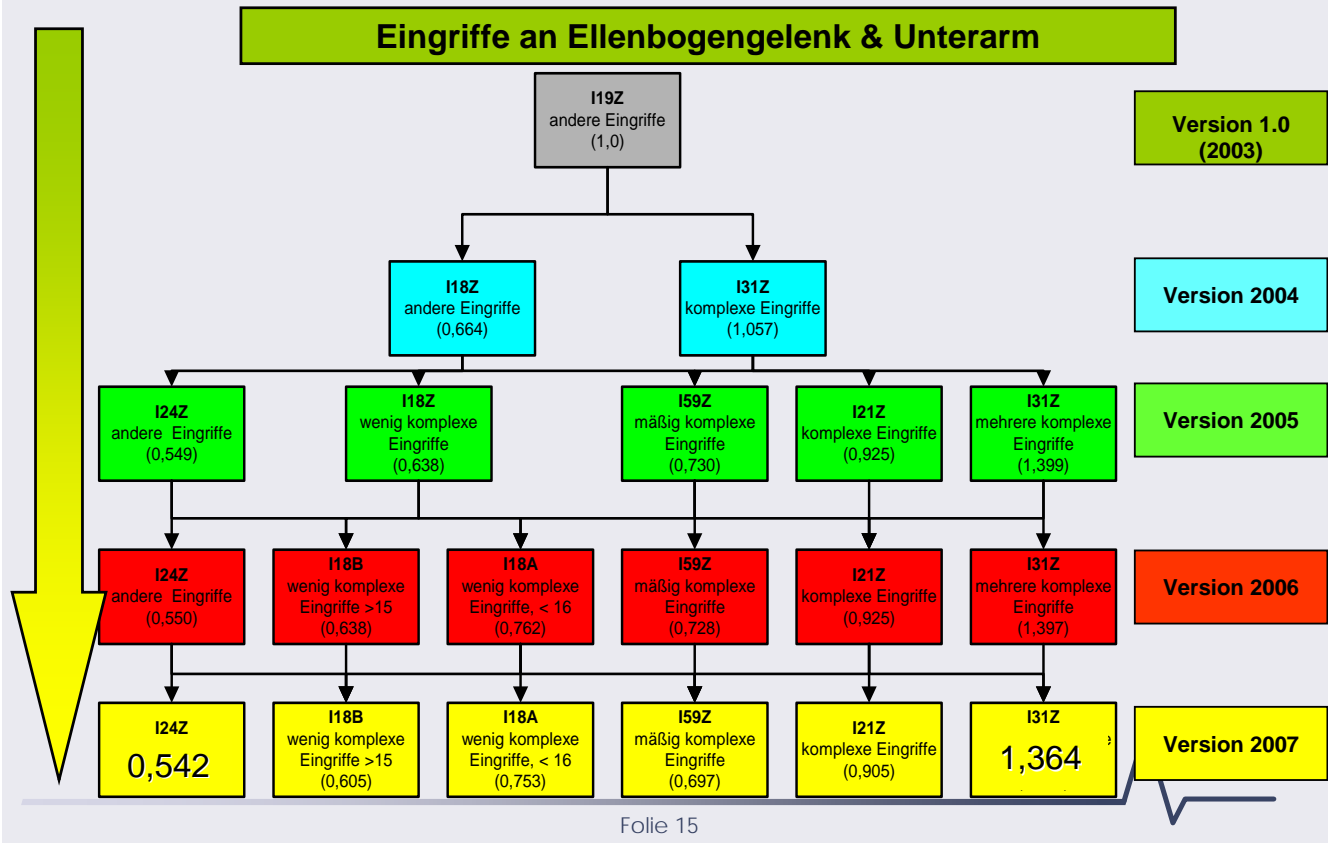
	2003	2004	2005	2006	2007
<b>G-DRGs gesamt</b>	<b>664</b>	<b>824</b>	<b>878</b>	<b>954</b>	<b>1082</b>
bewertet	642	806	845	913	1036
unbewertet	22	18	33	41	46
<b>Zusatzentgelte</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>71</b>	<b>82</b>	<b>105</b>
bewertet	0	1	35	40	59
unbewertet	0	25	36	42	46



Zunehmend bessere Leistungsabbildung

Folie 14

# Lernendes System



# Mehr Differenzierung = Mehr Vergütungsgerechtigkeit = Mehr Systemkomplexität

8-98

Sonstige multimodale Komplexbehandlung

8-980

Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

**Exkl.:** Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung  
Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

**Hinw.:** Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind in den Hinweisen für die Benutzung des OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Dieser Kode ist für Patienten ab dem vollendeten 14. Lebensjahr anzugeben

8-980.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-980.1	185 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.2	553 bis 1104 Aufwandspunkte
20	553 bis 828 Aufwandspunkte

Folie 17

## G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2007

### Prinzipielle Änderungen:

- Ausbau der Funktionen
  - Neu: Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
  - Neu: Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren
  - Neu: Prä-Transplantations-Aufenthalt
  - Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“ angepasst
- PCCL weiter relevant, kleine Änderungen der CCL-Matrix
- Ausbau des Partitions- und Basis-DRG-übergreifenden Abfragealgorithmus
- Mehr Ausnahmen von der Verlegungsregelung
- Mehr teilstationäre (unbewertete) DRGs (Anlage 3b)

Folie 18

## G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2007

### Wesentliche Änderungen:

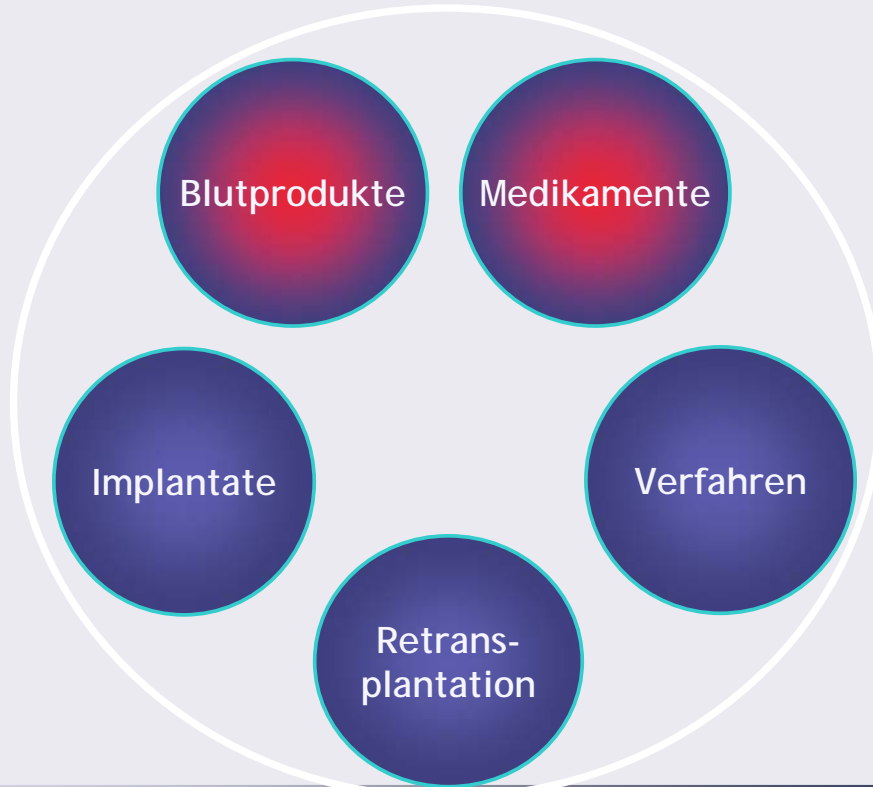
- **Erweiterte Berücksichtigung der intensivmedizinischen Aufwandspunkte**
  - neue (niedrigere) Grenzwerte
  - neue G-DRGs in MDCs 01 (Nervensystem), 04 (Atmungsorgane), 07 (Leber, Galle und Pankreas)
  
- **Einführung vieler neuer Alterssplitts zur Abbildung der Pädiatrie**
  
- **Berücksichtigung der neurologischen Komplexbehandlung auch bei operativen Fällen und Fällen mit Frührehabilitation (Basis-DRGs B39, B42 und B44)**

## G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2007

### Wesentliche Änderungen:

- **Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern in sieben neuen G-DRGs (E77A, F77Z, G77Z, K25Z, K77Z, L63A, T77Z) abgebildet**
  
- **Komplexe Vakuumbehandlung wird in zwei neuen G-DRGs (G35Z, I98Z) abgebildet**

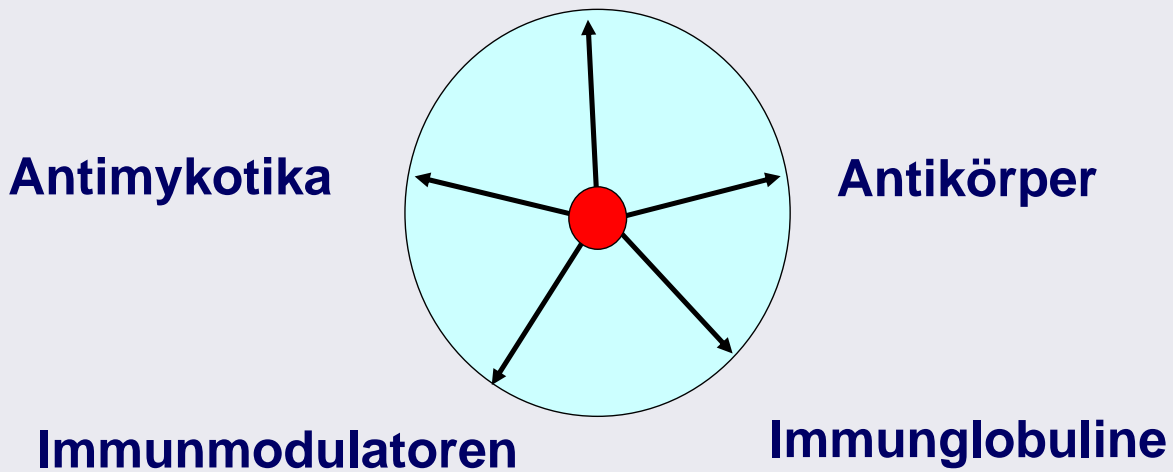
# Zusatzentgelte



Folie 21

# G-DRG-System 2007: Relevante Zusatzentgelte für Medikamente

## Zytostatika, parenteral



Folie 22

## Änderung des § 275 SGB V – Verdachtsabhängige Einzelfallprüfung

- Prüfeinleitungsfrist durch den MDK von 6 Wochen
- 100 Euro für jeden Fall ohne Minderung des Abrechnungsbetrags
- ➔ Stärkung der Stichprobenprüfung nach §17c KHEntgG
- ➔ Ende der verdachtsunabhängigen Prüfungen über § 275 SGB V !?

## Fazit

- DRG-Einführung läuft nach Plan (der allerdings mehrfach modifiziert werden musste)
- Hohe Qualität des DRG-Systems erreicht
- Standardleistungen weitgehend korrekt abgebildet
- Es verbleiben unzureichend abgebildete Bereiche
  - Spezialisierung weiterhin problematisch
  - Ausgeprägte Fallkomplexitäten schlecht abgebildet

## Ausblick – noch zu lösende Probleme

- Finanzierung der Maximalversorgung
- Finanzierung der flächendeckenden Versorgung
- Identifikation und Finanzierung von Qualität
- Sektorengrenzen und Schnittstellendefinitionen
  - Episodenfinanzierung bei chronischen Erkrankungen
  - Integrierte Versorgung
  - Definition und Finanzierung von teilstationärer und frührehabitativer Behandlung
  - Belegärztliche Versorgung

## Ordnungspolitischer Rahmen

- Festlegung bis spätestens 2008 (Koalitionsvertrag)
- Diskussionspunkte
  - DRG-Nutzung als Preissystem oder als Budgetermittlungsinstrument
  - Einheits-, Richt- oder Höchstpreise?
  - Bundeseinheitliche Basisfallwerte?
  - Wer finanziert was ? – Monistik?
  - Krankenhausplanung
  - Abbildung von Wahlleistungen

# Zukünftige Entwicklung ?



Medizincontrolling des Universitätsklinikums Münster - DRG-Research Group - Microsoft Internet Explorer

Adresse <http://drg.uni-muenster.de/>

## Medizincontrolling / DRG Research Group

Universitätsklinikum Münster  
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

English version | zurück

**Willkommen**  
SMC-Informationen  
DRG-Research-Group  
DRG-Evaluationsprojekte  
Kodierung  
DRG-Informationen  
Behandlungspfade  
WebGroupers  
Diskussionsforum  
Service  
Kontakt

**Willkommen beim Medizincontrolling und der DRG-Research-Group!**

Hier finden Sie Informationen rund um **Diagnosis Related Groups** und **Medizincontrolling**.

Wir bieten Ihnen aktuell Informationen zum Thema DRGs mit Hinweisen zu [Inhalten](#), [Vorgehensweisen](#) und [Quellen](#). Unsere [Diagnosen-](#) und [Prozedurenbrowser](#) unterstützen Sie bei der Suche nach den passenden Codes. Neu haben wir hier zahlreiche Zusatzinformationen und Querverweise integriert. Der verbesserte [DRG-Browser](#) erlaubt einen vertieften Einblick in die DRG-Systematik und wird jetzt von einem Katalog von etwa 20 000 Beispielfällen begleitet, welcher fast alle DRGs abdeckt. Mit unserem [WebGroupers](#) haben Sie die Möglichkeit, eigene klinische Fälle auf der Basis der neuesten, vom DIMDI freigegebenen Überleitungstabelle in Verbindung mit der von der Selbstverwaltung zur Verfügung gestellten Mappingtabelle OPS Version 1.1 -> MBS Extended zu gruppieren und so vertiefte Einblicke in den Gruppierungsprozess zu erhalten. Der [ZIKS Rechner](#) demonstriert, wie der Gesamt-Patientenschweregrad aus den einzelnen Schweregraden der Diagnosen berechnet wird. Für die australische Gruppierungssoftware DRGGroup von Visasys bieten wir eine [deutsche Oberfläche](#) zum downloaden.

**News** (aktuelle News siehe auch [myDRG](#))

- 02.02.2004 [Webgroupers G-DRG 2004](#) ist online! Weitere Informationen zum Webgroupers finden Sie [hier](#).
- 01.02.2004 Neue ICD-/OPS-/G-DRG 2004 Kataloge für [PDA](#).
- 26.01.2004 Aktualisierung des [Diagnosen-](#) und [Prozedurenbrowser](#)s und des [Webgroupers](#) mit weiteren [Informationen](#).
- 01.12.2003 [WEB-Groupers G-DRG 2003/2004](#) ist online.
- 09.11.2003 Buch "[Casemix in der Praxis](#)" erschienen
- 01.10.2003 DRG-Evaluationsprojekt [Gastroenterologie](#) publiziert
- 10.09.2003 [DRG-Evaluationsprojekte](#) publiziert
- 09.09.2003 Zusammenfassung der [Veränderungen der ICD-10-GM 2004 - und OPS-301 2004 - Kataloge](#) gegenüber den Vorgängerversionen [hier](#) abrufbar.
- 14.08.2003 DRG-Evaluationsprojekt [Orthopädie / Unfallchirurgie](#) publiziert
- 11.06.2003 Gutachten der DRG-Research-Group zur [Anpassung des G-DRG Systems für 2004](#) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft [Download](#)
- 03.04.2003 Kostenlose Demoversion des zertifizierten [G-DRG Groupers](#) der GEOS mbH. Registrierung und Download unter: <http://www.getdrg.de/Register.htm>
- 21.03.2003 Kostenlose Demoversion des zertifizierten [G-DRG Groupers](#) der Firma Medisite: [Download](#) (51 MB)  
Die Nutzung dieser Demoversion erfordert eine kostenlose Registrierung unter <http://www.drg-pro.de/register>
- 20.03.2003 [Kodierleitfaden Nephrologie](#)

© Februar 2004. [Sebastian Irgs](#), PD Dr. [Norbert Roeder](#) (Stabsstelle für Medizinisches Controlling), Dr. [Marcel Lucas Müller](#) (Universitäts-Hautklinik Freiburg i. Br.), Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Alle Angaben ohne Gewähr. Stand: 02.02.2004. Für die Inhalte der über Links verbundenen Seiten tragen die jeweiligen Inhaber die Verantwortung.

Folie 28