

# G-DRG: Was prägt die aktuelle Weiterentwicklung?

Drei-Länder-Treffen CH, D, A

Bern, 19./20. April 2018

Christian Jacobs, Abteilungsleiter Medizin, InEK GmbH

# Weiterentwicklung G-DRG

## Agenda

- **Umgang mit Sachkosten in der DRG-Kalkulation**
- Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe
- Verbesserte Abbildung der Pflege

# Sachkosten in der DRG-Kalkulation

## Gesetzlicher Auftrag

gemäß § 17b Absatz 1 Satz 6 KHG:

- „Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum **Abbau vorhandener Übervergütung** zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts bis spätestens zum 30. Juni 2016 **sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen** zu vereinbaren; die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems **für das Jahr 2017** durchzuführen.“

# Sachkosten in der DRG-Kalkulation

## Grundlagen

- Sachkosten in der Kostenmatrix identifizierbar als Kosten für
  - Medikamente (Kostenartengruppe 4a, 4b)
  - Implantate (Kostenartengruppe 5)
  - Medizinischen Sachbedarf (Kostenartengruppe 6a, 6b)
  - Anteil an allen Kosten in der Kalkulation ca. 21%
- Übrige Sachkosten der Krankenhäuser z.B. für Lebensmittel, Energie, Wasser, Instandhaltung, etc. werden als „Infrastruktur“ gebucht
- Anteil aller Sachkosten laut Statistischem Bundesamt ca. 39%

# Sachkosten in der DRG-Kalkulation

## Kalkulation am Beispiel minim. inv. Klappe (F98B) bislang

	Personalkosten			Sachkosten					Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
Normalstation	545,98	1.033,09	46,78	70,57	5,71		69,04	8,91	319,64	840,43
Intensivstation	451,51	909,50	14,11	68,48	14,81		161,72	0,91	202,44	461,51
OP-Bereich	216,38		184,71	24,07	0,57	4.160,12	200,13	103,77	92,15	156,86
Anästhesie	262,70		164,84	25,42	2,20		81,49	1,83	44,92	74,00
Kardiologie	361,21		366,39	28,73	1,58	13.967,93	140,35	1.021,16	166,11	281,18
Endoskopie	2,28		2,67	0,09	0,01	0,03	0,95	1,14	1,18	1,86
Radiologie	98,63		85,79	1,97	0,57	10,66	17,56	22,13	39,13	56,91
Laboratorien	20,55		107,30	6,23	52,01		92,15	52,00	15,46	45,17
übr. diagnost. Bereiche	128,93	2,26	140,50	1,48	0,20		9,78	10,68	34,59	69,50
<b>Summe</b>	<b>2.088,17</b>	<b>1.944,85</b>	<b>1.113,09</b>	<b>227,04</b>	<b>77,66</b>	<b>18.138,74</b>	<b>773,17</b>	<b>1.222,53</b>	<b>915,62</b>	<b>1.987,42</b>
	<b>5.146,11</b>			<b>20.439,14</b>					<b>2.903,04</b>	

Dividiert durch Bezugsgröße 2.935,57 €

$$9,705 = 1,753 + 6,963 + 0,989$$

5

# Sachkosten in der DRG-Kalkulation

## Skalierung der Bewertungsrelationen

Grundsätzliche Vorgehensweise:

- Berechne die Bewertungsrelation als Summe zweier Bewertungsrelationen aus den jeweils relevanten Kostenarten
- Für Sachkosten der Kostenarten 4a, 4b, 5, 6a und 6b verwende einen geeigneten\* Korrekturfaktor (der zwischen Bezugsgröße und Bundesbasisfallwert liegt)
- Für Personalkosten und Infrastrukturkosten verwende eine adjustierte Bezugsgröße (Korrekturwert) so, dass aus der Skalierung ein **reiner Umverteilungseffekt** resultiert

\* Vorgabe „Sachkostenkorrektur“: 2017 = 50%, 2018 = 60%

# Sachkosten in der DRG-Kalkulation

## Skalierung der Bewertungsrelationen (2018)

Die für die Katalog-Berechnung verwendeten Größen der Sachkostenkorrektur führen im Ergebnis zu einer

- Absenkung der Sachkosten\* von durchschnittlich **6,99%**
- daraus resultierenden **Personalkostenaufwertung** von durchschnittlich **+1,86%**
- daraus resultierenden **Aufwertung der Infrastrukturkosten** von durchschnittlich **+1,86%**

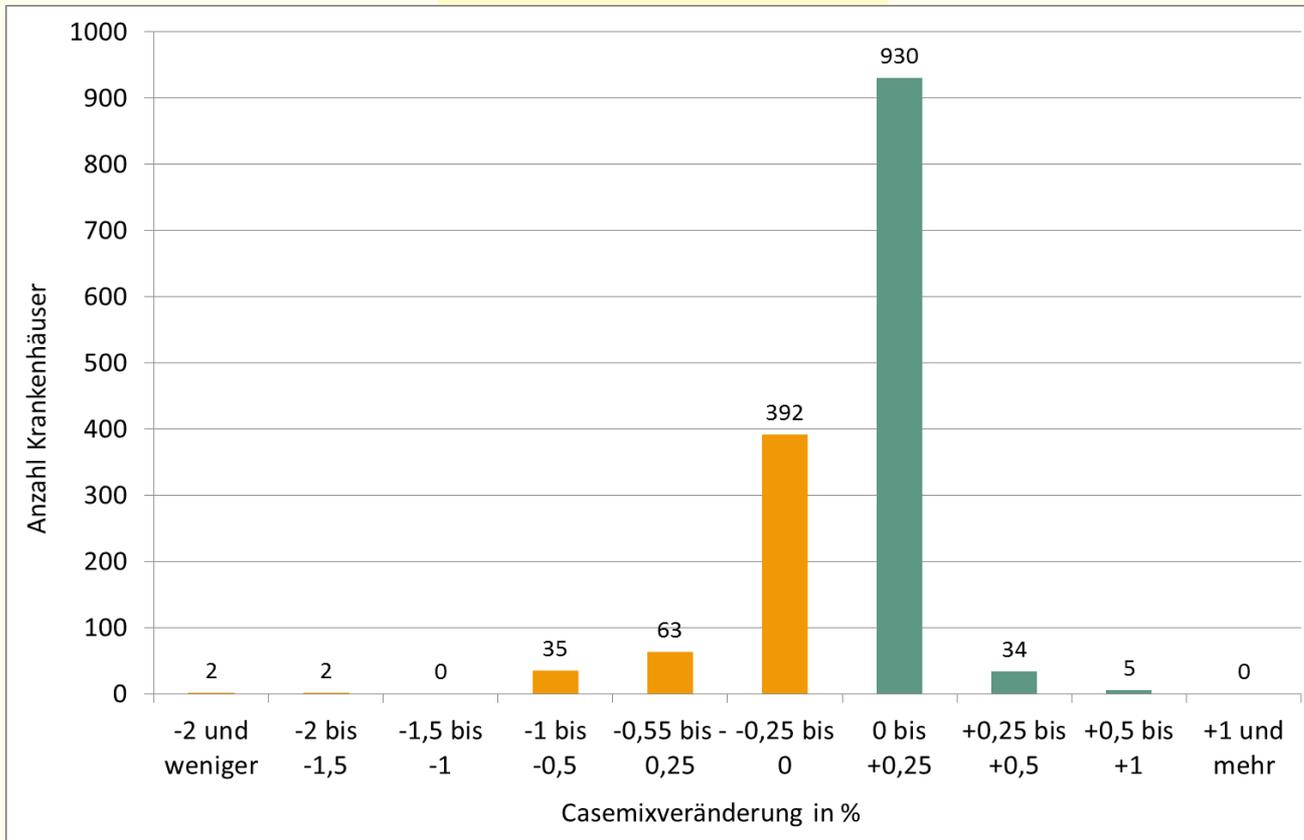
# Sachkosten in der DRG-Kalkulation

Beispiel: Vergleich Sachkostenkorrektur – F98B und P67E

- DRG F98B *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen (...)*  
(Sachkostenanteil ca. 68%)
  - Bewertungsrelation alte Berechnung = 8,520
  - Bewertungsrelation mit SKK\* = 8,164 (-4,17%)
  
- DRG P67E *Gesundes Neugeborenes (...)*  
(Sachkostenanteil ca. 6%)
  - Bewertungsrelation alte Berechnung = 0,249
  - Bewertungsrelation mit SKK\* = 0,252 (+1,20%)

# Sachkosten in der DRG-Kalkulation

## Casemix-Veränderung bzgl. G-DRG-System 2018, KH-Ebene



**Positive Veränderung**  
bei 66% der KH (entspricht 66% der Fälle)

# Weiterentwicklung G-DRG

## Agenda

- Umgang mit Sachkosten in der DRG-Kalkulation
- **Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe**
- Verbesserte Abbildung der Pflege

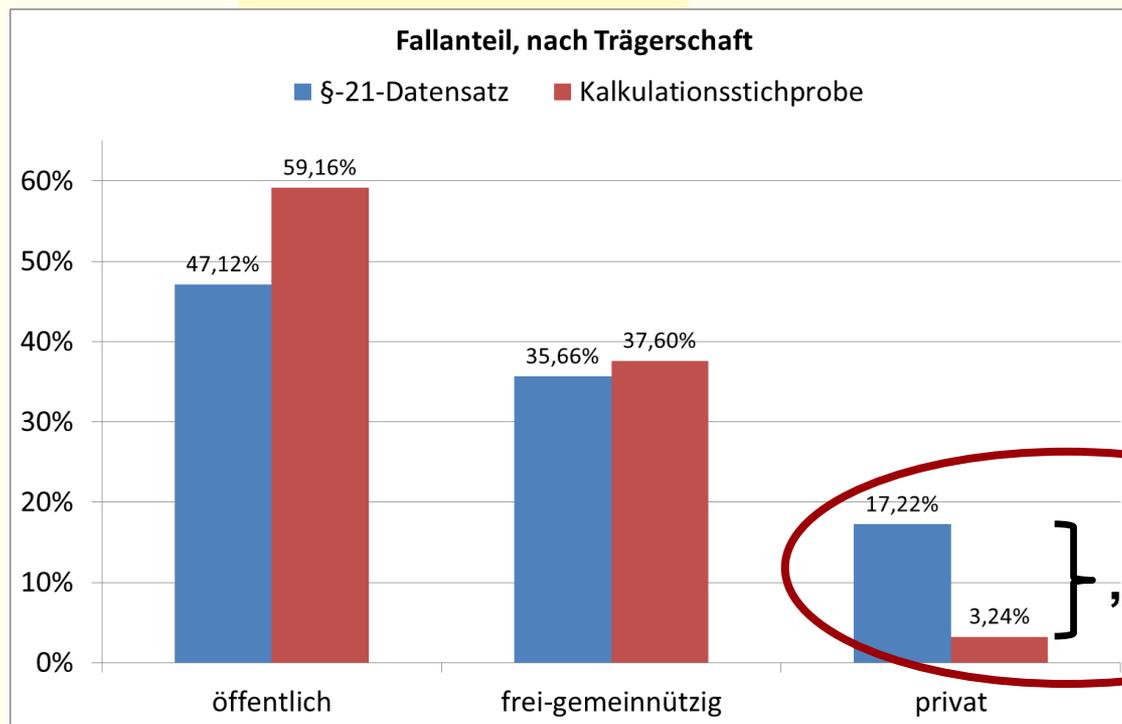
# Repräsentativität der Stichprobe

## Gesetzlicher Auftrag

- Gesetzlicher Auftrag zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation (§ 17b Absatz 3 Satz 6 KHG)
- Hierzu Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vom 02.09.2016
- Maßstab zur Bewertung der „Repräsentativität“ der Kalkulationsstichprobe ist die Zusammensetzung der Grundgesamtheit (§-21-Datensatz) bzgl. bestimmter Struktur- und Leistungsmerkmale
- Für die erste Ziehung relevante Bewertungsmerkmale: „Trägerschaft“ und „Leistungsbereiche“

# Repräsentativität der Stichprobe

## Repräsentativität bzgl. Merkmal „Trägerschaft“



# Repräsentativität der Stichprobe

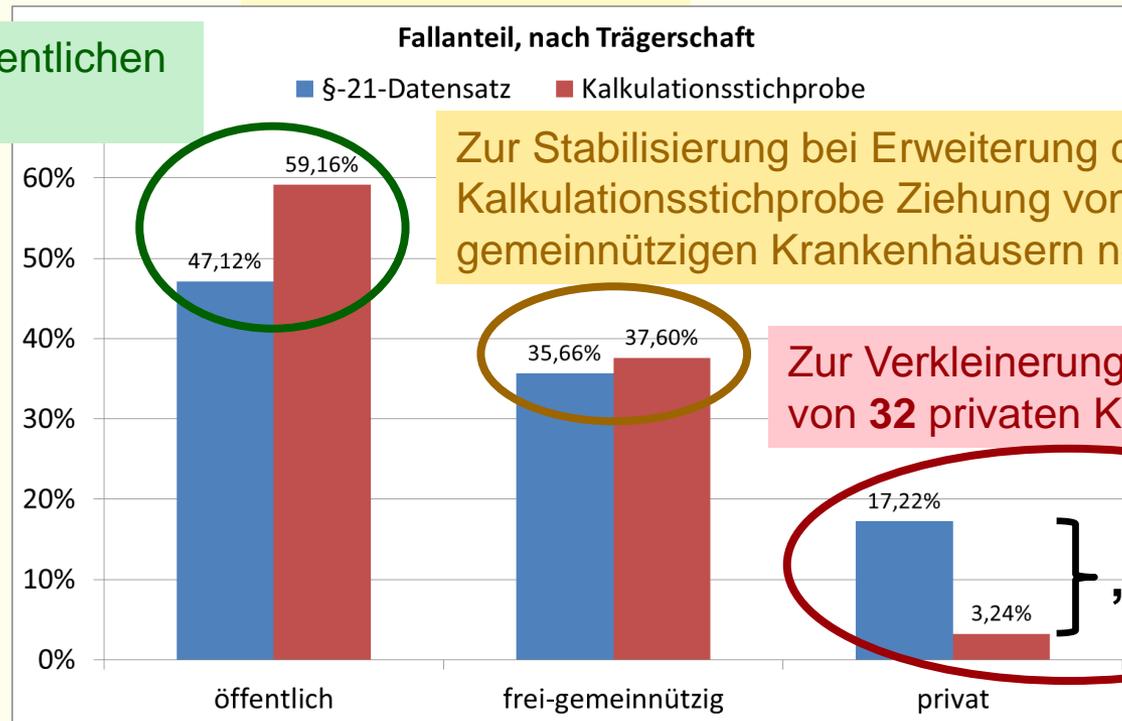
## Konzept

- Freiwillige Kalkulationsteilnahme bleibt grundsätzlich auch zukünftig erhalten
- Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation durch ergänzende verpflichtende Kalkulationsteilnahme 40 weiterer Krankenhäuser mit hohem Verbesserungsbeitrag
- Zufallsbedingter dynamischer Auswahlprozess
  - Keine bewusste Auswahl von Krankenhäusern
  - Auswahl unter fortwährender Berücksichtigung der Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich der betrachteten Merkmale

# Repräsentativität der Stichprobe

## Repräsentativität bzgl. Merkmal „Trägerschaft“

Kein Bedarf an öffentlichen Krankenhäusern



Zur Stabilisierung bei Erweiterung der Kalkulationsstichprobe Ziehung von **8** freigemeinnützigen Krankenhäusern notwendig

Zur Verkleinerung der „Lücke“ Ziehung von **32** privaten Krankenhäusern

} „Lücke“

# Repräsentativität der Stichprobe

## Repräsentativität bzgl. Merkmal „Leistungsbereiche“

- Die „Leistungsbereiche“ definieren sich vorrangig über DRGs
- Kostenkalkulation soll durch die Hauptleistungserbringer (= Krankenhäuser mit den höheren Fallzahlen) getragen werden ⇒ robustere und stabilere Kalkulationsergebnisse
- Für jeden „Leistungsbereich“ wird geprüft, ob dieser hinsichtlich der Hauptleistungserbringer in der Kalkulationsstichprobe unterrepräsentiert ist
- Priorisierung der unterrepräsentierten „Leistungsbereiche“ nach Casemix-, Fallzahl- und Systemrelevanz, um bestmögliche Verbesserung der Repräsentativität zu erreichen

# Repräsentativität der Stichprobe

## Auswahlprozess – „Dynamik und Zufall“

- In jeder Ziehungsrunde befinden sich in der Lostrommel die 50 Krankenhäuser, die am meisten bei der Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe helfen können (= Top 50 des aktuellen Rankings)
- Pro Ziehungsrunde wird genau ein Krankenhaus ausgelost und neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen
- Danach Aktualisierung des Rankings und erneute Ziehung
- Ziehung am 31.10.2016 :  
152 Krankenhäuser waren insgesamt „im Topf“, also Ziehung von „40 aus 152“, nicht etwa von „40 aus 50“

# Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation

Sachstand 9/2017

- 40 Krankenhäuser wurden am 31.10.2016 gezogen
- 17 Krankenhäuser haben gar keine Daten geliefert (Rechnungen für Sanktionszahlung Ende Mai versandt)
- 14 Krankenhäuser mit vereinfachter Datenlieferung
- 8 Krankenhäuser mit fallbezogener Probekalkulation
- 1 Krankenhaus mit vereinfachter Datenlieferung **und** fallbezogener Probekalkulation als Testlauf zur Vorbereitung

# Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe

## Sachstand 2018

- Erste Ziehung am 31.10.2016: Entgeltbereich ‚DRG‘
  - 40 Häuser Entgeltbereich ‚DRG‘
  - Lieferung von 2017 (für DJ 2016) bis 2021 (für DJ 2020)
- Zweite Ziehung am 22.09.2017: alle Kalkulationsbereiche
  - 20 Häuser Entgeltbereich ‚DRG‘
  - 20 Häuser Entgeltbereich ‚PSY‘
  - 40 Häuser Kalkulation Investitionsbewertungsrelationen
  - Lieferung von 2018 (für DJ 2017) bis 2022 (für DJ 2021)
- 9 Häuser haben Rechtsweg beschränkt

# Weiterentwicklung G-DRG

## Agenda

- Umgang mit Sachkosten in der DRG-Kalkulation
- Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe
- **Verbesserte Abbildung der Pflege**

GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG – BERLIN, 20.10.2017

## Selbstverwaltung beschließt Krankenhausentgeltkataloge 2018 – Pflege im Krankenhaus wird gestärkt

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Privaten Krankenversicherung

### Krankenhäuser mit vielen pflegebedürftigen Patienten profitieren

Die Weiterentwicklung des DRG-Systems setzt im nächsten Jahr vor allem bei einer sachgerechten Abbildung des Pflegebedarfs im Krankenhaus an. Für Patienten mit höheren Pflegegraden (ab Grad 3 bei mindestens fünftägigem Aufenthalt) können Krankenhäuser künftig eins von zwei Zusatzentgelten abrechnen. Mit dieser besseren Verteilung des Finanzvolumens wird der höhere Versorgungsaufwand der Krankenhäuser für schwer pflegebedürftige Patienten berücksichtigt.

Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes: „Es ist gut, dass es der Selbstverwaltung gelungen ist, das Geld dorthin zu leiten, wo besonderer Pflegebedarf besteht.“

Der DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum erklärt: „Die Stärkung der Pflege steht in diesem Jahr zentral im Mittelpunkt. Neben den schon bestehenden Maßnahmen wie der Umverteilung von Sachkosten zu Personalkosten in den Bewertungsrelationen der DRGs, dem Pflegezuschlag, dem Pflegestellenförderprogramm sowie dem Pflegekomplexmaßnahmen Score (PKMS) sind die Zusatzentgelte zur Abbildung des Pflegeaufwandes ein weiteres wichtiges Instrument, um dies zu erreichen.“

## Abbildung der Pflege Im G-DRG-System bisher

Vielfältige Aspekte und Herangehensweisen, um die Pflege im G-DRG-System sachgerecht abzubilden, **methodisch** z.B. über:

- Volle Berücksichtigung der Pflegekosten bei der Kalkulation der Fallpauschalen (z.B. in Kostenartengruppe 2 Pflegepersonal)
- Verbesserung der Vergütung der Pflege durch die Sachkostenkorrektur
  - Steigerung der Vergütung für Personal- und Infrastrukturkosten um +1,31% (2017) bzw. +1,86% (2018)

# Abbildung der Pflege

## Im G-DRG-System bisher (II)

Vielfältige Aspekte und Herangehensweisen, um die Pflege im G-DRG-System sachgerecht abzubilden, **klassifikatorisch** z.B. über:

- Zusatzentgelte z.B. für hochaufwendige Pflege (PKMS\*) und palliativmedizinische Komplexbehandlung, gestaffelt nach Aufwandspunkteklassen bzw. der Behandlungsdauer
- Kontinuierliche Anpassungen der CCL-Matrix
- Etablierung des Splitkriteriums „aufwendige Behandlungen“ (z.B. SAPS, PKMS, Komplexbehandlungen Epilepsie, Parkinson, MRE...)

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

In G-DRG ein Instrument mit dreifacher Funktion

- Kostenkalkulation der Krankenhäuser:
  - Zuordnung hoher Pflegekosten / Tag zu den tatsächlich höchstaufwändigen Fällen (PPR A4)
- Weiterentwicklung des Entgeltsystems im InEK:
  - Leistungsattribut für aufwändige Fälle
    - Kalkulation Zusatzentgelt
- Im Abrechnungsjahr dann:
  - Auslöser einer relevanten zusätzlichen Vergütung

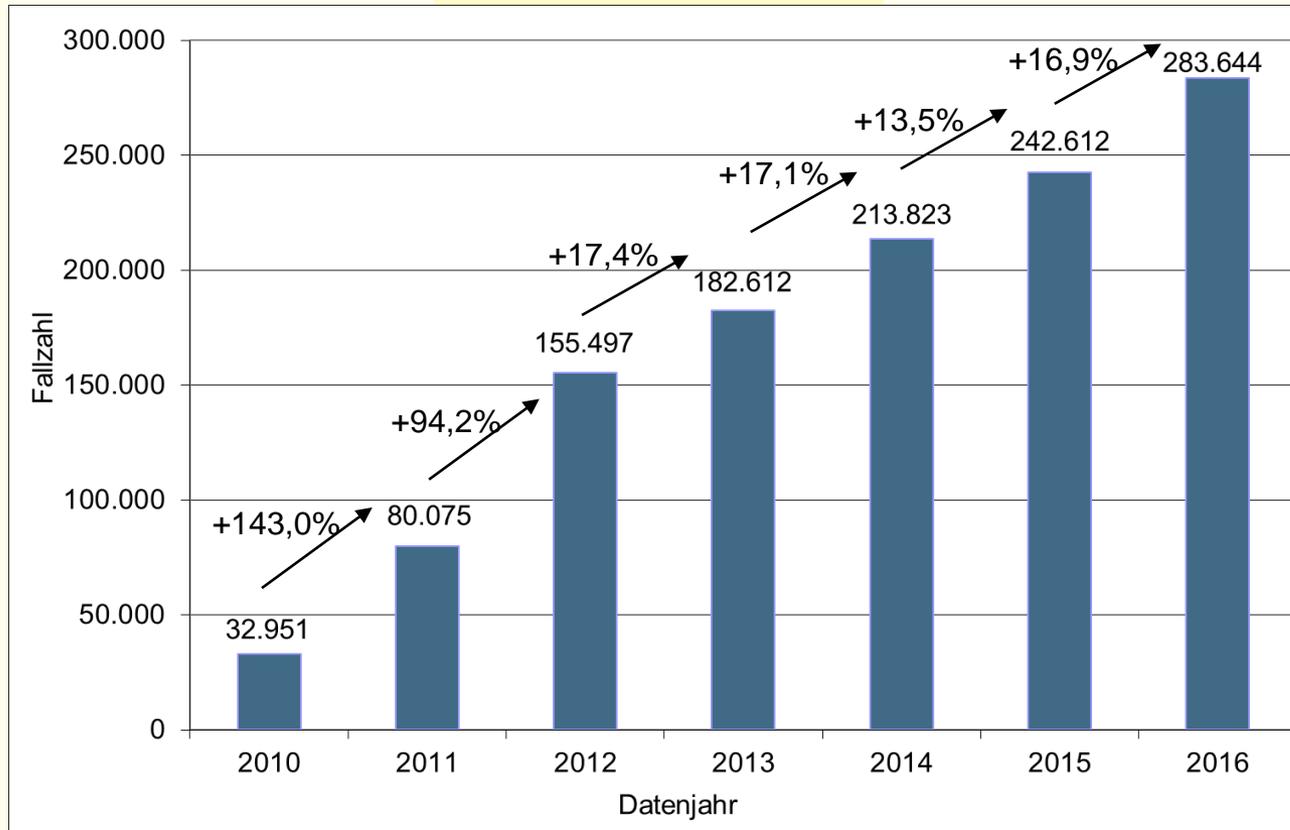
# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Entwicklung Zusatzentgelt

Zusatzentgelt		Betrag in Euro						Diff. zum Vorjahr 2017 vs. 2018	
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Absolut (in Euro)	Relativ (in %)
<b>ZE130.01</b>	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 129 Aufwandspunkte	1.111	1.117	1.092	1.058	1.004	1.004	0	0,0%
<b>ZE130.02</b>	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: Mehr als 129 Aufwandspunkte	2.230	2.278	2.236	2.342	2.347	2.457	110	4,7%
<b>ZE131.01</b>	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen: 37 bis 100 Aufwandspunkte	2.538	2.607	2.680	2.791	2.712	3.336	624	23,0%
<b>ZE131.02</b>	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen: Mehr als 100 Aufwandspunkte	4.833	4.949	5.033	4.724	5.382	6.590	1.208	22,4%

# Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

## Entwicklung Fallzahl §-21-Daten (alle PKMS-Kodes)



# Anpassung der Kalkulationsvorgaben

## InEK-Kostenmatrix mit neuer Kostenstelle „Aufnahme“

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation											
2 Intensivstation											
3 Dialyse											
4 OP-Bereich											
5 Anästhesie											
6 Kardiologie											
7 Kreißsaal											
8 Endoskopie											
9 Radiologie											
10 Laboratorien											
11 Diagnostische Bereiche											
12 Therapeutische Verfahren											
13 Patientenaufnahme											

**Kosten Pflegedienst Aufnahme(station) zukünftig abgrenzbar**

# Abbildung der Pflege

## Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen

- Erstmalig im Datenjahr 2016 kann im Entgeltbereich „DRG“ die Pflegebedürftigkeit nach **Pflegestufen** (§§ 14, 15 SGB XI) kodiert werden:

OPS 2016	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach ...
9-984.0	Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)
9-984.1	Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)
9-984.2	Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)
9-984.3	Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall)
9-984.4	Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe
9-984.5	Pflegestufe 0

# Abbildung der Pflege

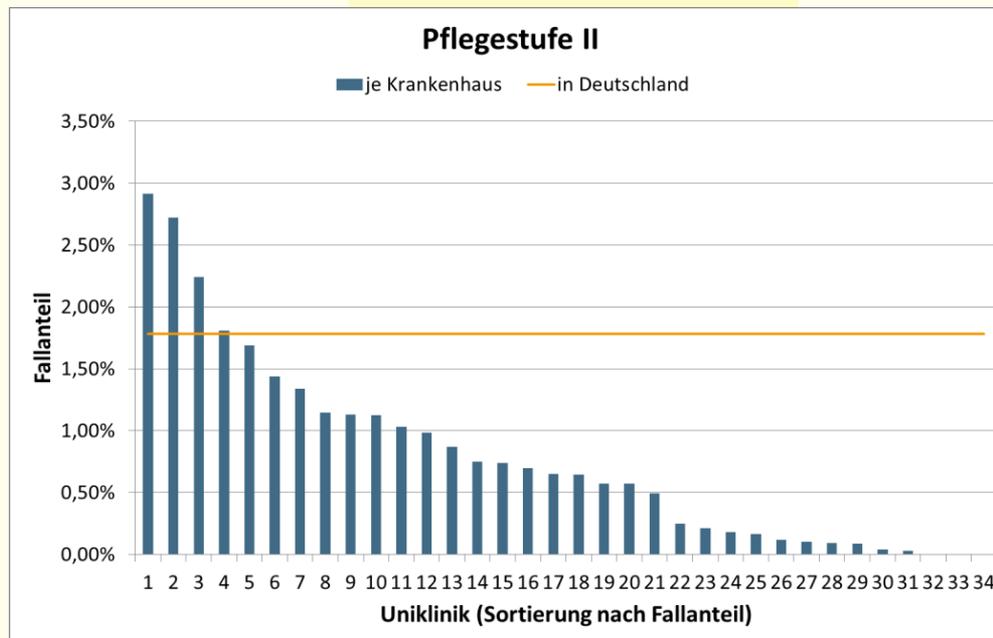
## Pflegebedürftigkeit – Datengrundlage (I)

- Die OPS-Kodes 9-984.- *Pflegebedürftigkeit* wurden im Datenjahr 2016 erstmals im Entgeltbereich „DRG“ erfasst. Folglich sind sie im G-DRG-System bislang nicht gruppierungsrelevant
- Die Erfassungsquoten dieser Codes sind offenbar noch sehr unterschiedlich (siehe Beispiel auf folgender Folie)
- Unterjährig zeigt sich im Datenjahr 2016 ein deutlicher Fallzahlenanstieg

# Abbildung der Pflege

## Pflegebedürftigkeit – Datengrundlage (II)

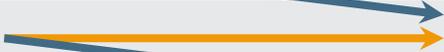
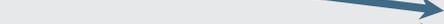
- Bspw. bei den Unikliniken zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Erfassung der Pflegebedürftigkeit (hier: Pflegestufe II)



# Abbildung der Pflege

## Pflegegrade ab 2017 – Überleitungsproblematik

Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade in Abhängigkeit, ob bei Person eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt:

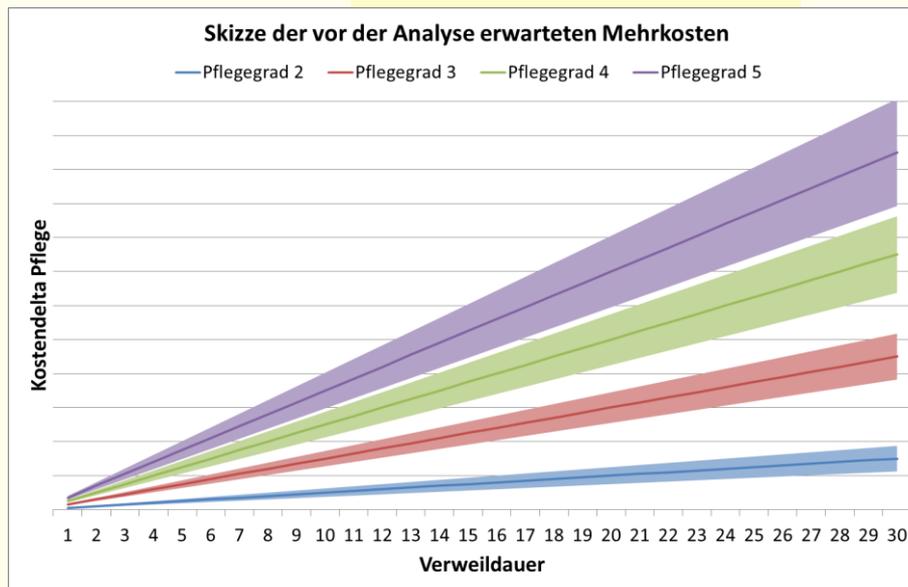
bis 2016	Überleitung	ab 2017
Pflegestufe 0		Pflegegrad 1
Pflegestufe I	 	Pflegegrad 2
Pflegestufe II	 	Pflegegrad 3
Pflegestufe III	 	Pflegegrad 4
Pflegestufe III (H)		Pflegegrad 5

**Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)**

**Person ohne eingeschränkte Alltagskompetenz**

# Abbildung der Pflege

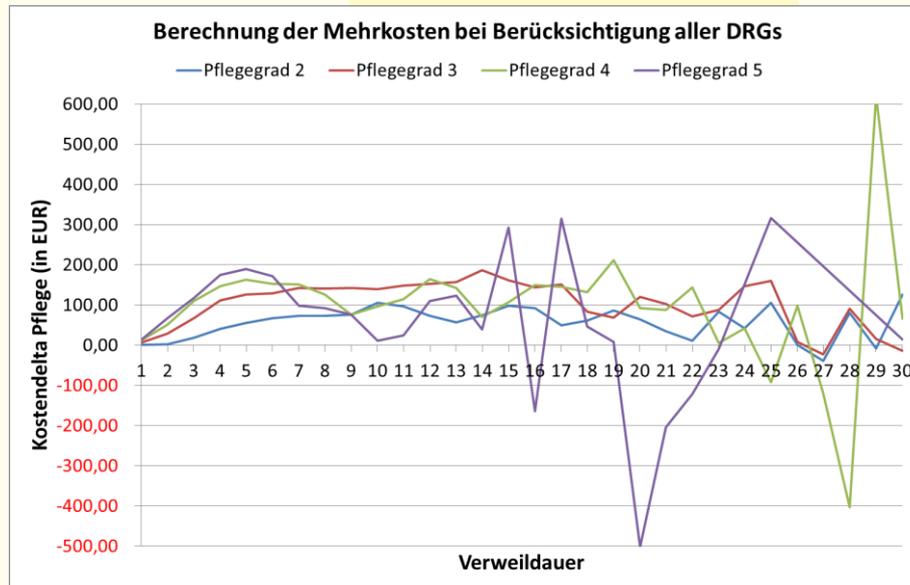
## Analyse der Mehrkosten der Pflegebedürftigkeit (II)



- A priori ist zu erwarten, dass die Mehrkosten der Pflege sowohl mit zunehmendem Pflegegrad als auch mit der Verweildauer steigen

# Abbildung der Pflege

## Analyse der Mehrkosten der Pflegebedürftigkeit (III)



**Datengrundlage:**  
**Vollstationäre**  
**Kalkulationsfälle in**  
**bewerteten DRGs mit**  
**Pflegekosten im**  
**Datenjahr 2016, bereinigt**  
**um Ausreißer**

- Im Datenjahr 2016 große Unterschiede zur A-priori-Erwartung!  
*Anmerkung:* Die zum Teil hohen Ausschläge sind auf die schwache Datengrundlage zurückzuführen

# Abbildung der Pflege

## Neue Zusatzentgelte für Pflegebedürftigkeit

- Etablierung zweier neuer **DRG-abhängiger** Zusatzentgelte für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer (VWD) von mindestens 5 Tagen:
  - ZE162 *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1): **107,14 €***
  - ZE163 *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2): **219,56 €***
- Abrechnungsrelevant wird damit erstmals ein im Sozialrecht bereits etablierter (und „schon MDK-geprüfter“) Parameter

MDK = medizinischer Dienst der Krankenkassen; Rechnungsprüfung

# Abbildung der Pflege

## Zusammenfassung und Ausblick

- Erstmalige Berücksichtigung der Pflegestufen/Pflegegrade um Entgeltsystem
- Darüber hinaus zusätzliche klassifikatorische Weiterentwicklung der Abbildung der Pflege im G-DRG-System
- Positive Auswirkung auf die Vergütung der Pflege durch höheren Umsetzungsgrad der Sachkostenkorrektur
- In 2018 erneute Überprüfung aller Aspekte zur Abbildung der Pflege bei dann voraussichtlich besserer Datengrundlage
- Neue Herausforderungen durch Gesetzgeber / Koalitionsvertrag

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**