

DRG und Onkologie 2005

18. Februar 2005 in Berlin

Das 2. Fallpauschalen- Änderungs-Gesetz

Referent:

Karl Heinz Tuschen

Bundesministerium für
Gesundheit und Soziale Sicherung

DRG-Einführung

Was bedeutet „lernendes System“?

- ❖ Jährliche Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Katalogs und der Zusatzentgelte, d. h. jährliche Kalkulation.
- ❖ Als Grundlage dazu => jährliches Vorschlagsverfahren beim DRG-Institut (InEK) und beim DIMDI zur Weiterentwicklung
 - der ICD-Diagnosen-Klassifikation,
 - der OPS-Prozeduren-Klassifikation
- ❖ Jährliche Weiterentwicklung der Abrechnungsregeln
- ❖ Weiterentwicklung der gesetzlichen Vorgaben
 - 1. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.07.2003,
 - 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15. Dezember 2004,
 - Ersatzvornahmen durch Rechtsverordnungen.

Stand der DRG-Einführung

- ❖ Über 1.600 Krankenhäuser rechnen DRG ab (rd. 88 %).
- ❖ Vergütungs-Kataloge 2005
 - Der Fallpauschalen-Katalog ist nach der zweiten Anpassung an deutsche Strukturen wesentlich weiter entwickelt. Verringerung des Kompressionseffektes.
 - Ausweitung der Zusatzentgelte, insbesondere für Medikamente und Implantate.
- ❖ Abrechnungsregeln 2005
 - Die Selbstverwaltungspartner haben die Regeln der KFPV 2004 weitestgehend übernommen und in einigen Punkten verfeinert.

Entgeltkataloge 2005

- ❖ Kompressionseffekt verringert. Struktur stark verändert.
- ❖ Verbesserung der Vergütungen bei Leistungen der Maximalversorgung und bei einigen problematischen Fachgebieten durch
 - verbesserte Kalkulation: z. B. Organtransplantationen, Onkologie, Neonatologie, Intensivbehandlung, Mehrfacheingriffe,
 - erhöhte Vergütungen für Langlieger bei 146 DRG,
 - Ausnahmen vom Verlegungsabschlag bei teureren Verlegungsfällen,
 - Einführung von 71 Zusatzentgelten, insbes. für teure Arzneimitteltherapien in der Onkologie.

Zusatzentgelte

❖ Zusatzentgelte

- bringen kein zusätzliches Geld, soweit die Leistung bereits bisher im Krankenhausbudget enthalten war,
- bringen dann zusätzliches Geld, wenn neue Leistungen zusätzlich erbracht werden.

❖ Zusatzentgelte brauchen Kontrollmechanismen

- Die direkte, pauschalierte Vergütung von Medikamenteneinheiten kann sonst zu einem „Durchlaufposten“ werden, bei dem niemand mehr auf die Kosten achtet.

Abrechnungsregeln 2005

- ❖ Ausnahmen von der Fallzusammenfassung bei Wiederaufnahmen - wie bisher - für Onkologie, Schmerztherapie, HIV-Behandlung und Dialysen
- ❖ Teilstationäre Leistungen
 - Zusätzliche Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Entgelte bereits ab dem 4. Kalendertag nach der mittleren Verweildauer der Fallpauschale!
 - Bei Abschlägen von der DRG-Fallpauschale wegen Kurzliegern (uGVD) und Verlegungen können für jeden teilstationären Behandlungstag bis zur Zahl der Abschlags-Tage teilstationäre Entgelte abgerechnet werden.
 - Teilstationäre Prozeduren werden bei der DRG-Gruppierung nicht berücksichtigt.

Zweites Fallpauschalen- änderungsgesetz (2. FPÄndG)

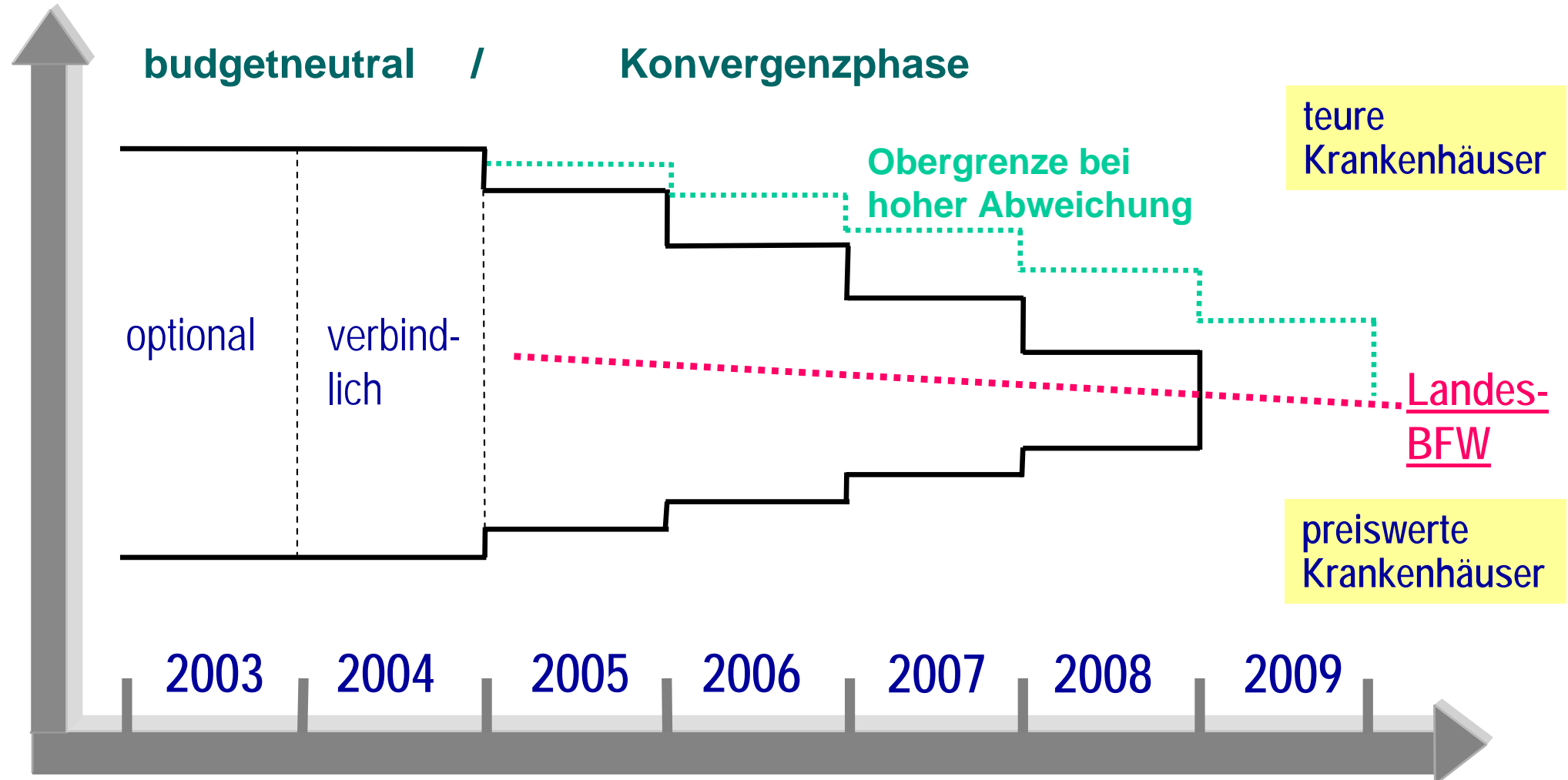
Gesetzgebungsverfahren

- ❖ Ab Frühjahr 2004 Diskussion um die Konvergenzphase
 - Frage: Wird der DRG-Fallpauschalkatalog 2005 schon so weit entwickelt sein, dass er für eine Umverteilung von Budgetmitteln genutzt werden kann?
 - ❖ **Umverteilung** insbesondere von den Universitätskliniken, Maximalversorgern und Spezialkliniken zu den Krankenhäusern mit weniger als 800 Betten.
 - ❖ Unterschiedliche Auffassungen bei sog. Gewinner- und Verlierer-Krankenhäusern.
 - ❖ Parteien auf Bundesebene und Gesundheitsminister der Länder für befristete, nicht zu lange Konvergenzphase.
 - ❖ Kultus- und Finanzminister der Länder für längere, unbefristete Konvergenzphase sowie niedrige Konvergenzquoten.
-

Einführung des DRG-Systems

Angleichung der Khs-Budgets an ein landeseinheitl. Preisniveau

Kosten,
DRG-Fallwerte



Konvergenzphase 2005 bis 2009

❖ Konvergenzphase nach § 4 KHEntgG

- Zeitraum der **Überleitung** vom bisherigen kostenorientierten Budgetsystem zu einem leistungsorientierten Preissystem.
- Zeitraum der **stufenweisen Anpassung** der einzelnen Khs.-Budgets an das künftig landeseinheitliche Preisniveau (Basisfallwert).

❖ Konvergenzphase wird um **zwei Jahre** verlängert bis zum 1.1.2009 bzw. 2010!

❖ Veränderte **Konvergenzschritte** für die Budgetanpassung; nahezu linearer Verlauf jeweils zum 1.1. 2005 bis 2009

- 15 %, 20 %, 20 %, 20 %, 25 %.

Einführung einer Obergrenze

- ❖ Obergrenze für konvergenzbedingte Budget-Absenkungen in den Jahren 2005 bis 2009:
 - 1,0 %, 1,5 %, 2,0 %, 2,5 %, 3,0 %
vom „veränderten Ausgangswert“.
 - Ein fristgerechter Abbau ist bei Khsern mit derzeit über 20 % Abweichung nur mit entsprechenden Verbesserungen des DRG-Katalogs und der Zusatzentgelt möglich.
- ❖ Berücksichtigung der durch die Obergrenze „geschonten“ (nicht umverteilten) Beträge auf der Landesebene
 - Führt zu einem entsprechend niedrigeren Landes-Basisfallwert.
- ❖ Keine Obergrenze für konvergenzbedingte Budget-Anhebungen bei sog. Gewinner-Krankenhäusern !!

Prospektive Budgetverhandlungen

❖ Ab 2005 wird nicht nur über das DRG-Zielbudget verhandelt, sondern auch das **Ausgangsbudget** in folgenden Punkten verändert:

- **Veränderungsrate** nach § 71 SGB V (sog. Grundlohnrate,
- BAT-Ost-West-Angleichung in den neuen Bundesländern,
- Veränderungen von Leistungsstruktur und Fallzahlen, d. h. von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden **Fallpauschalen** und **Zusatzentgelte**.

❖ Begründung:

- Obwohl diese Tatbestände im landesweiten Basisfallwert und damit im DRG-Zielbudget berücksichtigt sind, werden sie in Folge des **Konvergenzmechanismus** nur unzureichend im einzelnen Krankenhausbudget umgesetzt.

Finanzierung zusätzlicher Leistungen I

- ❖ Ziel: leistungsgerechte Vergütung => Geld folgt Leistung!
- ❖ Prospektive Budgetverhandlungen:
 - Ab 2005 keine Begrenzung des Krankenhausbudgets durch die Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität)
=> wird künftig auf der Landesebene berücksichtigt (§ 10KHEntgG).
 - Mehrleistungen sind schiedsstellenfähig.
- ❖ Grundregel: Die Höhe der Fallpauschalen-Vergütung ergibt sich aus dem DRG-Katalog:
 - Relativgewicht x landesweiter Basisfallwert.
 - Stufenweiser Übergang von der bisherigen Budgetsystematik in das neue Preissystem => d. h. jährlich steigende Prozentsätze für die Finanzierung zusätzlicher Leistungen
33 % im Jahr 2005, 50 % im Jahr 2006, 65 % im Jahr 2007,
80 % im Jahr 2008, 100 % im Jahr 2009.

Finanzierung zusätzlicher Leistungen II

- ❖ Muss-Vorschrift zur Vereinbarung höherer Anteile der Fallpauschalen-Vergütung:
 - ... soweit im Einzelfall die für zusätzliche Leistungen entstehenden **Kosten** mit den vorgegebenen Prozent-Anteilen der Fallpauschale nicht gedeckt werden können, z. B. bei Transplantationen und anderen Fallpauschalen mit **hohem Sachkostenanteil**,
 - bei der **Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit** (z. B. wegen der Gemeinkosten für zusätzliche Kapazitäten).
- ❖ **Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte** sind bei der **prospektiven Vereinbarung** zu 100 % zu berücksichtigen.
=> Finanzierung der Chemotherapie oder des Implantats.
- ❖ Bei **wegfallende Leistungen** gelten im Rahmen der prospektiven Budgetvereinbarungen grundsätzlich die gleichen Regeln, allerdings mit negativem Vorzeichen.

Erlösausgleiche bei Budgetabweichungen

- ❖ Mehrerlös-Ausgleiche (Rückzahlungen) in Höhe von 25 %
=> d. h. verbesserte Finanzierung zu 75 % bei
 - Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten,
 - Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte.
 - D. h. höhere Finanzierung, wenn diese ZE prospektiv vereinbart werden! => Anreiz für prospektive Verhandlungen.
- ❖ Soll-Vorschrift zur Vereinbarung niedrigerer Mehrerlös-ausgleiche für
 - Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil,
 - teuren Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen und Langzeitbeatmung.
- ❖ Kein Mindererlös-Ausgleich bei ZE für Arzneimittel und Medikalprodukte.

Neue Öffnungsklauseln für DRG-Vergütung

- ❖ Klarstellung, dass kein 100 %-Ansatz verfolgt wird.
Entfristung der Öffnungsklausel in § 6 Abs. 1 KHEntgG.
- ❖ Vereinbarung khs-individueller Zusatzentgelte für vollstationäre hochspezialisierte Leistungen. Voraussetzungen:
 - Eng begrenzte Ausnahmefälle. Spezialisierung bei nur wenigen Krankenhäusern mit überregionalem Einzugsgebiet.
 - Die Behandlungskosten müssen die DRG-Vergütung einschl. Zusatzentgelte um mindestens 50 % überschreiten.
 - Das Krankenhaus muss an der Qualitätssicherung teilnehmen.

NUB im stationären Bereich

- ❖ Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden n. § 6 (2)
 - Was sind „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten ... noch nicht sachgerecht vergütet werden können“?
 - Timelag bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems ca. 2 - 3 Jahre.

- ❖ NUB-Vorschrift nicht anwendbar bei noch nicht sachgerechter Abbildung älterer Methoden, d. h. bei “Abbildungsmängeln” des DRG-Katalogs => dafür gibt es andere Regelungen
 - § 6 Abs. 1 KHEntgG => khs.-individuelle Verhandlungen,
 - § 6 Abs. 2a KHEntgG => hochspezialisierte stationäre Leistungen,
 - die allgemeinen Schutzmechanismen der Konvergenzphase, die durch das 2. FPÄndG verstärkt worden sind.

Fristen bei NUB-Entgelten

- ❖ Anfrage des Krankenhauses bis zum 31. Oktober des Jahres
 - Im Hinblick auf die gesetzlich vorgegebenen prospektiven Budgetverhandlungen eine Ausschlussfrist.
 - Auch bei den bisherigen Budgetverhandlungen gab es nur einmal jährlich eine Vereinbarungsmöglichkeit.
 - In der Einführungsphase neuer, innovativer Methoden ist eine Konzentration auf Zentren sinnvoll. Zentren in der Spitzenmedizin kennen ihre Problembereiche frühzeitig.

- ❖ Beantwortung der Anfrage durch die SV-Partner/InEK
 - bis zum 31. Dezember des Jahres; für 2005 bis Ende Januar 2005.
 - Nach Fristablauf kann eine Budgetvereinbarung ohne diese Information geschlossen werden, wenn bis zur Budgetvereinbarung keine Antwort vorliegt.

Landesweiter Basisfallwert

- ❖ **Fehlschätzungen** der Vertragsparteien können im Folgejahr korrigiert werden
 - allerdings nur insoweit, als dies im Rahmen der Veränderungsrate nach § 71 SGB V auch bei der Vereinbarung möglich gewesen wäre.
- ❖ Veränderungsrate begrenzt **technisch bedingte Erhöhungen** des Basisfallwertes nicht (Katalogeffekte, Abrechnungsregeln)
- ❖ **Genehmigung** des Landes-Basisfallwerts durch die Länder.
- ❖ Vorgabe **vorläufiger Basisfallwerte** für das Jahr 2005 durch das Bundesministerium
 - Ziel: Vermeidung von Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen.
 - Nur technische Funktion. **Ausgleich der Abweichungen** zum vereinbarten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG.

Verbesserung der Kalkulationsgrundlagen

- ❖ Kalkulation der DRG-Fallpauschalen in einer „sachgerechten Auswahl“ von Krankenhäusern, die über ein entsprechendes Rechnungswesen verfügen.
- ❖ Pauschalierte Zahlungen an die Krankenhäuser, die an der DRG-Kalkulation teilnehmen.
 - Die Zahlungen sollen einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen.
 - Sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden.
- ❖ Erteilung eines entsprechenden gesetzlichen Auftrags an die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene.
- ❖ Appell: An der Kalkulation teilnehmen !

Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte

- ❖ Definition in § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG:
 - Nur Zentren und Schwerpunkte, die übergreifende Aufgaben erfüllen, z. B. Tumorzentren und geriatrische Schwerpunkte (z. B. Ausbildung und Koordinierung von behandelnden Krankenhäusern, Patientendokumentationen u.ä.)
 - Keine Zuschläge, soweit die Behandlung der Patienten betroffen ist. Dies gehört in die DRG oder die Zusatzentgelte!
- ❖ Art und Aufgaben der Zentren lt. DKG-Erhebung uneinheitlich.
- ❖ Absicherung der Finanzierung durch **Stufenlösung**:
 - Klarstellung, dass diese Zuschläge von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren sind.
 - Falls erforderlich, Ersatzvornahme durch Verordnung des BMGS.
 - Falls auch diese fehlt, erhalten die **Vertragsparteien vor Ort** die Möglichkeit einer krankenhausspezifischen Vereinbarung.

Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG

- ❖ Bei Zusammenschlüssen von Krankenhäusern (z. B. Vivantes Berlin) ist zusätzlich ein Standort-Kennzeichen anzugeben.
- ❖ Lieferung der ungekürzten Postleitzahl für den Patienten-wohntort => Erstellung von Einzugsgebietsstatistiken für die Khs-Planung.
- ❖ Lieferung der Daten an das Statistische Bundesamt => Weiterleitung an Statistische Landesämter. Ziele:
 - Entlastung der Krankenhäuser. Mittelfristig können die derzeitigen Datenerhebungen für die amtliche Diagnosenstatistik bei den Krankenhäusern entfallen.
 - Zusätzlich werden amtliche DRG- und Prozedurenstatistiken ermöglicht.

Sonstiges

- ❖ Abschlag bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall.
- ❖ Eine Reihe von technischen Änderungen mit dem Ziel, Streitfälle bei Budgetvereinbarungen zu vermeiden (z. B. in § 4 KHEntgG).
- ❖ Änderung der Verhandlungsunterlage AEB
 - Nachweis von Art und Anzahl der Entgelte im E-Teil nun auch für das „laufende Jahr“,
 - Klarstellungen für die Berücksichtigung von Überliegern,
 - Anpassung des Formblattes „B2“.

Finanzierung der Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG

Finanzierung der Ausbildung I

- ❖ Im Jahr 2005 erstmals Verhandlung eines khs.-individuellen Ausbildungsbudgets
 - Dieses wird aus dem bisherigen Krankenhausbudget ausgegliedert (Kostenausgliederung, Verhandlungen mit den Krankenkassen).
 - Nicht zu niedrig ausgliedern! Konvergenzeffekt beachten!
 - Zweckgebundene Verwendung der Mittel, bestätigt durch den Jahresabschlussprüfer.

- ❖ Im Jahr 2006 erstmals Vereinbarung von Richtwerten für die pauschalierte Finanzierung von Ausbildungsstätten durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene:
 - Betrag je Ausbildungsplatz für die einzelnen Ausbildungsberufe,
 - Betrag für die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen,
 - Beträge nach Bundesländern bzw. Regionen differenziert.

Finanzierung der Ausbildung II

- ❖ In den Jahren 2006 bis 2008 Verhandlungen mit den Krankenkassen über die schrittweise Angleichung der einzelnen Ausbildungsbudgets an die regionalen Richtwerte:
 - dabei Orientierung an den Konvergenzquoten,
 - ggf. Abschluss von Strukturverträgen.
 - Soweit erforderlich sollen Ausbau, Schließung oder Zusammenlegung von Ausbildungsstätten unterstützt werden.
 - Mittelfristig sollen wirtschaftliche Ausbildungsstrukturen geschaffen werden.

Finanzierung der Ausbildung III

- ❖ Ab dem Jahr 2009 erhalten die Richtwerte den Status von Pauschalen (regionale Festpreise).
 - Das Ausbildungsbudget wird grundsätzlich allein auf der Grundlage dieser Pauschalbeträge vereinbart.
 - Die Ausbildungsstätten müssen ab 2009 mit diesen Pauschalen auskommen.

- ❖ Sicherstellung der Ausbildung in der Region
 - Die Ausbildung in der Region darf nicht gefährdet werden.
 - Unter den engen Voraussetzungen nach § 17b Abs. 1 Satz 6 und 7 KHG i.V. § 5 Abs. 2 KHEntgG kann ein Sicherstellungszuschlag für die Ausbildungsstätte vereinbart werden.

Finanzierung der Ausbildung IV

- ❖ Wettbewerbsneutrale Ausbildungsfinanzierung. Rechtliche Vorgaben sehen Stufenlösung vor.
 - Grundsätzlich weiterhin wettbewerbsneutrale Finanzierung über einen Ausbildungsfonds bei der Landeskrankenhausgesellschaft.
 - Falls dessen Einrichtung in einzelnen Ländern scheitert, werden die Ausbildungszuschläge krankenhausindividuell abgerechnet (d. h. nicht wettbewerbsneutral).
 - Für diesen Fall werden die Landesregierungen ermächtigt, einen Ausgleich zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern vorzugeben (vgl. bisher Hamburg, Hessen und für Hebammen NRW)

Ersatzvornahmen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung?

Ersatzvornahme „besondere Einrichtungen“

- ❖ Lösung für 2005 sehr schwierig, weil
 - berechnete Ausnahmen kaum zu definieren sind,
 - die Absenkung des Krankenhausbudgets durch die Obergrenze auf maximal 1 % begrenzt wird.

- ❖ Mögliche Lösung für 2005:
 - Voraussichtlich nahe an der Lösung 2004 (FPVBE 2004).
 - Grundsätzlich nur Ausnahmen für ganze Krankenhäuser.
 - Teile von Krankenhäusern sollten nur in sehr begrenztem Rahmen ausgenommen werden. Gründe: durch 2.FPÄndG abgesenkte Konvergenzquoten und Obergrenze von 1 % sowie schwierige Abgrenzung bei den Budgetverhandlungen und Abschläge von DRG bei internen Verlegungen.
 - Entwurf einer Rechtsverordnung voraussichtlich im Februar.

VO für vorläufige Basisfallwerte

- ❖ Vorgabe vorläufiger Basisfallwerte nach § 10 Abs. 8 KHEntgG durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums.
- ❖ Ziel: Vermeidung von Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen für das einzelne Krankenhaus.
- ❖ Vorgabe unterschiedlicher, landesbezogener Basisfallwerte, soweit im Land noch nicht vereinbart (nur für das Jahr 2005).
- ❖ Nur technische Funktion. Keine Präjudizierung der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene!
- ❖ Ausgleich der Abweichungen zum vereinbarten Basisfallwert nach § 10 KHEntgG bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses im Folgejahr.

Schlussbemerkungen

- ❖ Mit dem 2. FPÄndG erhalten die Krankenhäuser **Planungssicherheit** hinsichtl. der gesetzlichen Rahmenbedingungen.
- ❖ In Folge der Öffnungsklauseln und der verbesserten Finanzierung zusätzlicher Leistungen kann **Leistungsbesonderheiten** im Sinne der Patienten noch besser Rechnung getragen werden.
- ❖ Durch die Differenzierung der DRG (u.a. Tagesfälle) in Verbindung mit den Ausnahmen von der Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen sind für die **Onkologie** große Entwicklungsschritte gelungen.
- ❖ An Verbesserungen der Entgeltkataloge kann und muss ggf. weiter gearbeitet werden.