



# 38. Deutscher Krankenhaustag

## „Das G-DRG-System 2016“

Düsseldorf, 16. November 2015

- **FPV 2016 (DRG-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)**
- PEPPV 2016 (PEPP-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)
- Kurzkomentierung KHSG
- Ausblick

Katalog

Abrechnungsbestimmungen

Kodierrichtlinien

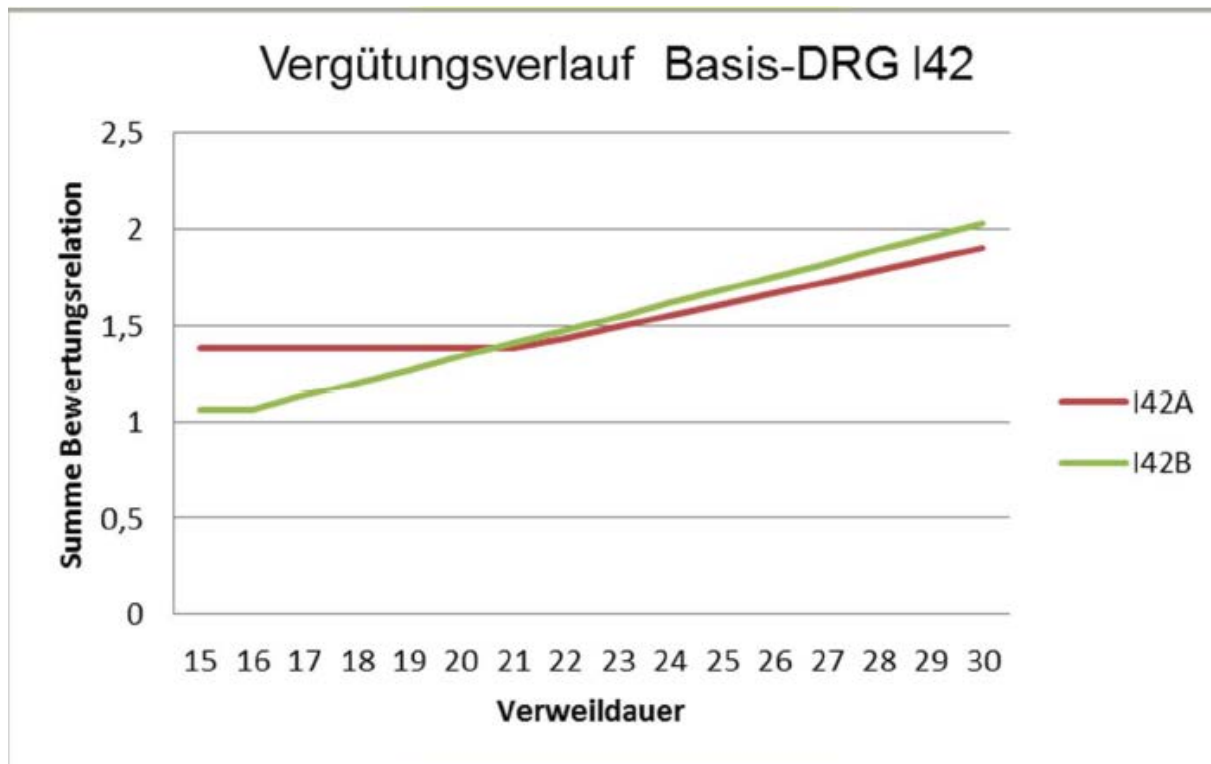
**für DRG + PEPP 2016**

**vereinbart**

- Wichtige Hinweise zur Systementwicklung und Plausibilisierung der Daten aus dem **Extremkostenbericht**
  - **Erweiterung** des über die **PCCL-Formel** ermittelten patientenbezogenen Schweregrades um die Stufen 5 und 6
  - **OPS-Kodes** der **intensivmedizinischen Komplexbehandlung** werden in weiteren Leistungsbereichen gruppierungsrelevant.
  - Mit **244** Krankenhäusern weiterhin stabile Beteiligung an der Kalkulation (Vorjahr 250)
- ⇒ **Hoher Aufwand** für Kalkulationshäuser
- ⇒ Das Problem von **Extremkostenfällen** weiter verringert, aber vollständige Lösung innerhalb des DRG-Systems offen
- ⇒ Verstärkte Implementierung von **Strukturkomponenten** wird aufmerksam begleitet

- **Anwendung des Verlegungsabschlags bei einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus mit Fallzusammenfassung**
  - **Klarstellung:** Verlegungsabschläge auch dann zur Anwendung, wenn bei zusammenzuführenden Aufenthalten in einem Krankenhaus mindestens eine Verlegung erfolgte.
- **Behandlung in einer Haupt- und Belegabteilung an einem Tag**
  - **Klarstellung:** Bei Behandlung eines Patienten sowohl in der Haupt- als auch in der Belegabteilung und einer Gesamtverweildauer von einem Belegungstag ist die Bewertungsrelation der Hauptabteilung abzurechnen.
- **Kosten der stationären Voruntersuchung bei Lebendspendern**
  - **Ergänzende Klarstellung:** Stationär notwendige Voruntersuchungen sind bei möglichen Lebendspendern auch dann mit der DRG Z66Z grds. abrechenbar, wenn es tatsächlich zu einer Lebendspende (DRG Z03Z) kommt.

- **Vergütung eines gesunden Neugeborenen bei behandlungsbedürftiger Mutter und Entbindung außerhalb des abrechnenden Krankenhauses**
  - Abrechnung des Begleitpersonenzuschlags in doppelter Höhe als Übergangslösung bis zum Abschluss der leistungsrechtlichen Prüfung
  - nach Prüfung: voraussichtlich **Abrechnung der DRG**
- **Zusatzentgelt für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren**
  - Der Schwellenwert für das ZE2016-98 bleibt auch für das Jahr 2016 in Höhe von 9.500 € bestehen.
  - Über die **Methodik** zur Ermittlung eines sachgerechten Schwellenwerts für das Jahr 2017 soll in einer Arbeitsgruppe beraten werden.
- **Multimodale Schmerztherapie**
  - Normative Festlegung: Einigung auf eine einheitliche Bewertungsrelation/Tag in Höhe von **0,063** für die DRG I42A und I42B bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer



DRG	mittl. VWD	UGV	OGV	Bewertungsrelation/Tag OGV
I42A	16,6	5	21	<del>0,058</del> <b>0,063</b>
I42B	10,7	3	16	<del>0,069</del> <b>0,063</b>

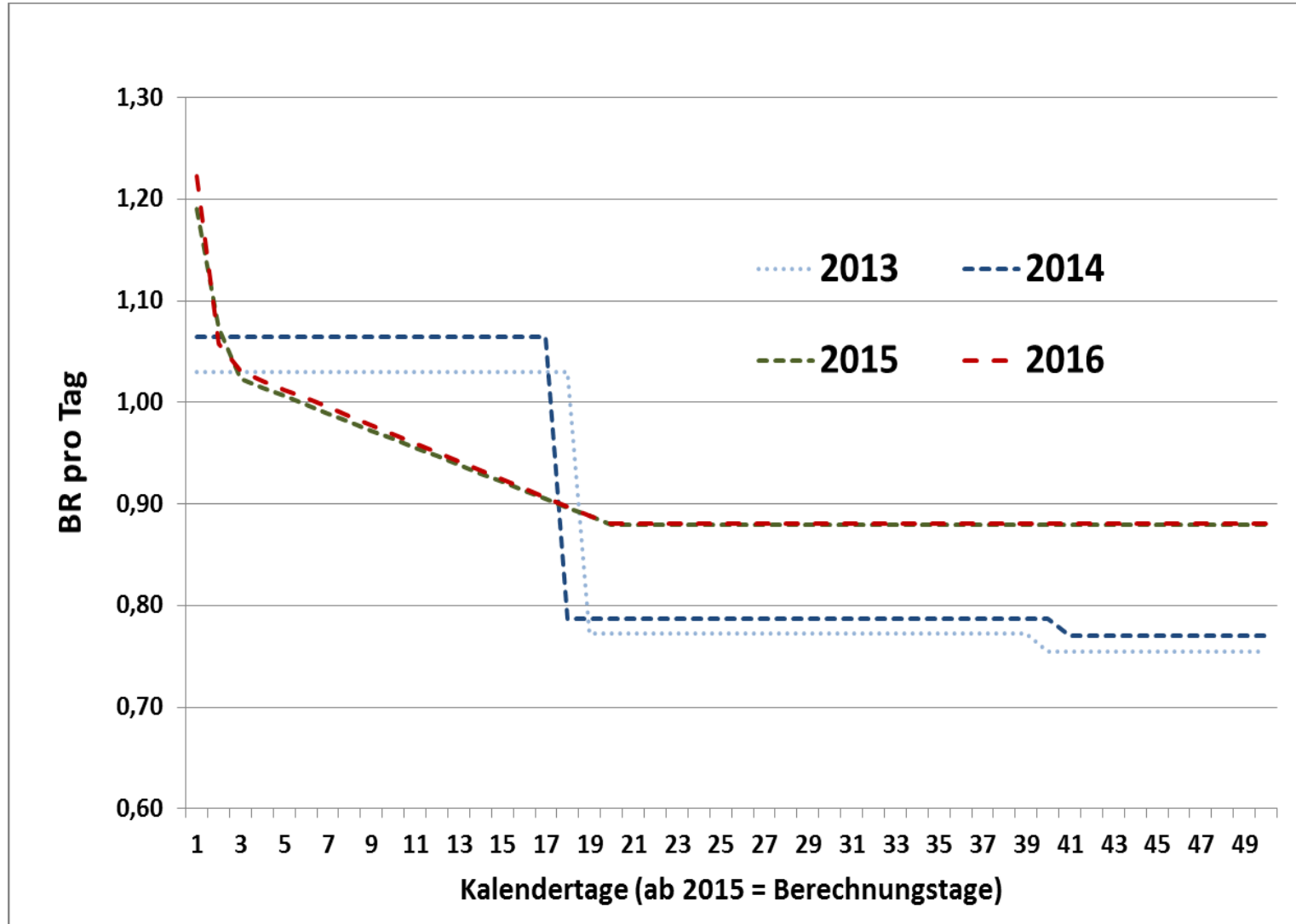
\* Entsprechende Angaben aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016

- FPV 2016 (DRG-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)
- **PEPPV 2016 (PEPP-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)**
- Kurzkomentierung KHSG
- Ausblick



- Nach der grundlegenden Umstellung in 2015 **Konsolidierung** der neuen Methodik
- **2016 zahlreiche Feinanpassungen** mit Überarbeitung der Vergütungsklassen (VK) und Bewertungsrelationen
- Einmalige Problematik bei Leistungsplanung durch Umstellung des bisherigen Wochenbezugs des **ET02** („Intensivbehandlung, Erwachsene“) auf einen **eindeutigen Tagesbezug** zum 01.01.2016
- Bezüglich der zukünftigen ordnungspolitischen Einbindung des PEPP-Kataloges ist festzuhalten, dass die Positionierung der DKG für eine **Abkehr von einem reinen Preissystem** unmissverständlich aufrechterhalten wird
- Da die BR in den ersten VK im Durchschnitt stärker gestiegen sind als in der letzten VK, ist festzustellen, dass die „**VWD-Degression**“ im Vergleich zum Vorjahr **tendenziell zugenommen** hat:

## Bewertungsrelationen der PEPP PA04C



- **Wiederaufnahme am selben Tag ( § 1 Abs. 3 PEPPV)**
  - Klarstellung, wonach auch bei **mehrfacher Aufnahme** am selben Kalendertag nur ein Behandlungstag zu zählen ist
- **Umstieg auf das neue Entgeltsystem ( § 1 Abs. 6 i. V. m. § 4 PEPPV)**
  - Verhandlungspositionen bei unterjährigem Umstieg:
    - Forderung DKG: Administrative Entlassung aller vor dem Umstieg aufgenommenen Patienten zum **31.12. des Umstiegsjahres**
    - Forderung GKV-SV: Für vor dem Umstiegszeitpunkt im Umstiegsjahr aufgenommenen Patienten sind **bis zum 31.12. des Folgejahres** die tagesgleichen Pflegesätze weiter zu erheben
  - **Kompromisslösung:** Bei Umstieg **bis** einschließlich **01.10.** ist die Entlassung zum **31.12. des Umstiegsjahres** vorzunehmen
  - Bei Umstieg **nach** dem **01.10.** sind die tagesgleichen Pflegesätze bis zur Entlassung, längstens jedoch bis zum **31.12. des Folgejahres** zu erheben.

- **Abrechnung des Verlegungstages ( § 3 PEPPV)**
  - Klarstellung, wonach bei **Verlegungen** zwischen den Entgeltbereichen (KHEntgG/BPflV) sowie zwischen voll- zu teilstationärer Behandlung **im selben Krankenhaus der Verlegungstag nicht abrechenbar** ist
- **Abrechnung von ETs am nicht abrechnungsfähigen Verlegungstag ( § 6 PEPPV)**
  - **Kompromiss:**
  - Abrechnung von **ETs mit Leistungsbezug** (ET01, ET04, ET05) auch am nicht abrechnungsfähigen Verlegungstag im selben Krankenhaus
  - **Verzicht** auf Abrechnung von **ETs** in Verbindung mit **krankenhausindividuellen Entgelten** nach § 6 Abs. 1 BPflV
    - In diesem Fall sind die ET in das Entgelt einzukalkulieren

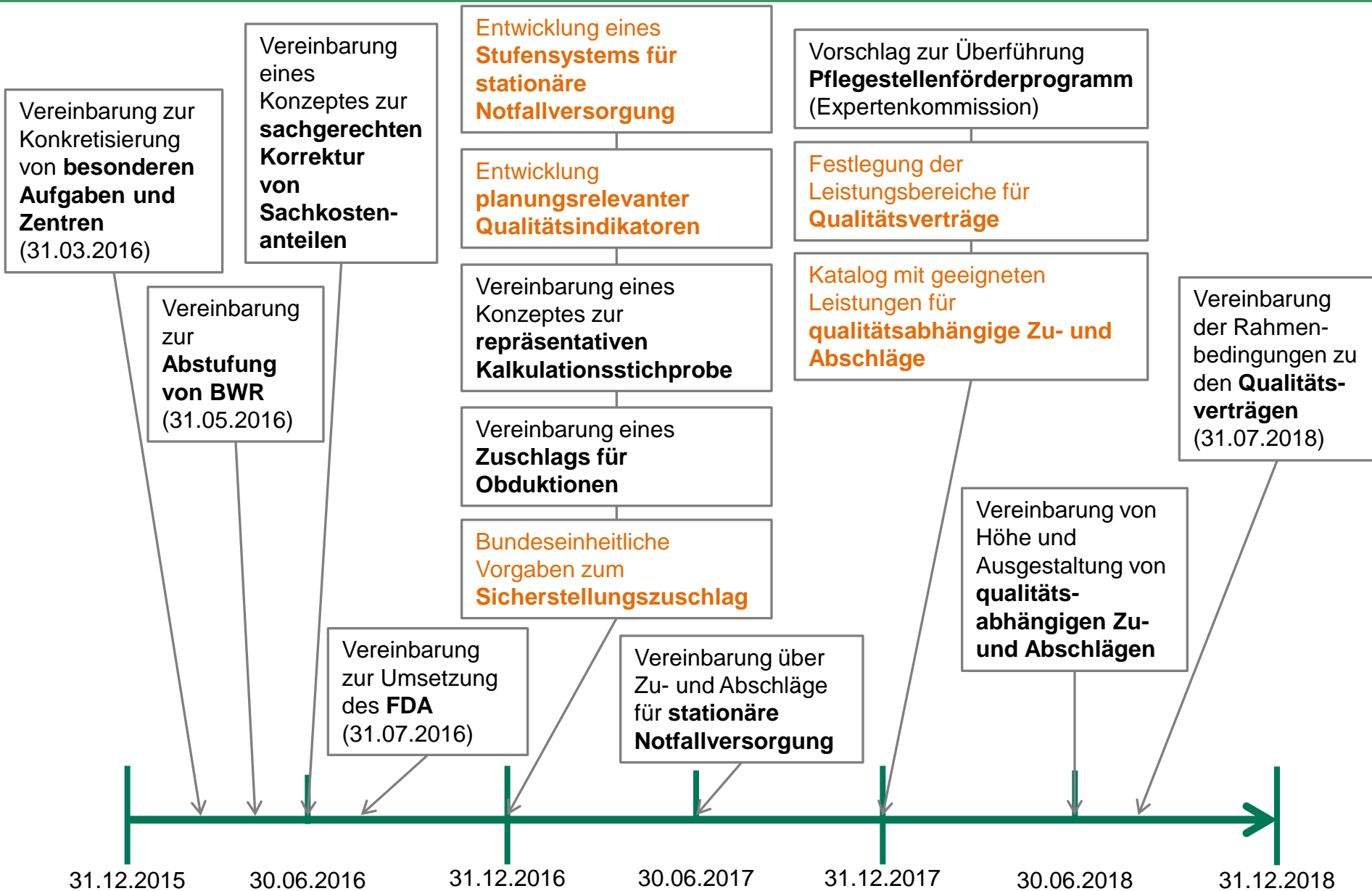
- Dialog im BMG am 04.05.2015
- DKG-Eckpunkte für ein alternatives System vom 16.06.2015
- Konzept der Fachverbände vom 09.09.2015
- Fortsetzung des politischen Dialoges

***Richtungswechsel der Finanzierungsreform ?***

- Die vorgesehene reine **Preisorientierung** des neuen Entgeltsystems ist für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung **problematisch**.
- **Besonderes Leistungsverständnis** der Psych-Versorgung: Nicht einzelne Behandlungsleistungen, sondern das **Versorgungsangebot der Einrichtung im Mittelpunkt** der Finanzierungssystematik.
- Maßgeblich für das Krankenhausbudget sollen der **Versorgungsbedarf** der Patienten, die **Aufgaben** (insbesondere Pflichtversorgung) und das **Patienten- und Leistungsspektrum** eines Krankenhauses sein.
- Zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs ist insbesondere der Personalbedarf zu berücksichtigen. Hierzu ist eine zeitgemäße **Nachfolgeregelung für die Psych-PV** zu entwickeln
- Ein **vereinfachter PEPP-Katalog** kann im Sinne von **Abschlagszahlungen** auf das krankenhausesindividuelle Budget als Abrechnungssystem eingesetzt werden. Der **Bürokratie- und Misstrauensaufwand** kann damit auf ein sinnvolles Maß **begrenzt** werden.
- Auch **sinnvolle Transparenz** kann über einen vereinfachten PEPP-Katalog geschaffen werden (medizinisch und versorgungspolitisch sinnvolle Gruppen statt bestmöglicher „Kostentrennung“).

- FPV 2016 (DRG-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)
- PEPPV 2016 (PEPP-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)
- **Kurzkommentierung KHSG**
- Ausblick

# Neue Aufgaben durch das KHSG für die SV





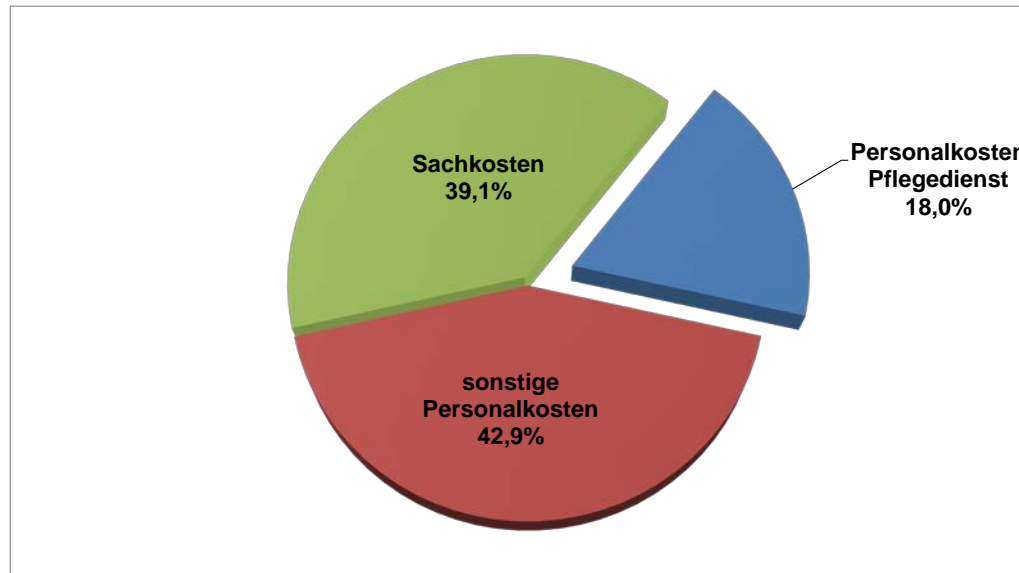
- Festlegen von zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben zu G-BA-Zuschlägen
- Richtlinien zu **Einzelheiten der Qualitätsprüfungen durch MDK**
- Regelung des Näheren zur Festlegung von Prognosen für Mindestmengen; Arzt- und Standortbezug.
- **Überarbeitung der Qualitätsberichte**, unter anderem mit dem Ziel einer besseren Verständlichkeit.
- **Empfehlungen für die Landesebene** zur Vereinbarung der Basisfallwerte
- Vereinbarung von bundeseinheitlichen Regelungen zur Finanzierung der **Sicherstellung** einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen
- **Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung** durch den G-BA
- Vereinbarung einer **Tarifrater**

- **Vollständige Aufhebung der Mengendegression**
    - Fallpauschalenbereich ab 2017
    - Nicht-Fallpauschalenbereich ab 2016 (ZE, NUB, BE,...)
    - Die ursprünglich vorgesehenen „Konkretisierungen“ zur Wirtschaftlichkeit wurden komplett gestrichen
    - Der Preis der Leistungen ist nun enger an die Kostenentwicklung gekoppelt
- => Der Hamsterradeffekt wird endlich abgeschafft!**

## • Versorgungszuschlag wird zum Pflegezuschlag

- Ab 2017, bisher 0,8 % Rechnungszuschlag => 500 Mio. Euro
- **Pflegepersonalkosten** ca. 15,5 Mrd. Euro \* 3,x % (z. B.) = 500 Mio. Euro
- Bezugsgröße vor Ort: Meldungen an Statistisches Bundesamt (erstmalig aus **2014**)
- **Mittel bleiben erhalten mit erhöhtem Bezug zur Pflege**
- **Keine „direkte“ Nachweispflicht** („geeignete zusätzliche Unterlagen“, wenn Zweifel an Plausibilität), **Keine Zweckbindung**

⇒ **Ok**



- **Orientierungswert**

- „Meistbegünstigungsklausel“ bleibt erhalten
- Jetzt „sachgerecht“, anstelle „sachgerechter als Veränderungsrate“
- Statistisches Bundesamt hat personelle Ressourcen erhalten
- Schaffung krankenhausspezifischer Sachkostenindizes
- Ermittlung eines Wägungsschemas
- Personalkostenermittlung ist abhängig von Vergütungserhebung
- Überprüfung in 2017 für Zeitraum ab 2018

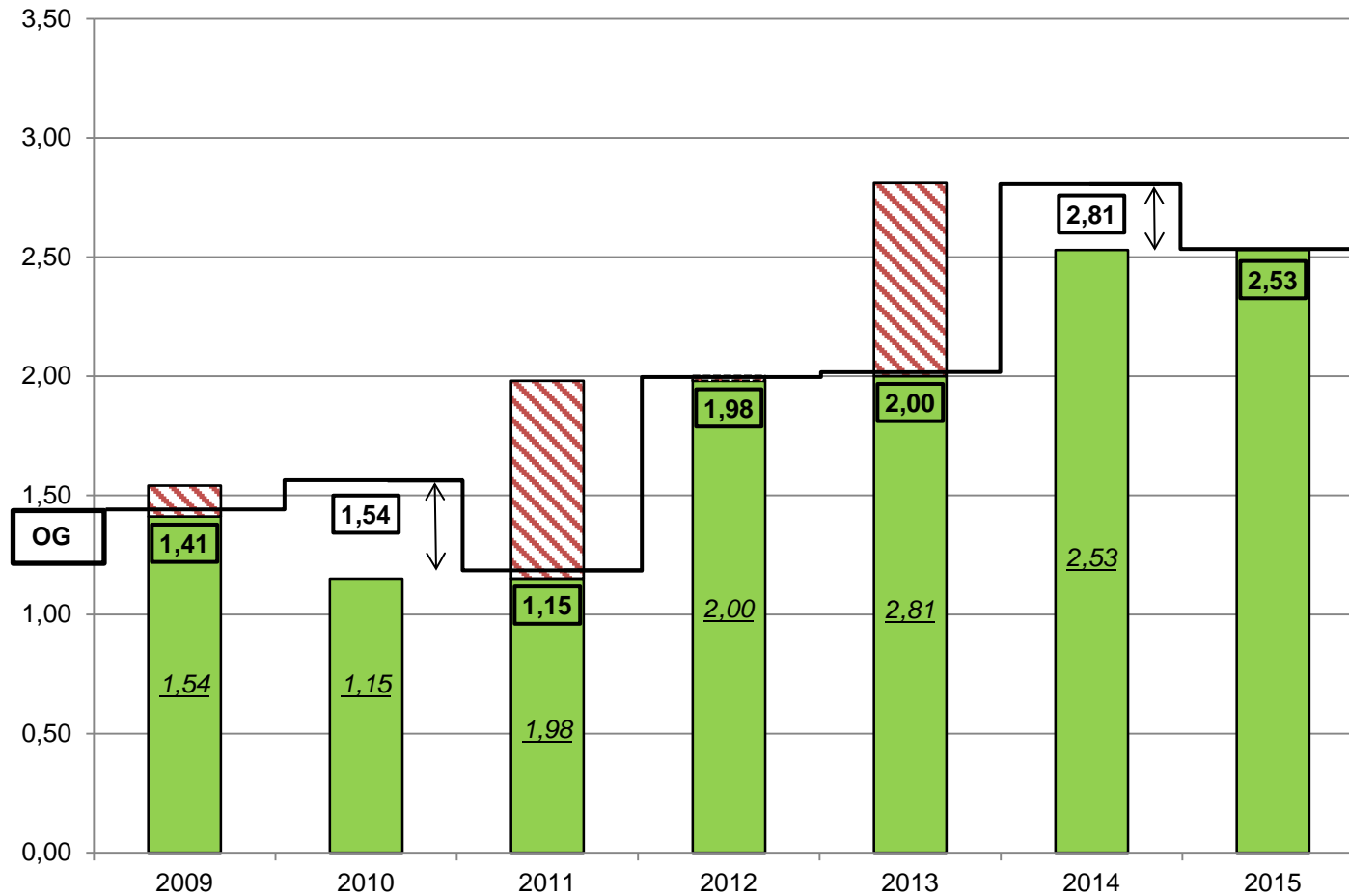
**=> Der Orientierungswert soll weiterentwickelt werden**

- **Einführung einer dauerhaften Tarifrater**

- Schon in **2016**
- **Hälftiger Ausgleich** der Differenz Tarifentwicklung zur Obergrenze bzw. Veränderungswert nach „alter“ Regelung
- Ausgleich bei hoher Tarifentwicklung
- **Überprüfung** im Zusammenhang mit dem Orientierungswert in 2017 für die Zeit ab 2018
- „**Periodeneffekt**“ erfordert mindestens eine **dauerhafte Tarifrater**

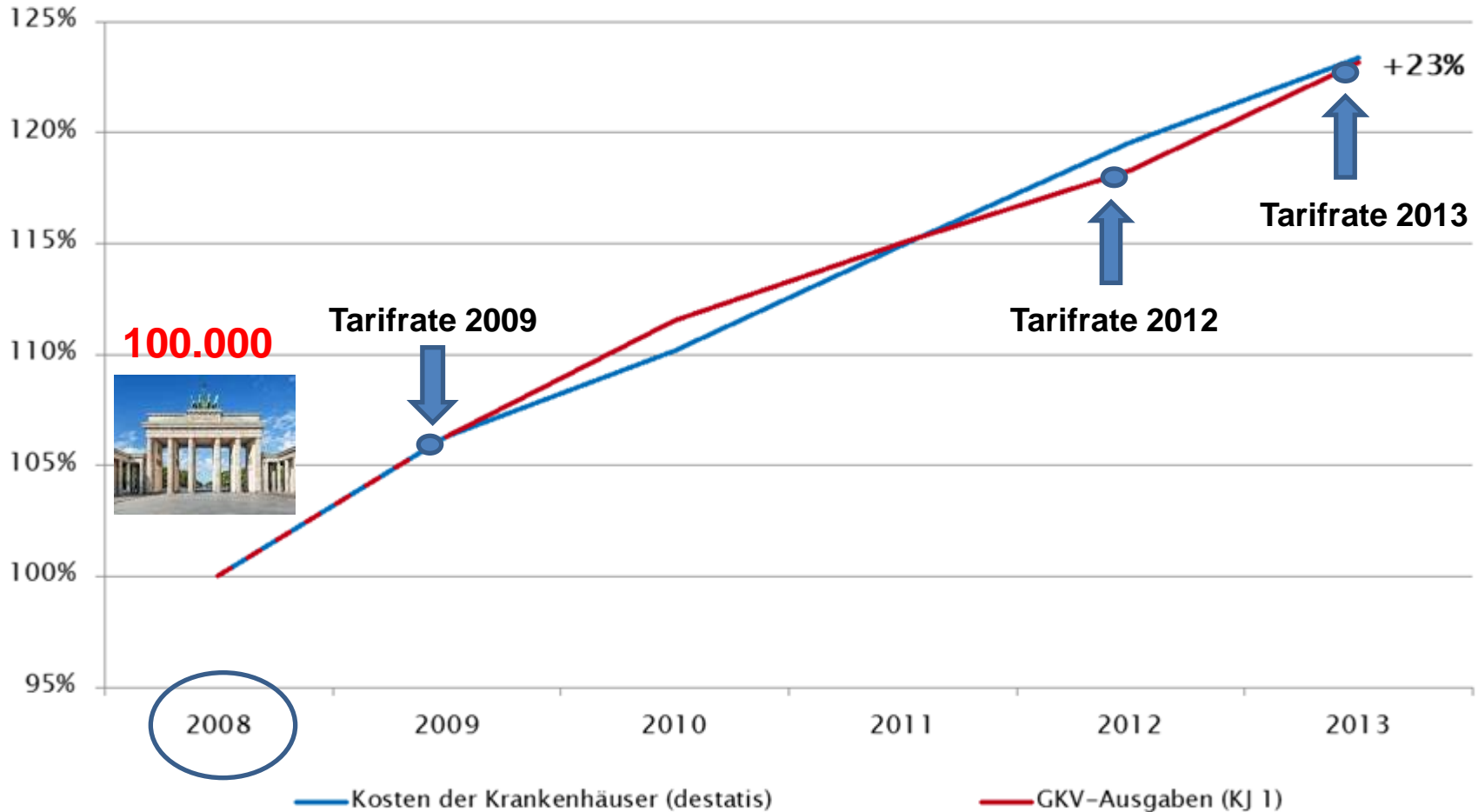
=> **Ok**

# Periodeneffekt – 2 Säulentheorie



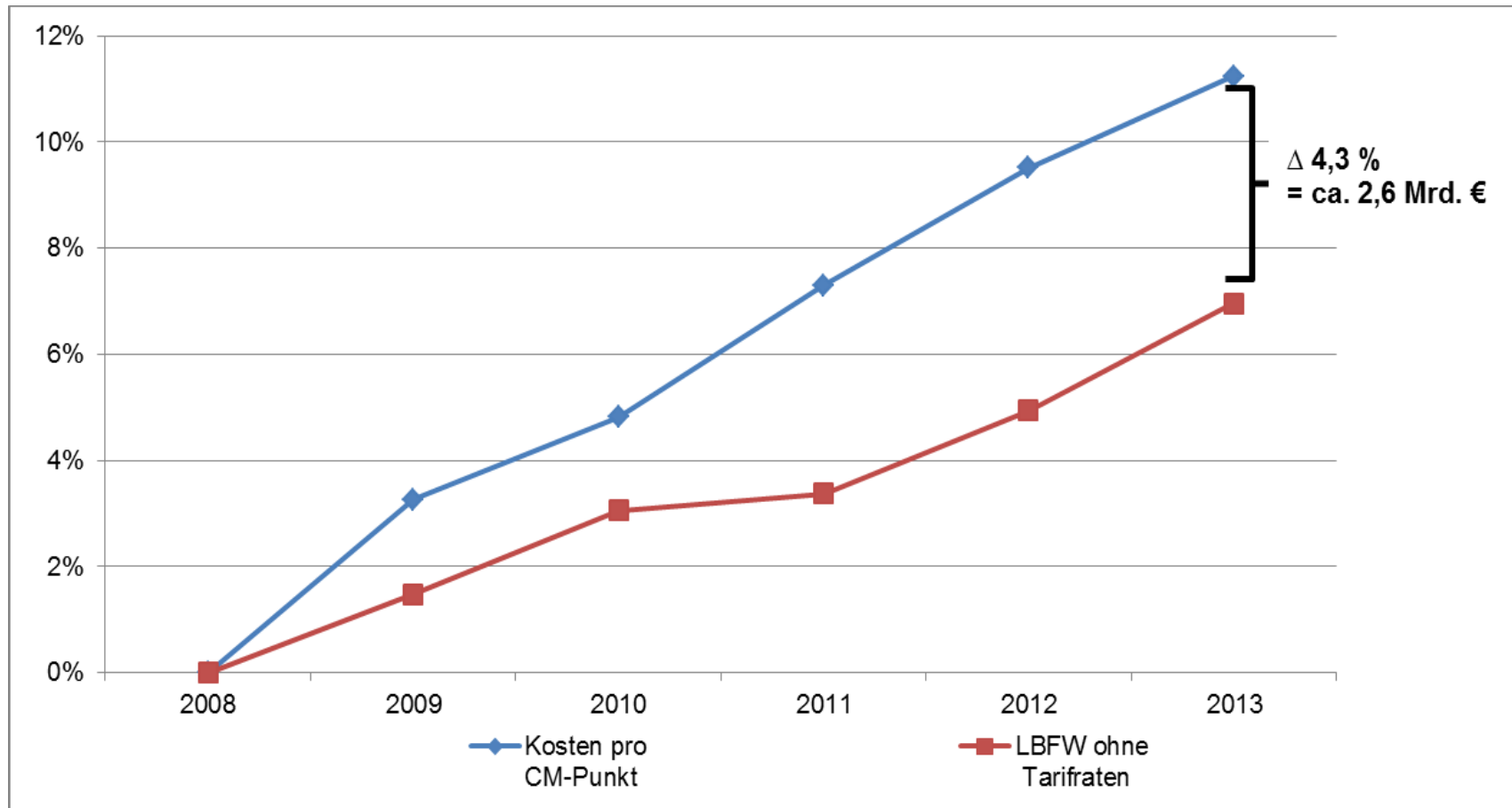
Vereinfachte Darstellung  
Annahme: OW würde die Kostenentwicklung  
des Vorjahres vollständig abbilden

## Kosten- und Erlössteigerungen der Kliniken



Quelle: „Zur Lage der Krankenhäuser“, GKV-SV , Juli 2015

## Vergleich der Kostensteigerungen je CM-Punkt zur Preissteigerung je CM-Punkt (gewichteter Landesbasisfallwert) ohne Tarifraten



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen



## • Fixkostendegressionsabschlag

- In 2017, Grundsätzlich 3-jährig, Mehrleistungsabschlag läuft noch bis 2018 aus
- Höhe auf **Landesebene** zu vereinbaren (mindestens das „alte“ (?) Volumen)
- Abweichende Vereinbarung auf **Ortsebene** zur Höhe oder Laufzeit, für
  - Leistungen mit höherer Fixkostendegression und
  - Leistungen, bei denen bereits in erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind
- Ausnahmekatalog:  
**Kein Abschlag: Transplantationen, Polytrauma, Schwerbrandverletzte, Frühgeborene, Sachkostenanteil mehr als zwei Drittel, zusätzlichen Versorgungsaufträgen** (die bisher nicht abgerechnet werden konnten), **Leistungen mit Zentrumszuschlag, abgesenkte oder abgestufte Leistungen.**  
**Hälftiger Abschlag: Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen, Verlagerungsleistungen**

**=> Kaum praktikabel, konfliktär und aufwändig**

- Repräsentative Kalkulationsgrundlage
    - Bis 31.12.2016
    - Entwicklung eines praktikablen Konzepts auf Vorschlag des InEK
    - Begründung: „...*die **bestehende freiwillige Stichprobe** durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme einzelner Krankenhäuser zu **ergänzen** und hierdurch eine sachgerechte und repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen.*“
  - Absenkung oder Abstufung von Relativgewichten
    - Bis 31.05.2016
    - Für Leistungen zu vereinbaren, „*bei denen es „**Anhaltspunkte** zu in erhöhten Maße wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen gibt.*“... „*Dabei kann eine mehrjährige und überdurchschnittliche Leistungsdynamik grundsätzlich als erster Hinweis auf eine wirtschaftlich begründete Fallzahlentwicklung dienen.*“
    - Kommt keine Vereinbarung zustande **gilt die Schiedsstelle als angerufen!**
  - Korrektur von Relativgewichten bei sinkenden Sachkosten
    - Bis 30.06.2016
- => Von der Umsetzung abhängig**

- Zuschläge für Mehrkosten durch G-BA-Richtlinien => **Ok, mit Einschränkung**
  - Anforderungen der Neonatologie-Richtlinie ab 01.01.2014
  - Mehrkosten ab 2./3. Lesung, also ab 04.11.2015
  - Verhandlung vor Ort, spätere Überführung in den Landesbasisfallwert
  - Klarstellung, dass keine Beschlüsse zur Planung oder internes QM einbezogen sind
- Asylbewerberleistungsgesetz => **Ok**
  - Auf Verlangen des Krankenhauses erfolgt die Herausnahme aus dem Erlösbudget
  - Rückwirkend für 2015 möglich
  - Identifikation der betreffenden Fälle notwendig
- Verlängerung des Hygieneförderprogramms => **Ok**
  - Verlängerung um 3 Jahre bis 2019 (mit Ausnahme der hygienebeauftragten Ärzte)
  - Erweiterung auf Infektiologie
  - Überführung der zusätzlichen Mittel in den L-BFW 2020

- Pflegestellenförderprogramm

- 3 Jahre kumulierend je 100 Mio. Euro, 90% Förderung
- Erweiterung auf Intensivstationen in Änderungsanträgen (ÄA)
- => **Ok, aber zu gering im Volumen und Eigenbeteiligung**

- Qualitätszu- und abschläge

- Fristen für Vereinbarungen wurden noch verlängert: Katalog in 2017, Vergütung in 2018
- Klarstellung, dass es Abschläge maximal 3 Jahre geben darf, danach Vergütungsausschluss bzw. Ausschluss der Leistungen aus dem Versorgungsvertrag
- Dabei wird das „Karenzjahr“ angerechnet

=> **wird grundsätzlich abgelehnt**

- Ausweitung von MDK-Prüfung von Qualitätsanforderungen

=> **Ablehnung**

- Klarstellung zur Aufwandspauschale in ÄA => **Ok**

- Sicherstellungszuschlag => **Ok, aber Gesamtdefizit und Kriterien durch G-BA**
  - Defizit des gesamten Hauses als Voraussetzung
  - Kriterien durch den G-BA zu entwickeln (Festlegungen zu: Geringer Versorgungsbedarf, Erreichbarkeit, Grundversorgung?)
  - Übergangsregelung für bestehende Zuschläge bis 31.12.2017
- Zentrumszuschläge => **grundsätzlich positiv, abhängig von Konkretisierungen**
  - Landesplanerische Ausweisung erforderlich (Plan bzw. Bescheid)
  - Übergangsregelung für bestehende Zentren bis 31.12.2017
  - **Konkretisierung** von **besonderen Aufgaben und Zentren** bis 31.03.2016:  
überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,  
der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses oder  
der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen  
außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen

- Zuschläge und Abschläge für die Notfallversorgung
  - Entwicklung eines Stufensystems durch den G-BA bis 31.12.2016  
Vereinbarung zur Vergütung bis 30.06.2017
  - Grundsätzlich neutral auf das Finanzierungssystem bezogen (allerdings Risiken bei der Umsetzung im L-BFW)  
**=> Abhängig von Stufensystem und näherer Ausgestaltung**
- Bundesbasisfallwert (-korridor)
  - Moderate Verengung des Korridors
  - Anhebung der unteren Korridorgrenze

- Kooperation mit KVen konkretisiert
  - Betrieb von **Portalpraxen** an Krankenhäusern oder die **Notfallambulanzen einbinden** in den Notdienst als „soll“-Regelung
  - Ausgliederung aus MGV und (regionale) Vereinbarungen

=> **Sicherstellungsauftrag bleibt vollständig bei KV**
- Angemessene Vergütung der Notfallversorgung im EBM
  - Differenzierung des EBM nach Schweregraden
  - Ergänzter Bewertungsausschuss (inkl. Erweiterung der Unparteiischen) bis 31.12.2016

=> **Eröffnet zumindest die Möglichkeit auf eine sachgerechte Vergütung hinzuwirken**
- Vollständige Streichung des Investitionskostenabschlages
  - Ausnahmslos für alle ambulanten Krankenhausleistungen

=> **Überfällige Aufhebung einer nicht sachgerechten Kürzung**

- **Unzureichende Investitionsfinanzierung ungelöst**
- Einführung eines Strukturfonds
  - 500 Mio. Euro aus dem Gesundheitsfonds, Anträge bis 31.07.2017
  - Zugang nur, wenn das Land die **durchschnittliche Förderung** der Jahre 2012 – 2014 oder des Jahres 2015 auch in 2016 bis 2018 weiterführt
  - Förderung von **Abbau** (auch von Abteilungen), **Konzentration** (standortübergreifend) und **Umwidmung** (Reha, MVZ, andere Fachabteilung,...) (nach Entwurf KHSFV)
  - Hebel über **Darlehensfinanzierung** möglich
  - **Einvernehmen** der Krankenkassen
  - Ergänzend Beteiligung von KK bei KH-Schließungen

=> **Ok als ergänzende Maßnahme, soweit auch Umwidmungen und Konzentrationsprozesse möglich sind**



## Fazit:

- Keine neuen Kürzungen
  - Versorgungszuschlag wird Pflegezuschlag => 500 Mio. bleiben erhalten
  - Neuer Mehrleistungsabschlag bleibt zumindest grundsätzlich 3-jährig bei vollständigem Wegfall der Mengendegression auf Landesebene
- Umsetzung langjähriger Grundsatzpositionen der Krankenhäuser
  - Vollständige Abschaffung des „Hamsterrads“
  - Jährliche Tarifraten
  - Vollständiger Wegfall des Investitionskostenabschlags
- Einige kritische Punkte
  - Stärkung des MDK
  - Keine Lösung für Investitionen
  - Massiver Ausbau der Bürokratie auf allen Ebenen

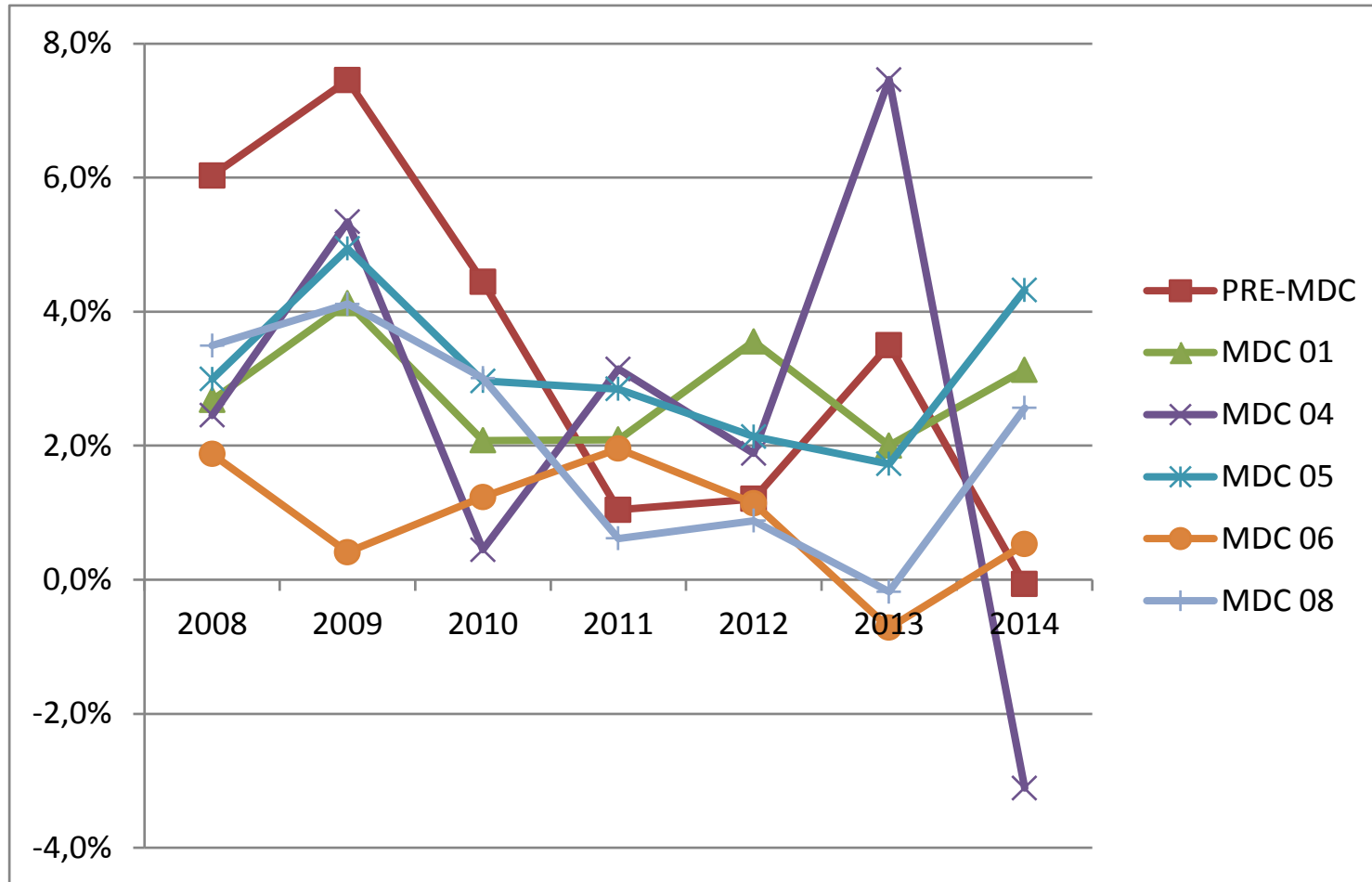
- FPV 2016 (DRG-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)
- PEPPV 2016 (PEPP-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)
- Kurzkomentierung KHSG
- **Ausblick**

## Umsetzung Mengensteuerung ab 2017

- Indirekt (KHSG)
  - Repräsentative Kalkulationsstichprobe
  - Abstufung bzw. Absenkung von Relativgewichten
  - Korrektur der Sachkosten
- Direkt (KHSG)
  - Mehrleistungsabschlag / Fixkostendegressionsabschlag (FKDA)
  - Ausnahmen vom FKDA
- Ergänzend (GKV-VSG)
  - Zweitmeinungsverfahren

- Innovationen: keine Aussage durch das Modell
- Veränderte Lebensgewohnheiten, Patientenerwartungen: keine Aussage durch das Modell
- Notfälle: auch nach neuer Definition (Admin., Uhrzeit, Beginn OPS) sind planbare Fälle nicht mengensensitiver als diese („Charakteristische Notfälle“ stiegen um 1,9, elektive Fälle um 1,3 Prozent)
- Eine Veränderung der DRG-Gewichte korreliert sehr schwach mit einer Veränderung der Fallzahlen (normaler Zyklus von Innovationen)
- Keine Aussage, ob die Veränderung der Fallzahlen über das medizinisch notwendige Maß hinausging

## CM-Entwicklung in den 6 umsatzstärksten MDCs



Daten nach § 21 KHEntgG 2007 bis 2014  
Veränderung gegenüber Vorjahr

- **Investitionsförderung**
- **Ambulante Notfalleleistungen**
- **Konsolidierung bei den Betriebskosten möglich**
  - auch abhängig von den Umsetzungen im G-BA und in der SV

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

