

# DRGs in der Hals- Nasen-Ohrenheilkunde



7. Arbeitstreffen

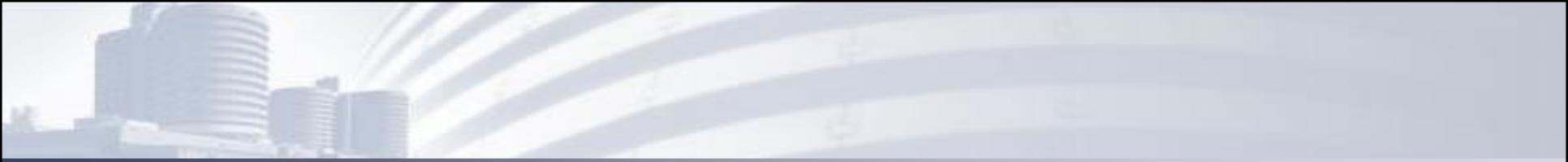
**Mannheim, 27. 11. 2008**

**DRG RESEARCH  
GROUP**  
Universitätsklinikum  
Münster

Dominik Franz

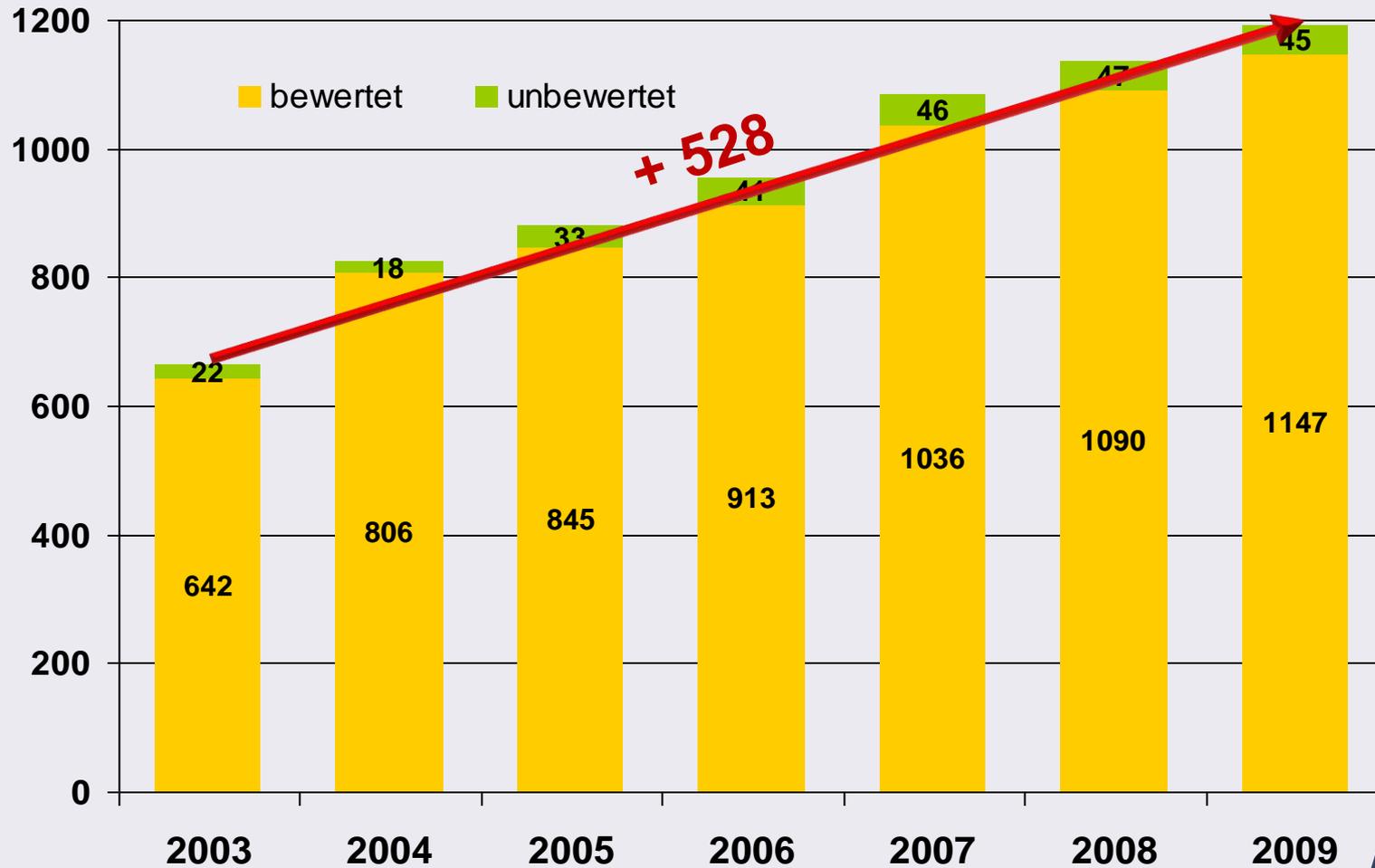
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster

Leiter: Prof. Dr. N. Roeder



# *Allgemeine Änderungen 2009*

# Quantitative DRG-Entwicklung

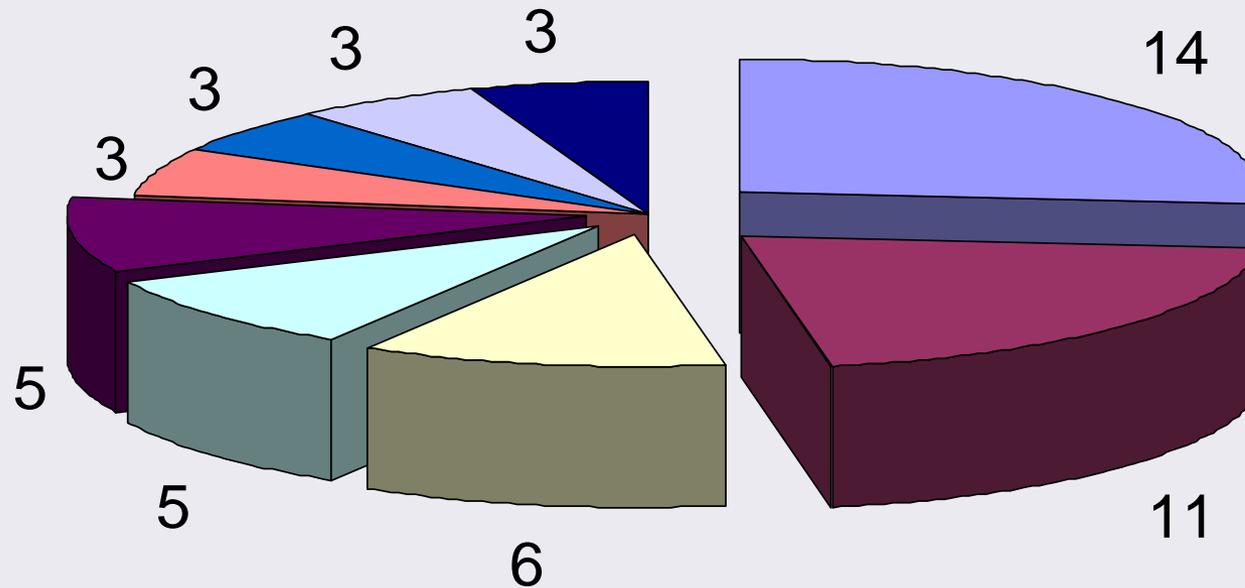


# Veränderungen in den MDCs

(nur MDCs mit veränderter DRG-Zahl)

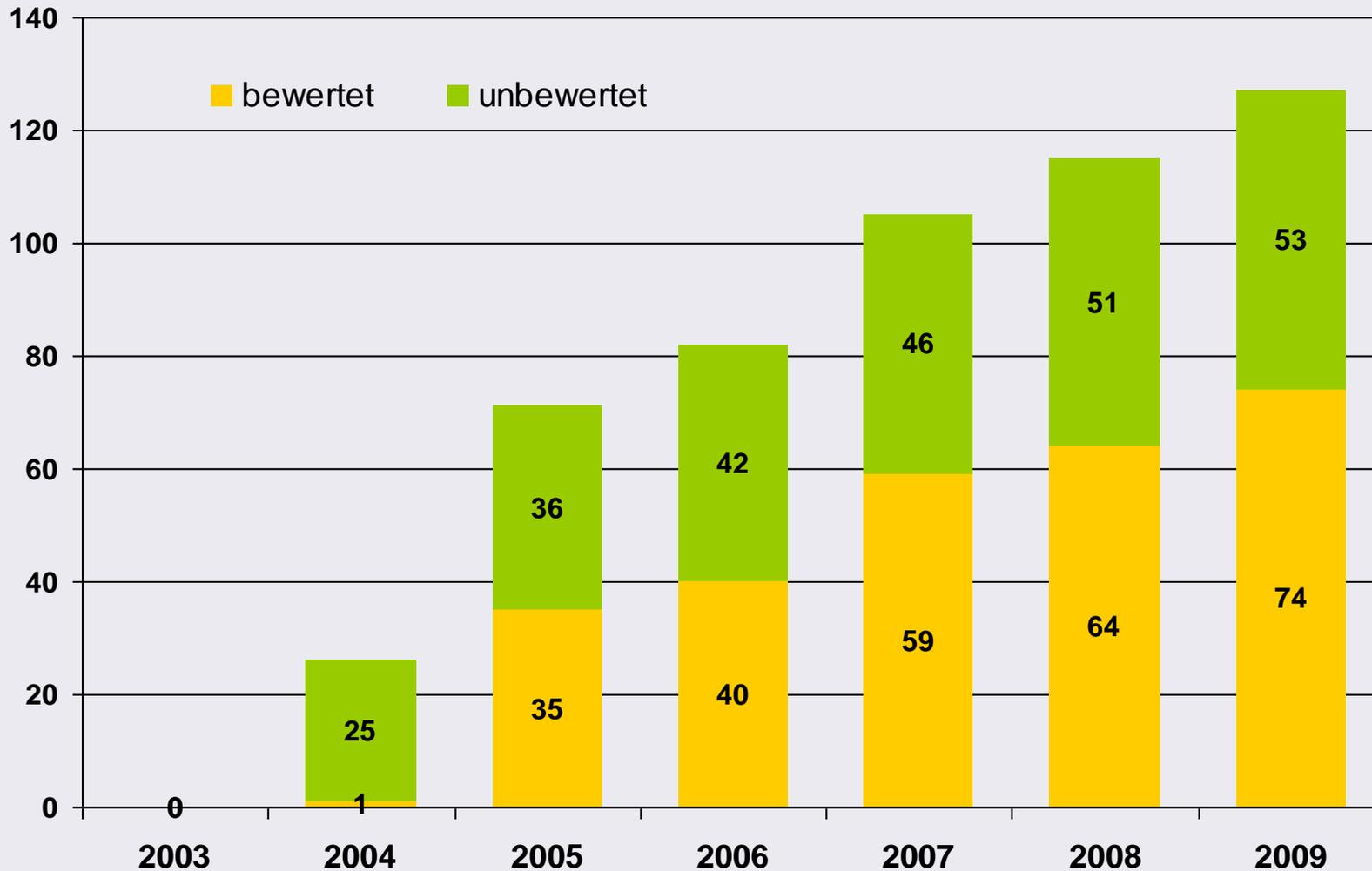
MDC	2008	2009	Δ
Pre-MDC	55	59	4
MDC 01 Nervensystem	101	103	2
MDC 02 Auge	30	33	3
MDC 04 Atmungsorgane	58	60	2
MDC 05 Kreislaufsystems	126	140	14
MDC 06 Verdauungsorgane	74	78	4
MDC 07 hepatobiliäres System und Pankreas	32	34	2
MDC 08 Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	127	138	11
MDC 09 Haut, Unterhaut und Mamma	47	52	5
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	37	39	2
MDC 11 Harnorgane	61	64	3
MDC 12 männliche Geschlechtsorgane	24	25	1
MDC 13 weibliche Geschlechtsorgane	35	37	2
MDC 15 Neugeborene	42	43	1
MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch	7	8	1

# Erweiterung des DRG-Kataloges



- neues Split-Kriteriums „aufwändige Konstellationen“
- Förderung von Transparenz und Entkondensation
- Erweiterung in der Pädiatrie
- weitere Differenzierung in der Intensivmedizin
- weitere Differenzierung bei Querschnittslähmung
- Differenzierung in der Onkologie
- Differenzierung in der rekonstruktiven Chirurgie
- Begegnung von Extremkosten
- Mehrzeitige/Mehrfach-Eingriffe

# Quantitative Entwicklung Zusatzentgelte



# Neue (bewertete) Zusatzentgelte für 2009

## - Anlage 2 Fallpauschalkatalog 2009 -

ZE	Bezeichnung
ZE95*	Gabe von Palifermin, parenteral
ZE96*	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal
ZE97*	Gabe von Natalizumab, parenteral
ZE98	Gabe von Palivizumab, parenteral
ZE99**	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert
ZE100*	Implantation eines endobronchialen Klappensystems
ZE101**	Medikamente-freisetzende Koronarstents
ZE102**	Vagusnervstimulationssysteme
ZE103**	Hämofiltration, kontinuierlich, venovenös. pumpengetrieben
ZE104**	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt
ZE106	Selektive Embolisation mit Coils an Lungengefäßen (bestehendem Zusatzentgelt zugeordnet)

\* NUB Status 1 2008

\*\* unbewertetes ZE 2008

# Neue (unbewertete) Zusatzentgelte für 2009

## - Anlage 4 Fallpauschalkatalog 2009 -

<b>ZE</b>	<b>Bezeichnung</b>
ZE2009-69	Gabe von Hämin, parenteral
ZE2009-70*	Radioimmuntherapie mit <sup>90</sup> Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
ZE2009-71*	Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga

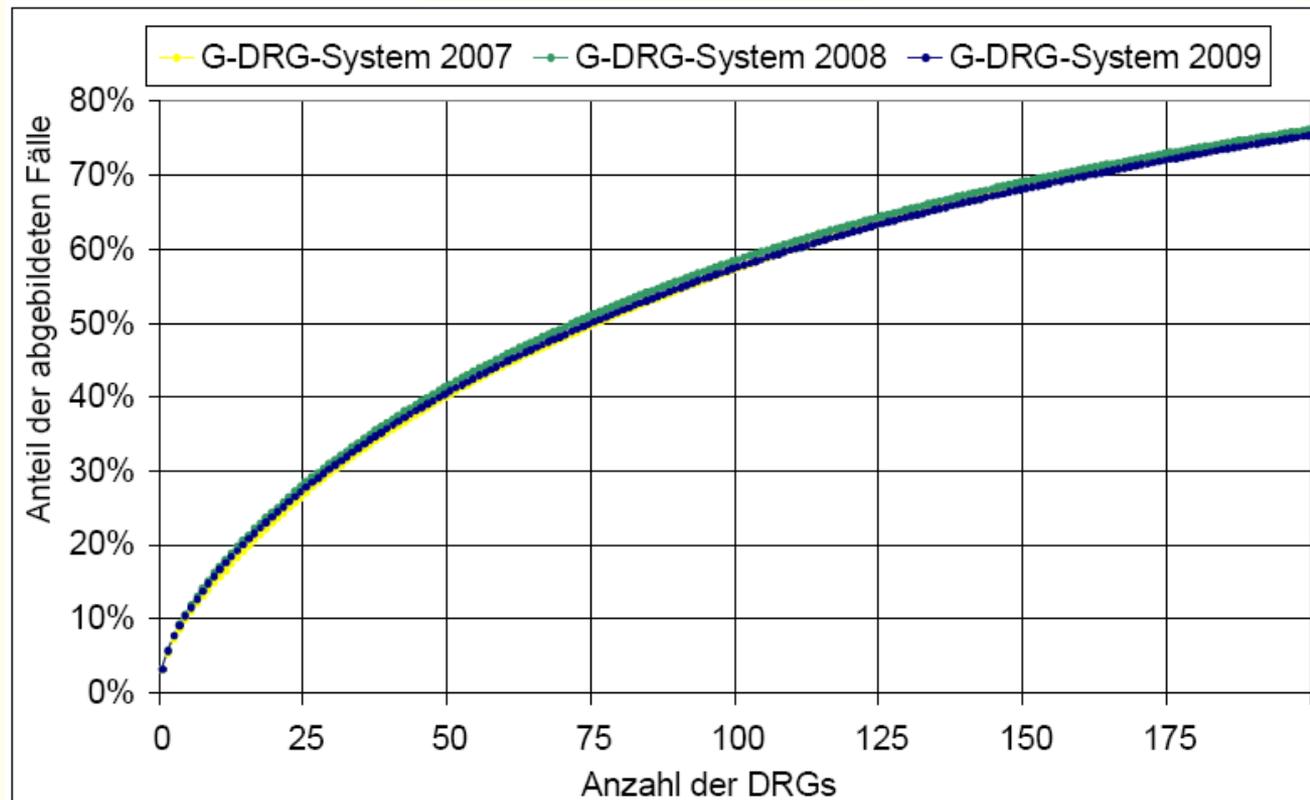
\* NUB Status 1 2008

# Kalkulationsstichprobe 2009

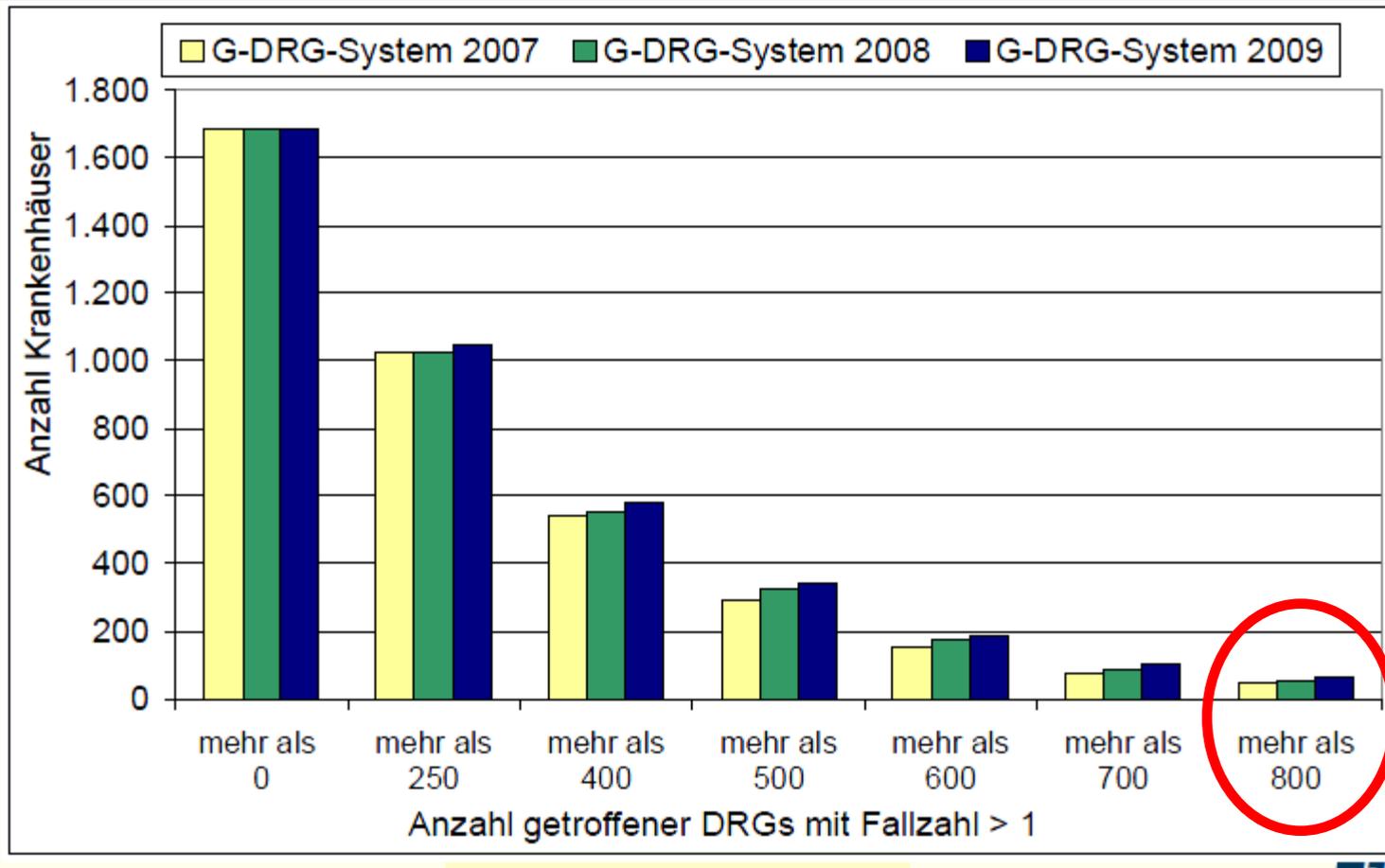
• Krankenhäuser mit Vereinbarung:	332	(+47)
• Krankenhäuser mit Datenlieferung:	251	(76%)
• Ausschluss aufgrund Plausibilitätsprüfung	33	(13%)
– 605.404 Fälle (14% aller Fälle)		
• Stichprobe	218	(- 3)
– davon Universitätskliniken	10	(+ 2)

## Anteil abgebildeter Fälle

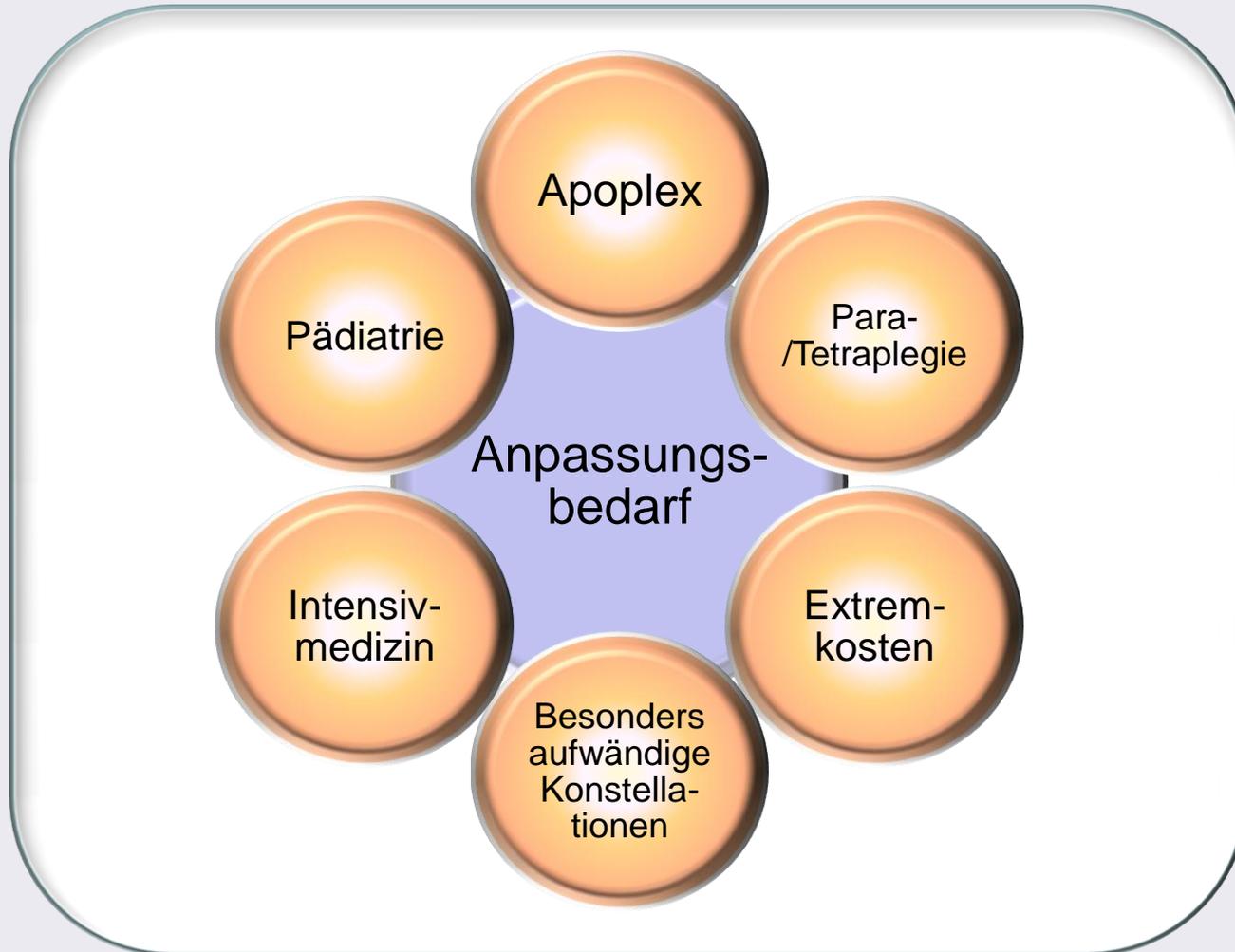
200 fallzahlstärkste DRGs, vollstat. § 21-Daten 2007



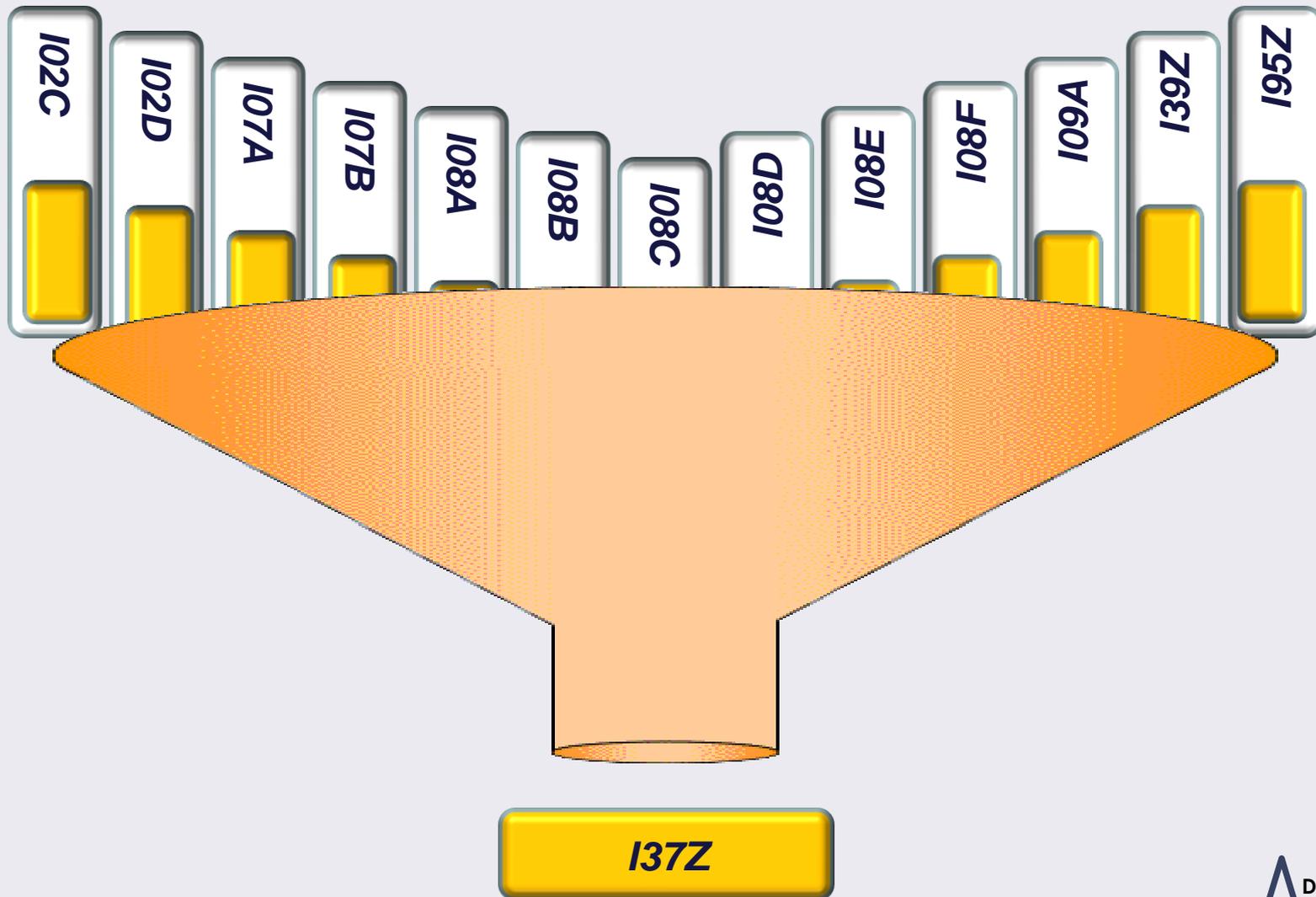
# Getroffene DRGs je Krankenhaus



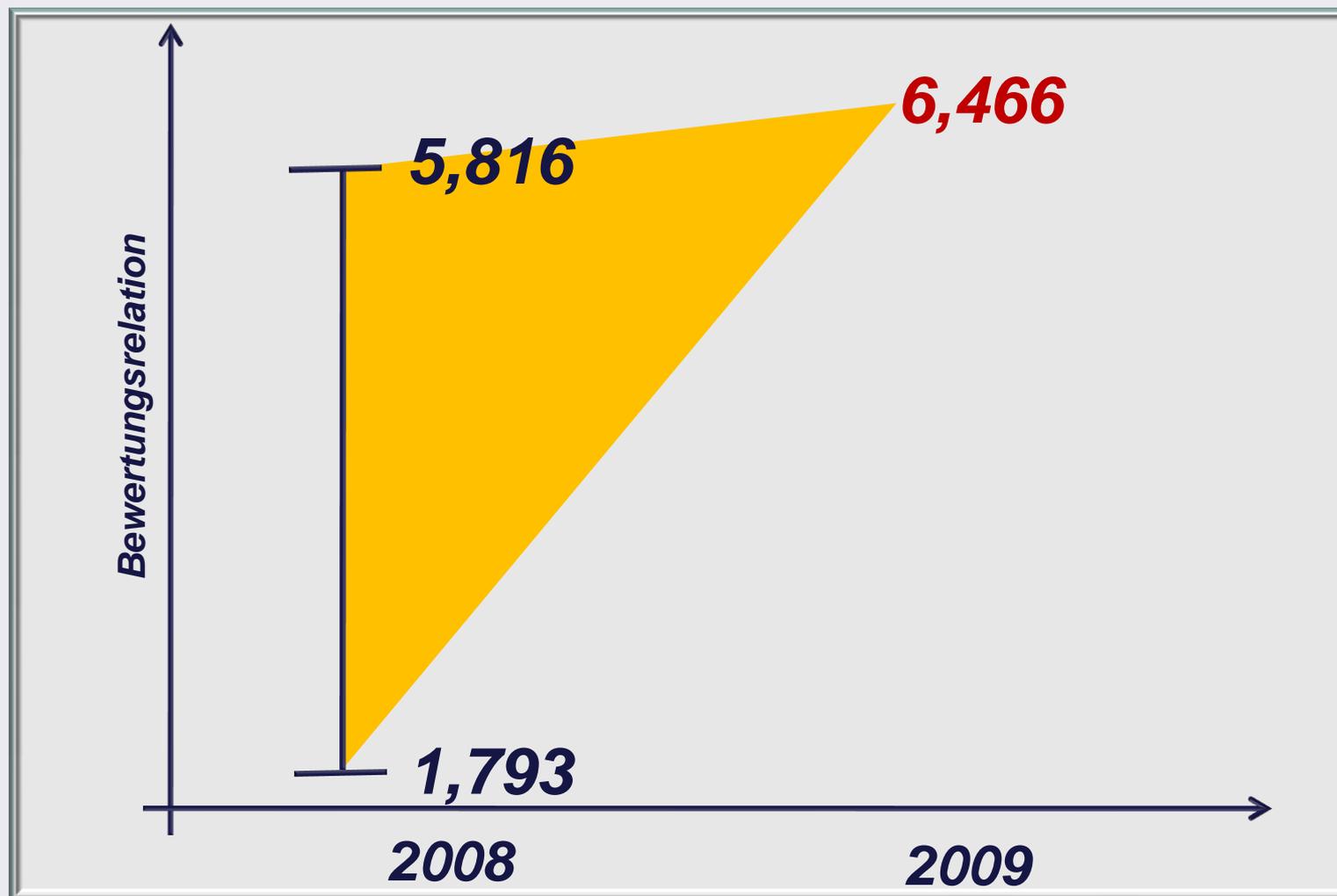
# Hauptpunkte der Bearbeitung 2009



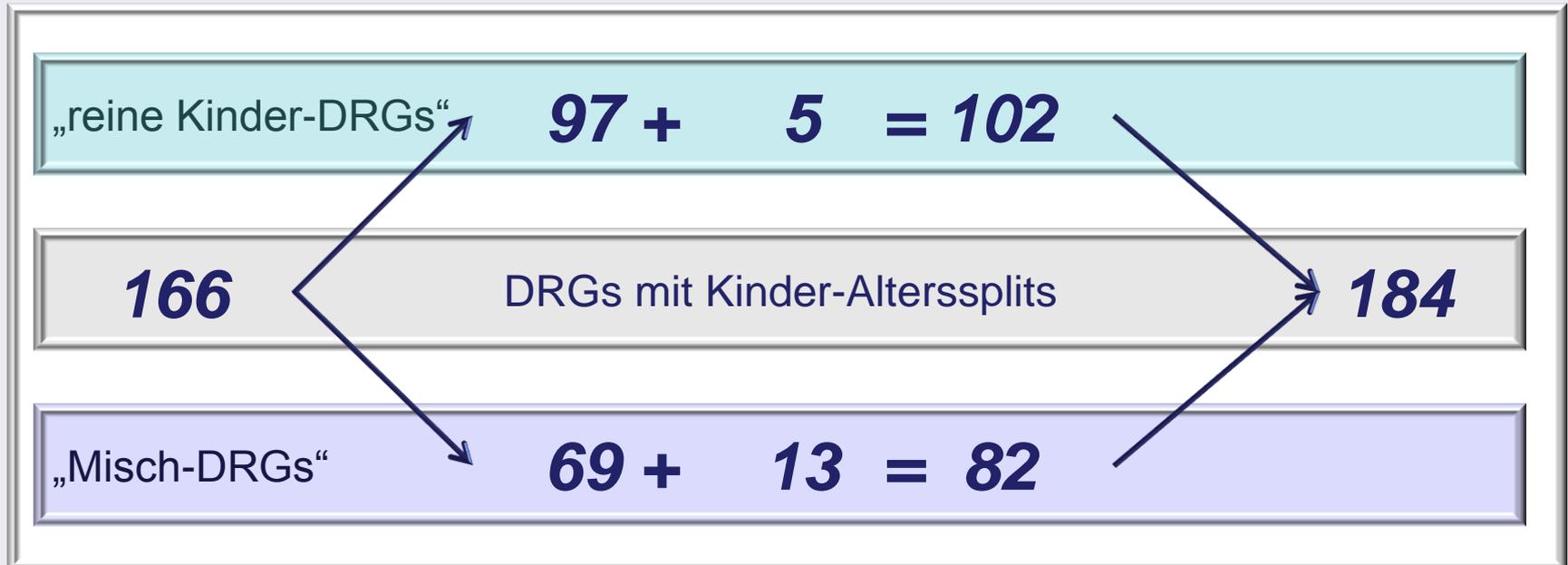
# „Sammeln“ von Extremkostenfällen



# Verbesserung der Vergütung der Extremkostenfälle der DRG I37Z (2009)



# Pädiatrie – jährliches Pflichtprogramm



- OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 2008
- Analyse durch ergänzende Datenbereitstellung für 2009 möglich
- Aufwertung innerhalb der Basis-DRG E40
- Aufwertung innerhalb der Basis-DRG E77
- Weitere Berücksichtigungen für die Kalkulation des Systems 2010 zu erwarten

# Veränderung der CCL-Matrix für 2009

- 4 Kodestreichungen (Zystitis, Alkalose, Flüssigkeitsüberschuss)
- 22 Kodeabwertungen (Elektrolytstörungen, Hypertone HI/NI)
- 272 Kodeaufnahmen (ausschließlich angeborene Fehlbildungen!)
- 32 Kodeaufwertungen (ausschl. angeborene Fehlbildungen!)

## → **Wenig datengetriebene Änderungen!**

- Überwiegend analoge Aufnahmen (extrem seltene Fehlbildungen)
- Keine Aufnahme unspezifischer Codes („n.n.bez.“)
- Außer für spezialisierte Leistungserbringer und „Kodierstrategen“ des letzten Jahres wenig Einfluss auf PCCL-Verteilung zu erwarten!

# Modifizierte DRG-Darstellung

**DRG D02A**

**Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC**

Prozedur in Tabelle TAB-D02-4 oder PCCL > 3 und Prozedur in Tabelle TAB-D02-2 und Prozedur in Tabelle TAB-D02-3

# Modifizierte DRG-Darstellung

**DRG D02A**

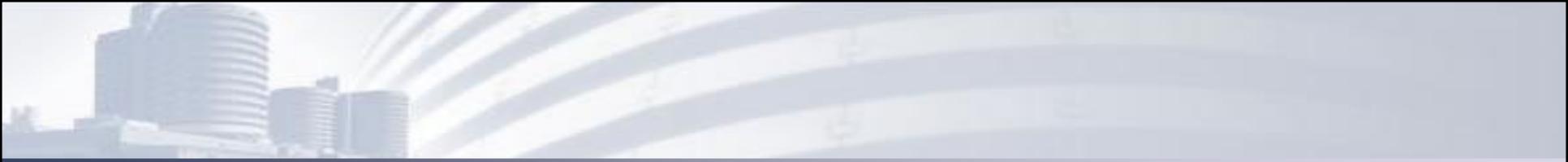
**Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC**

- Prozedur aus Resektionen mit komplexer Rekonstruktion am Kopf (TAB-D02-1)
  - Prozedur aus Komplexe Eingriffe an Kopf, Rachen (TAB-D02-6)
  - Prozedur aus Pharyngektomie, Laryngektomie mit gestielt. Fernlappen (TAB-D02-7)
    - PCCL > 3
- Prozedur aus Neck dissektion, mehr als drei Regionen (TAB-D02-2)
  - PCCL > 3
    - Prozedur aus Resektionen mit Rekonstruktion (Mundboden, Wange), Komplexe Eingriffe an der Haut (Lippe, Kopf, Hals) (TAB-D02-3)
    - Prozedur aus Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung (Kopf, Hals) (TAB-D02-4)
- Prozedur aus Transplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung (TAB-D02-5)
  - Prozedur aus Komplexe Eingriffe an Kopf, Rachen (TAB-D02-6)
  - Prozedur aus Pharyngektomie, Laryngektomie mit gestielt. Fernlappen (TAB-D02-7)
    - PCCL > 3

**UND**

Resektionen mit komplexer Rekonstruktion am Kopf	Komplexe Eingriffe an Kopf, Rachen	
	Pharyngektomie, Laryngektomie mit gestielt. Fernlappen	PCCL > 3
Neck dissektion, mehr als drei Regionen	PCCL > 3	Resektionen mit Rekonstruktion (Mundboden, Wange), Komplexe Eingriffe an der Haut (Lippe, Kopf, Hals)
		Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung (Kopf, Hals)
Transplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung	Komplexe Eingriffe an Kopf, Rachen	
	Pharyngektomie, Laryngektomie mit gestielt. Fernlappen	PCCL > 3

**ODER**



# ***2009 – Das Ende der Konvergenz- phase***

# Der ordnungspolitische Rahmen ab 2009

- **Was ist sicher?**

- Die Konvergenzphase geht wie vorgesehen am 31.12.2008 zu Ende! – es wird keine zeitliche Streckung o. ä. geben
- Ab dem 1.1.2009 gelten einheitliche Preise je Bundesland

***bundeseinheitl. BWR x Landesbasisfallwert***

- Alle Besonderheiten werden über krankenhausesindividuelle Zu- oder Abschläge vom LBFW berechnet

**Aus der Perspektive der Krankenhäuser  
existiert ein  
leistungsgerechtes Vergütungssystem  
aber *kein*  
leistungsgerechtes Vergütungsvolumen!**

# Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Technische Regelungen  
für Übergangszeit

Ordnungspolitische  
Fortentwicklung

Hilfsprogramm für  
Krankenhäuser

# Technische Regelungen...

- Abschaffung krankenhausesindividueller Basisfallwert
- DRG-Bewertung nur noch mit LBFW
- Dieser steht frühzeitig im Kalenderjahr fest, daher Verringerung bisher häufig hoher Erlösabweichungen durch verspätete krankenhausesindividueller Budgetverhandlungen
- Bei Krankenhäusern, die 2009 noch durch Kappungsgrenze ein (§ 4 Abs. 2 KHEntgG) abweichendes Erlösbudget haben, erfolgt Finanzierung der Differenz zum LBFW durch Zu- / Abschläge nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
- 3-jährige Konvergenzphase für besondere Einrichtungen, die ins DRG-System eingegliedert werden, Verrechnung mit Hilfe von Zu- oder Abschlägen

# Nutzung der G-DRGs nach der Konvergenz (KHRG)

- Landesweit gleicher Basisfallwert, aber weiterhin
  - werden Budgets für jedes Krankenhaus verhandelt
  - werden Abweichungen von der Vereinbarung ausgeglichen
  - müssen die Leistungen sehr genau prospektiv geplant werden

# ***Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)***

Technische Regelungen  
für Übergangszeit

Ordnungspolitische  
Fortentwicklung

Hilfsprogramm für  
Krankenhäuser

# Ordnungspolitische Fortentwicklung

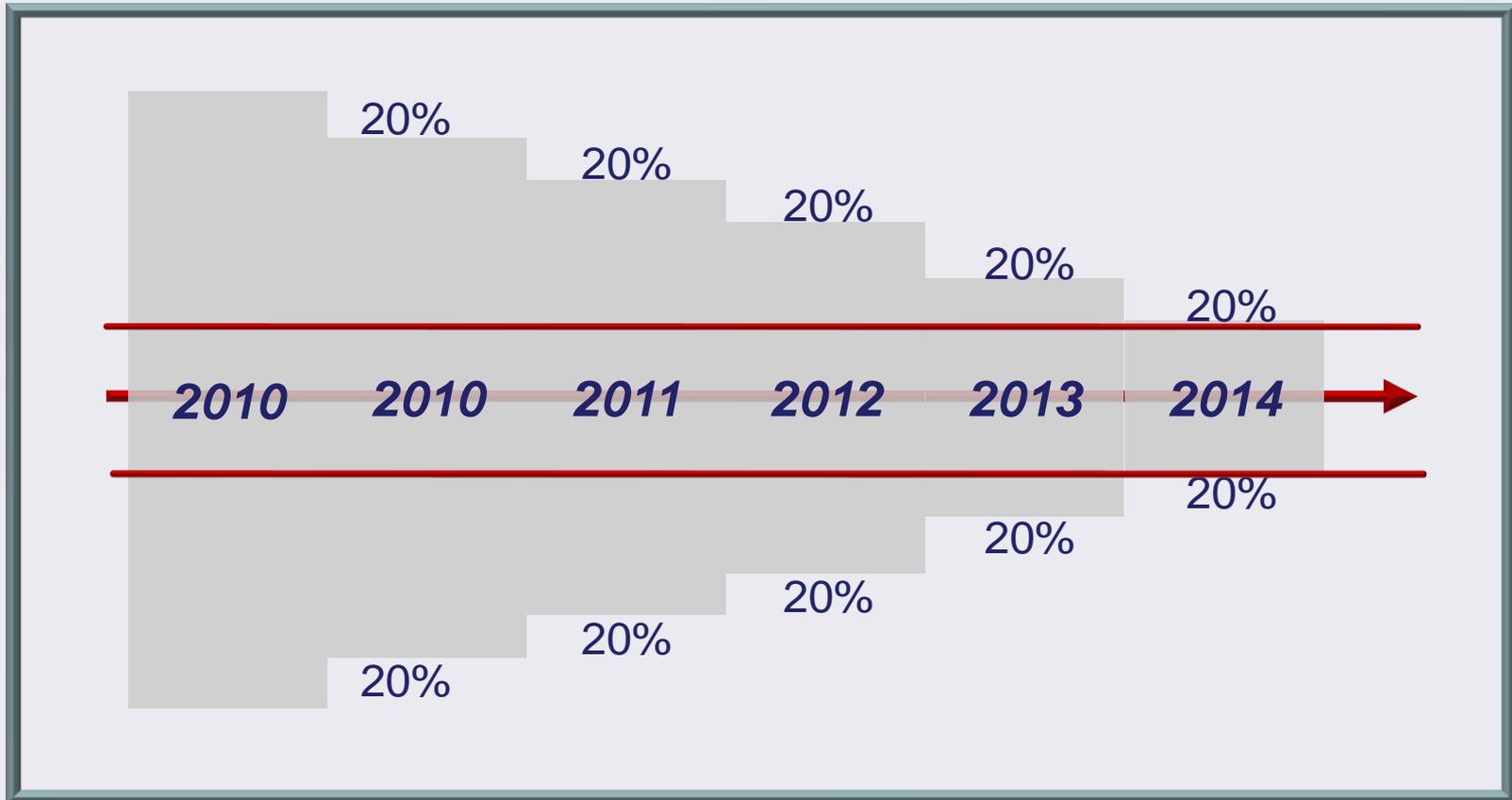
## Investitionspauschalen – Belange der Bundesländer

- **Ziel:** Ab 2012 Förderung von Krankenhausinvestitionen grundsätzlich über „leistungsorientierte Investitionspauschalen“ – Unikliniken inkl. (Psychiatrie/ Psychosomatik ab 2014)
- Bis Ende 2009 Ermittlung von Grundsätze und Kriterien für bundeslandbezogene Investitionsfallwerte
- Detailregelungen noch offen
- Weiterhin Wahlmöglichkeit der Länder zwischen Investitionspauschalen vs. Einzelförderung

# Konvergenz auf Basisfallwertkorridor

- Basisfallwertkorridor von + 2,5/- 1,5 % um bundeseinheitlichen BFW
- Konvergenz in fünf gleichen Schritten (20%) von 2010-2014 an die Außengrenze des Korridors
- InEK ermittelt bundeseinheitlichen Basisfallwert bis 30.09. jeden Jahres
  - Grundlage: aktuellen Landesbasisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche
  - Gewichtung mit effektivem Casemix, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurde
  - ➔ Berechnung des Bundesbasisfallwertes aus LBFW des Vorjahrs
  - ➔ Aber Berücksichtigung der Veränderungsrate/des Veränderungswerts
  - ➔ Schiedsstelle entscheidet bei Nichteinigung

# Das neue Konvergenzzeitalter



# Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Technische Regelungen  
für Übergangszeit

Ordnungspolitische  
Fortentwicklung

Hilfsprogramm für  
Krankenhäuser

# Hilfsprogramm Krankenhaus

## Sonderprogramm Pflegepersonal

- Innerhalb von 3 Jahren Aufbau einer anteiligen Finanzierung (70%) von ca. 21.000 zusätzlichen Pflegestellen (Budgeterhöhung bis 0,48%/a)
- Ausgangsbasis: Bestand am 30. Juni 2008
- Verwendung bis 5 % der Summe zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationen in der Pflege
- Krankenhaus kann Zuschlag bereits vor Vereinbarung mit Vertragsparteien vorläufig festsetzen und berechnen
- ungenutzte Mittel sind zurückzuzahlen
- Nach Auslaufen der Förderung ab 2012 Berücksichtigung über LBFW (§ 10 Abs. 12 KHEntgG)
- Auftrag an InEK: zielgerichtete Zuordnung von Finanzmittel im DRG-System in Bereichen mit erhöhten pflegerischen Aufwand