

# **Aktueller Entwicklungsstand der G-DRGs**

## **Status quo aus Sicht des BMC**

---

**3M, 11.06.2002, Neus**

**Ferdinand Rau - BMC**

- Ziele der DRG-Einführung
- FPG: Gesetzlicher Rahmen bis 2006
- Stand der Selbstverwaltung
- DKG-Interimsmodell

# Ziele der DRG-Einführung

---

- ⌘ Nutzung zusätzlicher Wirtschaftlichkeitsreserven  
(Verweildauer, Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation)
- ⌘ Stärkere Leistungsorientierung der Vergütung,  
Verbesserung der Allokationseffizienz
- ⌘ Verbesserung der Transparenz
- ⌘ Verbesserung der internen und externen  
Vergleichbarkeit

# Potentiale zur Optimierung der Ablauforganisation z. B. OP

---

- ⌘ 80% der Abteilungen haben zu hohe OP-Saalkapazitäten
- ⌘ 60% von 240 KHS beschäftigen zu viel OP-Funktionspersonal
- ⌘ 90% der Abteilungen weisen einen zu späten OP-Beginn auf, bei 70% sind die Arbeitszeiten nicht auf den OP-Beginn und auf die anderen Berufsgruppen abgestimmt (Ursachen für Wartezeiten und Überstunden!)
- ⌘ 65% der Abteilungen haben zu lange OP-Wechselzeiten
- ⌘ mehr als 50% aller KHS haben eine für Planungs- und Steuerungszwecke, teilweise auch für gesetzliche Vorgaben nicht ausreichende bzw. zu umständliche Dokumentation (z. B. Doppel- oder Dreifacherfassung)

# Ziele der DRG-Einführung

---

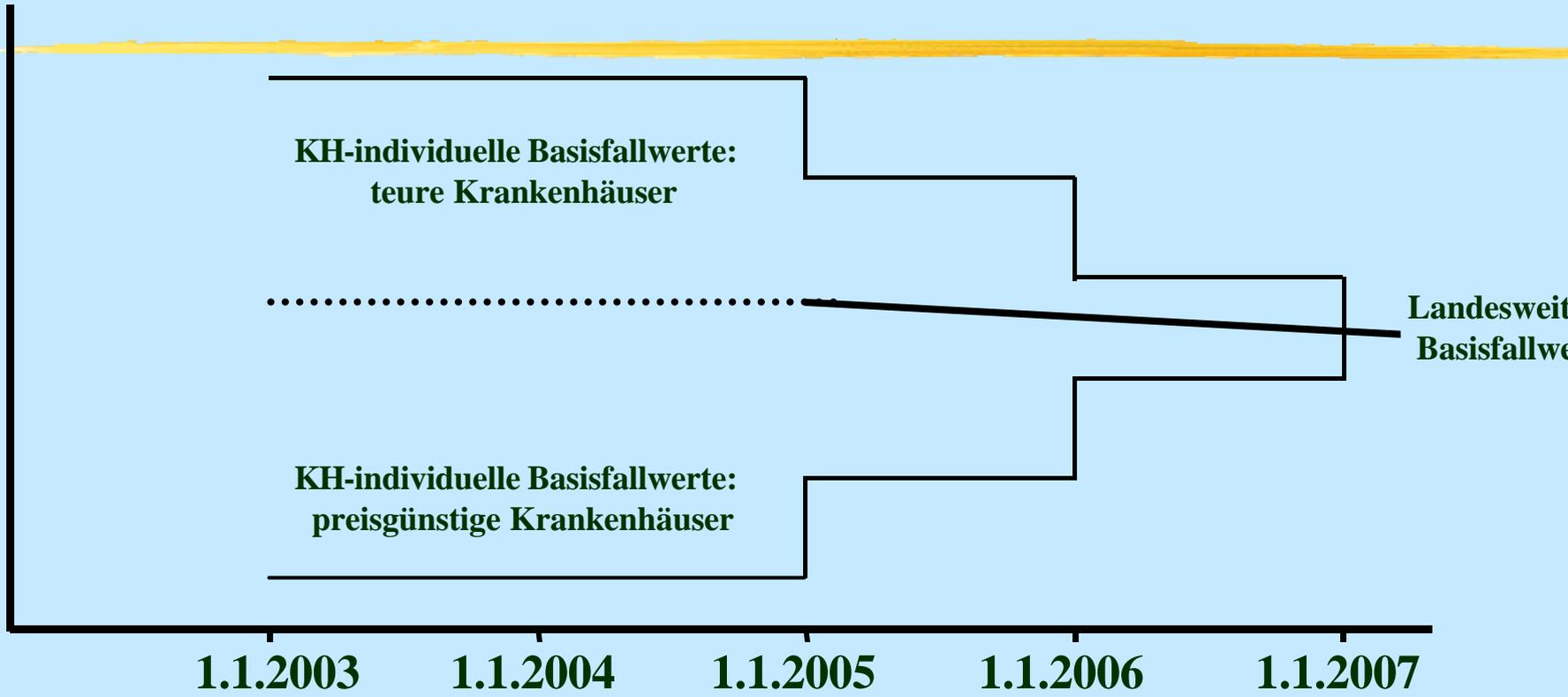
- ⌘ Nutzung zusätzlicher Wirtschaftlichkeitsreserven  
(Verweildauer, Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation)
- ⌘ Stärkere Leistungsorientierung der Vergütung,  
Verbesserung der Allokationseffizienz
- ⌘ Verbesserung der Transparenz
- ⌘ Verbesserung der internen und externen  
Vergleichbarkeit

- ⌘ Freiwillige DRG-Einführung für KHS
- ⌘ Vorläufiger DRG-Katalog 2003 mit deutschen Relativgewichten u.a. mit Näherungswerten auf der Grundlage australischer Relativgewichte, wenn Fallzahl sonst zu gering ist (vs. umfangreiches Restbudget)
- ⌘ wenn  $\geq 90$  % des Gesamtbetrags mit DRGs abbildbar (ohne Psychiatrie, Ausbildung, Zusatzentgelte), dann einseitige KH-Entscheidung bis 31.10.2002; sonst Zustimmung KKS vor Ort erforderlich

- ⌘ KH-Budgetvereinbarung wie bisher (§ 6 Abs. 1 BPfIV), Abrechnung von DRGs als Abschlag auf vereinbarte Budgets (kh-individuelle Punktwerte)
- ⌘ Vorlage von Art und Anzahl der DRG-Leistungen 1. HJ 2002 (bei hinreichender Kodierqualität auch 2. HJ 2001)
- ⌘ Aussetzung des KH-Vergleichs in der Preishöhe; Weitergeltung für die Verhandlung von Leistungsveränderungen
- ⌘ 95 % Mindererlöse, 75 % Mehrerlöse

# Phasen der DRG-Einführung

Das Institut für Gesundheitsökonomie



## Budgetneutrale Phase

## Konvergenzphase

### 2003 Optionsmodell

### 2004 Verpflichtende DRG-Abrechnung

- freiwillige DRG-Abrechnung
  - 95% Mindererlösausgleich
  - 75% Mehrerlösausgleich
  - Aussetzung KH-Vergleich in der Preishöhe
- Erklärungsfrist 31.10.2002

- 40% Mindererlösausgleich
- 65% Mehrerlösausgleich
- Aussetzung KH-Vergleich in der Preishöhe

- stufenweise Anpassung KH-individueller Basisfallwerte/Erlösbudgets an landesweite Basisfallwerte

# Stand der Selbstverwaltung

---

- ⌘ Kodierregeln (Inkrafttreten: 1.1.2002)
- ⌘ Abschluss Methoden-Pretest, Überarbeitung Kalkulationshandbuch
- ⌘ Erhebung von Kosten- und Leistungsdaten ab 1.1.2002 (rd. 260 KHs), Datenlieferung 06-07/02
- ⌘ DRG-Institut in Gründung (Personalaufbau)
- ⌘ Offen: Mapping, DRG-Handbücher, Abrechnungsregeln, Systemregeln, Kalkulation, Grouper-Zertifizierung

# Zeitplan der Selbstverwaltung

---

	<b>Soll</b>	<b>Ist</b>
Mapping	11/00	Offen
D-Übersetzung AR-DRGs	11/00	Offen
DRG-Handbuch	11/00	Offen
Abrechnungsregeln	09/00	Offen
Kalkulation	12/01	Ggf. ab 08/02
Groupier-Zertifizierung	(Anfang 02)	Offen

# DKG-Interimsmodell

---

- ⌘ DKG-Bereitschaft zu pragmatischem Vorgehen mit Scheiterns-Erklärung in Aussicht
- ⌘ KKGs signalisieren Verhandlungsbereitschaft
- ⌘ Schiedsentscheidung durch BMG auch bei noch nicht verhandelten, offenen Punkten (z.B. Kalkulation)?
- ⌘ Ist BMG-Rechtsverordnung hinreichend für zeitgerechten DRG-Start 2003?