

Stellungnahme

zum

Entwurf des Kalkulationsinstitutes (InEK) zur Korrektur der Vergütung von Fallpauschalen mit hohen Sachkosten

Hintergrund ist der gesetzliche 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.“

I. Kurzfassung

Analyse

Als Bestandteil der Krankenhausreform (KHSG) hat das Kalkulationsinstitut die Übervergütungen der Sachkosten im DRG-System zu analysieren und Vorschläge zu deren Abbau zu entwickeln. Die vorgelegte Analyse unterstellt die generelle Übervergütung der Sachkosten und somit auch der Medizinprodukte aller Fallpauschalen, ohne die dafür begründenden Daten auszuweisen. Als Konsequenz führt der Vorschlag zu einer Umverteilung der Mittel von Sachkosten zu Personalkosten der Fallpauschalen, ohne die Folgen von Fehlanreizen und Fehlsteuerungen in der Patientenversorgung zu berücksichtigen.

Wird das Konzept umgesetzt, ist mit einer massiven Umverteilung von Sachkosten hin zu Personal- und Infrastrukturkosten in Höhe von ca. 1,8 Mrd. Euro zu rechnen. Krankenhäuser geringer Versorgungsstufen werden besser vergütet. Hochspezialisierte und innovative Krankenhäuser, wie Universitäten und Zentren verlieren überproportional Finanzmittel, was in der Konsequenz zu Qualitätseinbußen führt.

Lösungsvorschlag

Als sachgerechte Lösung schlagen wir vor, mit einer Datenerhebung die Fallpauschalen zu identifizieren, die tatsächlich Übervergütungen bei den Sachkosten enthalten und diese abzusenken. Die Korrekturen sind schrittweise, über einen festgelegten Zeitraum, durchzuführen. Die Bewertungsrelationen können so sachgerecht angepasst werden. Die Erweiterung der Kalkulationsstichprobe erhöht die Abbildungsgenauigkeit der Prozeduren.

II. Analyse

Der BVMed spricht sich ausdrücklich für die Beibehaltung des bisherigen Grundsatzes der DRG-Weiterentwicklung auf Grundlage der Erhebung von Ist-Daten für die Kalkulation der Fallpauschalen aus. Die vom Gesetzgeber geforderte Behebung möglicher Fehlanreize in der Sachkostenvergütung ist auf Basis dieser vorliegenden Ist-Daten durch entsprechende Korrekturen bei der DRG-Kalkulation vorzunehmen.

Es wird davon ausgegangen, dass das vorgestellte Konzept die Komponenten des Gesetzgebungsverfahrens ausreichend berücksichtigt; Anpassung der Relativgewichte für Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen, Pflegestellenförderprogramm, Fixkostendegressionsabschlag, etc.

Das vorgestellte Konzept ist in seiner jetzigen Art aus verschiedenen Gründen abzulehnen:

- a) Der Gesetzestext gibt eine Analyse in Bezug auf eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile vor. Das vorgestellte Konzept sieht allerdings keine Analyse vor, sondern geht von einer generellen Übervergütung von Sachkostenanteilen bei allen DRGs aus. Demgegenüber besteht der Übervergütungstatbestand (Hebeleffekt durch Differenz zwischen Basisfallwert und Bezugsgröße) allerdings ebenso bei Personal- und Infrastrukturkosten. Insofern ist eine Analyse der einzelnen DRGs unabdingbar.
- b) Wird das vorgeschlagene Konzept umgesetzt, ist mit einer massiven Umverteilung von Sachkosten hin zu Personal- und Infrastrukturkosten in Höhe von ca. 1,8 Mrd. Euro¹ zu rechnen. Das entspricht 2,9 % des Gesamtbudgets des Krankenhaussektors.

Um unvorhergesehene Fehlanreize und Fehlsteuerungen in der Patientenversorgung zu verhindern, darf die Anwendung der neuen Methodik in Anlehnung an die bisherige Vorgehensweise des „lernenden Systems“ nur schrittweise erfolgen. Die vorgesehene Umsetzung in nur einem Schritt, anstatt einer sukzessiven Anpassung, ist aufgrund der enormen und nur teilweise absehbaren Auswirkungen unbedingt zu vermeiden.

- c) Das Heranziehen des Bundesbasisfallwertes bei der Relativgewichtskorrektur ist nicht nachvollziehbar. Die Differenz zwischen Bezugsgröße und Bundes- bzw. Landesbasisfallwert steht in keinerlei Zusammenhang mit der postulierten Übervergütung von Sachkosten. Die Landesbasisfallwerte ergeben sich aus den Verhandlungen auf Landesebene; insbesondere historisch bedingte Budgettatbestände in den Ländern. Demgegenüber wird die Bezugsgröße vom InEK anhand einer Methodik entwickelt, die den nationalen Casemix zwischen zwei aufeinanderfolgenden DRG-Versionen konstant hält; kein Katalogeffekt auf nationaler Ebene.

Im Abschnitt Alternativvorschläge wird eine Methode dargelegt, die der Übervergütung von Sachkosten datenbasiert Rechnung trägt und somit dem gesetzlichen Auftrag entspricht.

- d) Der vorgestellte InEK-Vorschlag berücksichtigt nicht, dass die meisten Bundesländer, 13 von 16, einen Landesbasisfallwert unterhalb des Bundesfallwerts bzw. an der unteren Korridorgrenze haben. Lediglich in drei Bundesländern liegt der Landesbasisfallwert oberhalb des Bundesfallwerts. Das vorgestellte Konzept würde in 13 Bundesländern zu einer Unterfinanzierung der realen Sachkosten führen. Dies ist nicht sachgerecht.

¹ Daten geschätzt aufgrund der öffentlich verfügbaren Informationen; eigene Hochrechnung

- e) Die vom InEK auf dem DRG-Forum 2016 in Berlin dargestellte Umverteilung (75 % der Krankenhäuser sollen einen Casemix-Zuwachs erfahren) lässt vermuten, dass die Verteilung der Mittel in die falsche Richtung läuft. Es ist zu befürchten, dass das Geld hauptsächlich in Krankenhäuser niedriger Versorgungsstufen fließt. Stattdessen müsste aufgrund des Kompressionseffektes eines DRG-Systems die Umverteilung an die Krankenhäuser erfolgen, die hochspezialisierte und aufwendige Versorgungen durchführen. Gerade Hochleistungszentren (Universitätskliniken, Maximalversorger und hochspezialisierte Kliniken sowie in besonderem Maße Herzzentren) haben einen überproportional hohen Anteil sachkostenintensiver Leistungen. Diese Zentren werden durch das Konzept von erheblichen Erlösverlusten betroffen sein, was zu einer Einschränkung sowohl innovativer als auch medizinisch unbestritten erforderlicher aber sachkostenintensiver Verfahren führen wird.
- f) Bereits heute ist die Vergütung von Kurzliegern in einer Vielzahl von Misch-DRGs (sachkostenintensive sowie weniger sachkostenintensive Leistungen in einer DRG) kritisch zu sehen. In diesen DRGs ist bei Kurzliegern die Vergütung sachkostenintensiver Leistungen nicht kostendeckend, da die Sachkosten aufgrund der Mischkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Der vorgestellte Vorschlag nimmt keine Rücksicht hierauf, stattdessen verschlechtert er die Kurzlieger-Vergütungssituation für sachkostenintensive Leistungen.
- g) Die durch den InEK-Vorschlag bedingte überproportionale Abwertung der Sachkosten wird zu einer Qualitätseinbuße führen. Die bisherige Vergütungssituation erlaubt es den Zentren, solche nicht ausreichend finanzierten Leistungen quer zu finanzieren. Da das InEK-Konzept nun eine in Bezug auf die Leistung undifferenzierte, alle DRGs betreffende, massive Abwertung der Sachkostenvergütung auslösen wird, werden diese innovativen und/ oder teureren Verfahren für Hochleistungszentren nicht mehr leistbar sein. Auch ist zu erwarten, dass Material für eine Patientenbehandlung nicht mehr nach dem Gesichtspunkt der medizinischen Notwendigkeit, sondern nur nach wirtschaftlichen Überlegungen beschafft und eingesetzt wird. All diese Faktoren werden zu einem Rückgang der Qualität führen, was im Gegensatz zur Intention der Gesetzgebung steht. Das Fallpauschalensystem soll für eine sachgerechte Vergütung in der stationären Versorgung sorgen und dabei unterschiedliche Behandlungsmethoden sachgerecht abbilden. Gleichzeitig soll der Differenzierungsgrad des Vergütungssystems praktikabel sein.

In einem solchen System ergibt sich die Bewertungsrelation aus den Durchschnittskosten derjenigen Behandlungsfälle, die einer Fallgruppe zugeordnet sind. Es gibt somit Fälle, die innerhalb der DRG überfinanziert sind, und solche, die unterfinanziert sind. Die sachkostenlastigeren Verfahren sind oftmals davon betroffen. Dies ist im Blick auf die Praktikabilität des Vergütungssystems auch hinzunehmen, sofern dies nicht zu Fehlanreizen führt, den Patienten für eine Indikation eine hochwertigere Therapie vorzuenthalten oder systematisch aus Ertragsgründen eine innerhalb der DRG überfinanzierte Therapie anzubieten.

In der Praxis kommt es bei der Abbildung unterschiedlicher Verfahren zur Behandlung des selben Krankheitsbildes über dieselbe DRG (sog. Misch-DRG) zu strukturellen Übervergütungen und damit zu vermeintlich wirtschaftlichen Vorteilen für kostengünstige Methoden, die eine schlechtere Ergebnisqualität oder höhere Nebenwirkungen zeigen als qualitativ hochwertige, aber teurere bzw. sachkostenlastigere Methoden. Die vorgesehene pauschale Absenkung der Sachkosten würde diesen Fehlanreiz verstärken. Diese Fehlanreize müssten vom InEK ebenfalls identifiziert und durch entsprechende Maßnahmen, z. B. durch DRG-Splits geheilt werden.

Beispiele zur Verdeutlichung des Fehlanreizes der bisherigen Systematik:

> **Kolorektales Karzinom**

Bei der Operation des kolorektalen Karzinoms können offene als auch minimalinvasive Operationsverfahren durchgeführt werden. Insbesondere technische Entwicklungen der modernen Optik, ermöglichen patientenschonende, minimalinvasive Operationen, deren gleichwertiges onkologisches Outcome in randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. In England hat NICE die Vorrangigkeit der minimalinvasiven Verfahren festgeschrieben und das NHS fördert das Training der Chirurgen über ein nationales Programm. Aus den höheren Sachkosten resultiert bereits heute ein Fehlanreiz, weiterhin primär offene Operationen durchzuführen. So liegt der Anteil laparoskopischer Operationen des kolorektalen Karzinoms in Deutschland unter dem europäischen Durchschnitt.

> **Gutartige Prostatavergrößerung**

Die operative Standardtherapie bei der Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung ist die operative Entfernung des Gewebes mittels der transurethralen Resektion der Prostata. Dabei kommt es in einer nennenswerten Zahl von Fällen zu Impotenz oder Inkontinenz und in der Mehrzahl der Fälle zu retrograden Ejakulationen. Andere Verfahren, wohlgerne nicht die derzeit vom G-BA untersuchten Methoden, weisen diese Nebenwirkungen (inklusive der Folgekosten bei Inkontinenz) nicht oder deutlich seltener auf, sind aber zugleich deutlich teurer. Auch sind sie im Verhältnis zur Standardtherapie, aufgrund der Zuordnung zur selben Fallgruppe, in Deutschland kaum wettbewerbsfähig.

> **Resorbierbare Metallplatten**

Bei der Versorgung von Frakturen werden, neben der konservativen Behandlung, heutzutage meist Implantate verwendet. Sie gewährleisten eine sichere Fixierung nach der Reposition der Knochenenden bzw. Bruchstücke. Als Implantate kommen bei großen Knochen in der Regel Marknagel oder Platten, bei den kleinen Knochen, wie an Hand und Fuß, Schrauben, Drähte oder kleine Platten zum Einsatz. Nach der Frakturheilung wird ein Großteil der Implantate, die aus Metallen, wie Stahl oder Titan bestehen, in einer zweiten Operation wieder entfernt. Man spricht deshalb auch von temporären Implantaten, die deshalb mit dem vollen MwSt.-Satz belegt sind. Bereits seit einigen Jahren gibt es Schrauben, Pins, Platten und Nägel aus bio-resorbierbarem Material, die sich nach einigen Monaten im Körper auflösen bzw. vom Gewebe resorbiert werden. Die Notwendigkeit einer zweiten Operation, mit all ihren Risiken, wie Anästhesie, Infektionen, Wundheilungsstörungen etc., entfällt hiermit. Dennoch konnten sich diese Implantate bei den Osteosynthesen im Markt nicht durchsetzen, da sie ca. 20 - 50 % mehr kosten, die Krankenhäuser aber über die DRG lediglich den gleichen Erlös erhalten. Im Gegenteil: Durch den Wegfall des Erlöses der Zweit-OP werden die Krankenhäuser quasi auch noch „bestraft“.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Entwicklung von bio-resorbierbaren Materialien bzw. Implantaten in der Vergangenheit durch Mittel von Bund und den Ländern gefördert wurde. Durch die momentan rein kostengetriebenen DRG-Situation wird der Marktzugang und die Versorgung der Patienten mit dieser sinnvollen Technologie regelrecht verhindert.

Quellen:

„Resorbierbare Knochenschrauben aus Metall“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/527.php>, 31.07.2015

„Resobone – Generative Fertigung von Knochenersatzimplantaten aus resorbierbaren Werkstoffen“ der Uniklinik RWTH Aachen, <http://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuer-zahnaerztliche-prothetik-und-biomaterialien-zentrum-fuer-implantologie/forschung-lehre/lehr-und-forschungsgebiet-zahnaerztliche-werkstoffkunde-und-biomaterialforschung/projekte/resobone.html>, 31.07.2015

III. Alternative

Generell sind die Korrekturen der Bewertungsrelationen nicht in einem Schritt, sondern über mehrere, z. B. fünf Jahre sukzessive vorzunehmen. Durch eine schrittweise Umsetzung ab 2017 kann die Methodik, falls erforderlich, angepasst werden. Außerdem sind die Auswirkungen auf die betroffenen Krankenhäuser, ebenso wie Fachabteilungen bzw. medizinische Fachbereiche, besser analysier- und adaptierbar.

Eine schrittweise Umsetzung ermöglicht, die ebenfalls gesetzlich vorgesehene Erweiterung der Kalkulationsstichprobe und die damit verbundenen Auswirkungen auf den Sachkostenanteil der DRGs in erforderlichem Maße zu berücksichtigen. Die amtliche Begründung zum KHSG führt insbesondere eine Übervergütung von sachkostenintensiven Leistungen aufgrund einer nicht repräsentativen Kalkulationsbeteiligung aus.

Misch-DRGs, die sachkostenintensive sowie weniger sachkostenintensive Leistungen beinhalten, z. B. F59, sind zu splitten oder entsprechende Zusatzentgelte zu etablieren.

Konkreter Alternativvorschlag zum vorgestellten Konzept:

> Absenkung von Sachkostenanteilen in DRGs, die tatsächlich in relevantem Maße von Übervergütungen betroffen sind

Dieser Vorschlag versucht, die Intention des Gesetzes bestmöglich umzusetzen. Durch eine Analyse der Sachkosten müssen die DRGs detektiert und eine Korrektur der Bewertungsrelationen durchgeführt werden, bei denen eine Übervergütung der Sachkostenanteile zu Fehlanreizen führt.

1. Das Institut wird beauftragt, eine Analyse und Priorisierung der Fallpauschalen vorzunehmen, die in den letzten beiden Jahren eine relevante Übervergütung, bezogen auf die Kostenarten 4b, 5 und 6b, aufwiesen.
2. Das Institut ermittelt die aktuellen Preise (2016) der betroffenen Verfahren im Rahmen einer ergänzenden Datenabfrage in Kalkulationskliniken.
3. Es errechnet den Preisrückgang zwischen vorliegenden Kalkulationsdaten aus 2015 und aktuell abgefragten Preisen in 2016. Dieser Preisrückgang wird für 2017 hochgerechnet.
4. Im Anschluss führt es eine Absenkung der betroffenen Kostenarten durch, wie dies bereits seit Jahren für Zusatzentgeltleistungen geübte Praxis ist.
5. Die Umverteilung auf andere Kostenarten bzw. DRGs erfolgt automatisch im Rahmen der Bezugsgrößen-Ermittlung.

Vorteile

- > Vermeidung einer unsachgerechten Benachteiligung der Sachkosten bei Aufhebung des Hebeleffekts ausschließlich für Sachkosten, nicht aber für Personal- und Infrastrukturkosten
- > Systematik der Ist-Kosten-bezogenen Datenanalyse bleibt erhalten, ergänzt um aktuelle Kosteninformationen aus der ergänzenden Datenabfrage
- > sachgerechte Anpassung nur der in relevantem Ausmaß betroffenen Fallpauschalen
- > Abbildung tatsächlicher aktueller Preise ohne Fehlanreize im Beschaffungsprozess
- > Optimierung der Verfahrensweise möglich, z. B. Ausweitung der Priorisierungsliste in Folgejahren

> **Ausgleich des ungleichen Hebeleffekts bei Sachkosten versus Personal- und Infrastrukturkosten**

Zeitnah bis zum Vorliegen der aussagefähigen Kalkulationsdaten, kann auf die jährliche prozentuale Veränderungsdaten der Krankenhauskosten des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen werden. Dadurch kann die Anpassung der Sachkostenpreisentwicklung in Relation zu den Personalkostenentwicklungen auf Grundlage publizierter Daten erfolgen. Im Folgenden präzisieren wir den Vorschlag:

Die Hebelwirkung (Basisfallwert versus Bezugsgröße) wirkt sich nicht nur auf Sachkosten, sondern auch auf Personal- bzw. Infrastrukturkosten aus. Allerdings bestehen unterschiedliche Preisentwicklungen für diese Kostenarten. Für Personalkosten gibt Destatis für den letzten Einjahreszeitraum (2. Halbjahr 2014 bis 1. Halbjahr 2015 gegenüber 2. Halbjahr 2013 bis 1. Halbjahr 2014) einen jährlichen Preisanstieg um 2,22 % an (Veröffentlichung zum Orientierungswert für 2015), für Sachkosten einen Preisanstieg von 0,55 %. Insofern besteht derzeit eine Bevorteilung der Sachkostenvergütung. Eine entsprechende Anpassung der Hebelwirkung basierend auf den unterschiedlichen Preisentwicklungen ermöglicht die Beseitigung dieser Bevorteilung und ist daher anzustreben.

Die gewichtete Preisentwicklungsquote sollte anstelle der Bundesbasisfallwert-Bezugsgrößen-Relation vom InEK zur Absenkung der Sachkostenanteile der Relativgewichte über alle Fallpauschalen herangezogen werden. Die Umverteilung der freiwerdenden Mittel erfolgt bei diesem Konzept ebenfalls über alle Fallpauschalen und hin zu Personal- bzw. Infrastrukturkosten. Allerdings lehnt sich dieses Konzept an reale (Sach-)Kostenentwicklungen in Deutschland an und folgt nicht einem inhaltsfremden Bezugsgröße-Basisfallwert-Ansatz.

Da sich die Hebelwirkung auf einen Zweijahreszeitraum bezieht (Kostendaten zwei Jahre älter als gültiges DRG-Vergütungssystem), ist der von Destatis ermittelte jährliche Preisanstieg im Sinne einer Hochrechnung für den folgenden Einjahreszeitraum zu verdoppeln. Außerdem ist der jeweilige Kostenanteil (lt. InEK-Präsentation 21,4 % Sachkostenanteil) zur Gewichtung heranzuziehen. Bei dieser Vorgehensweise ergäbe sich ein gewichteter Preisanstieg von 3,73 %². Die bisherige, kostenartenunabhängige Hebelwirkung (Bundesbasisfallwert 2016 versus Bezugsgröße 2016) von 15,57 % würde damit auf 11,85 % reduziert. Im Ergebnis kommt es zu einer moderateren und sachgerechteren Umverteilung von Sachkosten hin zu Personal- und Infrastrukturkosten.

Dieser Vorschlag ist ebenso wie der InEK-Vorschlag sofort umsetzbar, da alle Informationen bereits vorliegen. Im Sinne eines lernenden System könnte Destatis künftig zusätzlich Preisentwicklungen teurer medizinischer Sachkosten (in Anlehnung an Kostenart 4b, 5 und 6b) ermitteln und die dargestellte Vorgehensweise von InEK dahingehend differenziert werden.

Vorteile

- > Vermeidung einer unsachgerechten Benachteiligung der Sachkosten bei Aufhebung des Hebeleffekts ausschließlich für Sachkosten (nicht aber für Personal- und Infrastrukturkosten)
- > Anpassung der Sachkostenvergütung erfolgt gegenüber dem InEK-Ansatz anhand realer Preisentwicklungen
- > Systematik der Ist-Kosten bezogenen Datenanalyse bleibt erhalten
- > Optimierung der Verfahrensweise möglich, z. B. Preisentwicklung für teure medizinische Sachkosten

Berlin, im Mai 2016

² gewichteter Preisanstieg: $((2,22\% \text{ Preissteigerung Personalkosten} \times 2 \text{ Jahre}) \times 78,6\% \text{ Personal- u. Infrastrukturkostenanteil}) + ((0,55\% \text{ Preissteigerung Sachkosten} \times 2 \text{ Jahre}) \times 21,4\% \text{ Sachkostenanteil}) = 3,73\%$

Analytische Darstellung des Vorschlags zur Sachkostenkalkulation des InEKs für 2017³

Sachkosten in der DRG-Kalkulation

Berechnung Bewertungsrelation **bislang** – Beispiel B04C

Kostenstelle	Personalkosten			Sachkosten					Infrastrukturk.		Summe
	KArt1	KArt2	KArt3	KArt4a	KArt4b	KArt5	KArt6a	KArt6b	KArt7	KArt8	
01. Normalstation	194,51	314,77	18,94	22,17	2,09	0,00	23,52	3,57	113,08	287,10	979,75
02. Intensivstation	88,41	150,46	2,80	11,93	1,66	0,00	16,16	0,09	33,55	77,37	382,43
03. Dialyseabteilung											0,00
04. OP-Bereich	53,18	0,00	43,13	2,08	0,40	109,08	27,60	146,75	15,71	33,88	431,81
05. Anästhesie	70,12	0,00	42,57	2,89	0,08	0,00	13,29	0,14	10,20	17,37	156,66
06. Kreißsaal											0,00
07. Kardiolog. Diagnostik /The	36,27	0,00	27,38	3,14	0,29	119,87	16,76	273,05	12,31	21,68	510,75
08. Endoskop. Diagnostik /Th	0,30	0,00	0,22	0,01	0,00	0,00	0,10	0,00	0,07	0,19	0,89
09. Radiologie	236,36	0,00	178,57	4,74	1,13	472,77	76,17	577,49	85,18	128,56	1.760,97
10. Laboratorien	4,15	0,00	23,64	0,77	1,72	0,00	19,83	2,47	3,23	9,63	65,44
11. Übrige diagnost. U. therap	40,49	0,27	38,39	0,53	0,00	0,00	2,78	4,91	6,68	19,45	113,50
Summe	723,79	465,5	375,64	48,26	7,37	701,72	196,21	1.008,47	280,01	595,23	4.402,20
		1.564,93				1.962,03			875,24		4.402,20
Dividiert durch Bezugsgröße 2.865,71 €											
Bewertungsrelation alt		0,546				0,685			0,305		1,536

Sachkosten in der DRG-Kalkulation

Hochrechnung für Kostenanteile

Kostenstelle	Personalkosten			Sachkosten			Infrastrukturk.		Summe
	KArt1	KArt2	KArt3	KArt4a	KArt4b	KArt5	KArt6a	KArt6b	
Anteil	58,60%			21,40% ¹			20,00% ²		100,00%
Casemix	11.644.697			4.252.500			3.974.299		19.871.496 ³
Bezugsgröße bisher									2.865,71
Kosten geschätzt ⁴	33.370.323.654			12.186.432.188			11.389.188.960		56.945.944.802

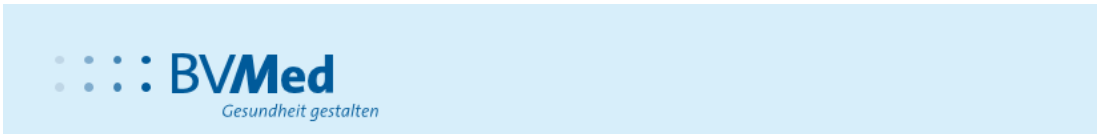
¹ Sachkostenanteil lt. InEK-Präsentation, DRG-Forum 2016

² Infrastrukturkostenanteil geschätzt

³ Nationaler Casemix DRG-Version 2014/16 (gem. InEK-Abschlussbericht)

⁴ Kostenschätzung: Casemixanteil x Bezugsgröße

BVMed-Vorschlag zur Angleichung des ungleichen Hebeleffektes der Sachkosten⁴



Sachkosten in der DRG-Kalkulation

Hochrechnung für Kostenentwicklung

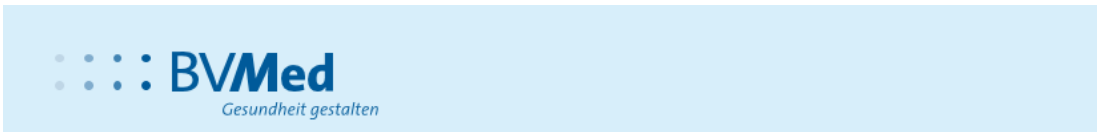
Kostenstelle	Personalkosten			Sachkosten				Infrastrukturk.		Summe
	KArt1	KArt2	KArt3	KArt4a	KArt4b	KArt5	KArt6a	KArt6b	KArt7	
Anteil	58,60%			21,40%				20,00%		100,00%
Casemix ¹	11.644.697			4.252.500				3.974.299		19.871.496
Bezugsgröße bisher										2.865,71
Kosten geschätzt	33.370.323.654			12.186.432.188				11.389.188.960		56.945.944.802
Steigerung jährlich ²	2,22%			0,55%				2,22%		
Zeitraum [Jahre]	2			2				2		
Steigerung in 2 Jahren	4,44%			1,10%				4,44%		3,73% ³
Kostensteigerung	1.481.642.370			134.050.754				505.679.990		2.121.373.114
Kosten hochgerechnet	34.851.966.024			12.320.482.942				11.894.868.950		59.067.317.916
Casemix ¹										19.871.496
Bezugsgröße neu ⁴										2.972,46

¹ Nationaler Casemix DRG-Version 2014/16 (gem. InEK-Abschlussbericht)

² Steigerungsrate lt. Destatis-Veröffentlichung zum Orientierungswert 2015

³ Steigerung gewichtet

⁴ Bezugsgröße neu (Abschätzung): Hochgerechnete Kosten dividiert durch nationalen Casemix



Sachkosten in der DRG-Kalkulation

Berechnung Bewertungsrelation neu – Beispiel B04C

Kostenstelle	Personalkosten			Sachkosten				Infrastrukturk.		Summe	
	KArt1	KArt2	KArt3	KArt4a	KArt4b	KArt5	KArt6a	KArt6b	KArt7		KArt8
01. Normalstation	194,51	314,77	18,94	22,17	2,09	0,00	23,52	3,57	113,08	287,10	979,75
02. Intensivstation	88,41	150,46	2,80	11,93	1,66	0,00	16,16	0,09	33,55	77,37	382,43
03. Dialyseabteilung											0,00
04. OP-Bereich	53,18	0,00	43,13	2,08	0,40	109,08	27,60	146,75	15,71	33,88	431,81
05. Anästhesie	70,12	0,00	42,57	2,89	0,08	0,00	13,29	0,14	10,20	17,37	156,66
06. Kreißsaal											0,00
07. Kardiolog. Diagnostik /The	36,27	0,00	27,38	3,14	0,29	119,87	16,76	273,05	12,31	21,68	510,75
08. Endoskop. Diagnostik /Th	0,30	0,00	0,22	0,01	0,00	0,00	0,10	0,00	0,07	0,19	0,89
09. Radiologie	236,36	0,00	178,57	4,74	1,13	472,77	76,17	577,49	85,18	128,56	1.760,97
10. Laboratorien	4,15	0,00	23,64	0,77	1,72	0,00	19,83	2,47	3,23	9,63	65,44
11. Übrige diagnost. U. therap	40,49	0,27	38,39	0,53	0,00	0,00	2,78	4,91	6,68	19,45	113,50
Summe	723,79	465,5	375,64	48,26	7,37	701,72	196,21	1.008,47	280,01	595,23	4.402,20
	1.564,93			1.962,03				875,24		4.402,20	
Steigerungsrate	4,44%			1,10%				4,44%			
Kostensteigerung	69,48			21,58				38,86		129,93	
Kosten hochgerechnet	1.634,41			1.983,61				914,10		4.532,13	
Dividiert durch neue (hochgerechnete) Bezugsgröße 2.972,46 €	↓			↓				↓		↓	
Bewertungsrelation neu	0,550			0,667				0,308		1,525	

⁴ Daten geschätzt aufgrund der öffentlich verfügbaren Informationen; eigene Hochrechnung