

BINDOC WHITE PAPER

REIMBURSEMENT IN DEUTSCHLAND





ZUSAMMENFASSUNG

DRG-System - Was sind DRGs?

Das DRG-System (Diagnosis Related Groups) ist ein **pauschalisierendes Vergütungssystem für stationäre Krankenhausleistungen**, bis auf Behandlungen in Psychiatrien und Rehabilitationskrankenhäuser. Unterschiedliche Diagnosen- und Prozedurenkombinationen werden zu Gruppen zusammengefasst. Diese Gruppen sollen möglichst **vergleichbar** bezogen auf den **ökonomischem Aufwand** und **medizinisch-klinisch homogen** sein.[1]

Grundsätze der Kalkulationsmethodik

Die Kalkulation erfolgt auf Basis des bewerteten sachzielbezogenen Güterverbrauches zu Anschaffungspreisen der Behandlungsfälle. Die **Kalkulationsbasis** bilden alle **Behandlungsfälle, Leistungen und Kosten eines Krankenhauses**, bis auf vom G-DRG-System nicht erfasste Leistungs- bzw. Kostenanteile (siehe ausgegliederte Bereiche).

Bei der Gruppenbildung werden zum einen **fallbezogene Daten** wie Diagnosen, Prozeduren, weitere Patientenmerkmale (Geschlecht, Alter) oder Versorgungsarten bzw. Informationen zu Leistungen (Sachmittelverbrauch, Beatmungstunden, Schnitt-Naht-Zeiten bei Operationen etc.) und zum anderen **Kostendaten** betrachtet. Bei den Kostendaten bilden die gemäß KHBV gegliederten Aufwandsarten die Grundlage. Darauf aufbauend werden die Kostenarten (Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten) je Kostenstelle ausgewiesen. Diese Behandlungskosten werden mittels eines Kalkulationsschemas zu Kostenmodulen zusammengefasst.

Als Übersicht sind in Abbildung 1 die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Behandlungskosten dargestellt. [2]

Quellen:

- [1] https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp, abgerufen am 22.07.2021
- [2] Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten, Version 4.0, 10.10.2016
- [3] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>, abgerufen am 22.07.2021
- [4] https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2020/drg_system_1.jsp, abgerufen am 22.07.2021
- [5] <https://www.g-drg.de/Aktuelles>, abgerufen am 22.07.2021
- [6] <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/anwendung/zweck/>, abgerufen am 22.07.2021
- [7] <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Klinikaerzte-sehen-Fallpauschalen-System-am-Ende-414042.html>, abgerufen am 22.07.2021
- [8] German Diagnosis Related Groups, aG-DRG-Version 2020 Definitionshandbuch Kompaktversion, Band 1, InEK

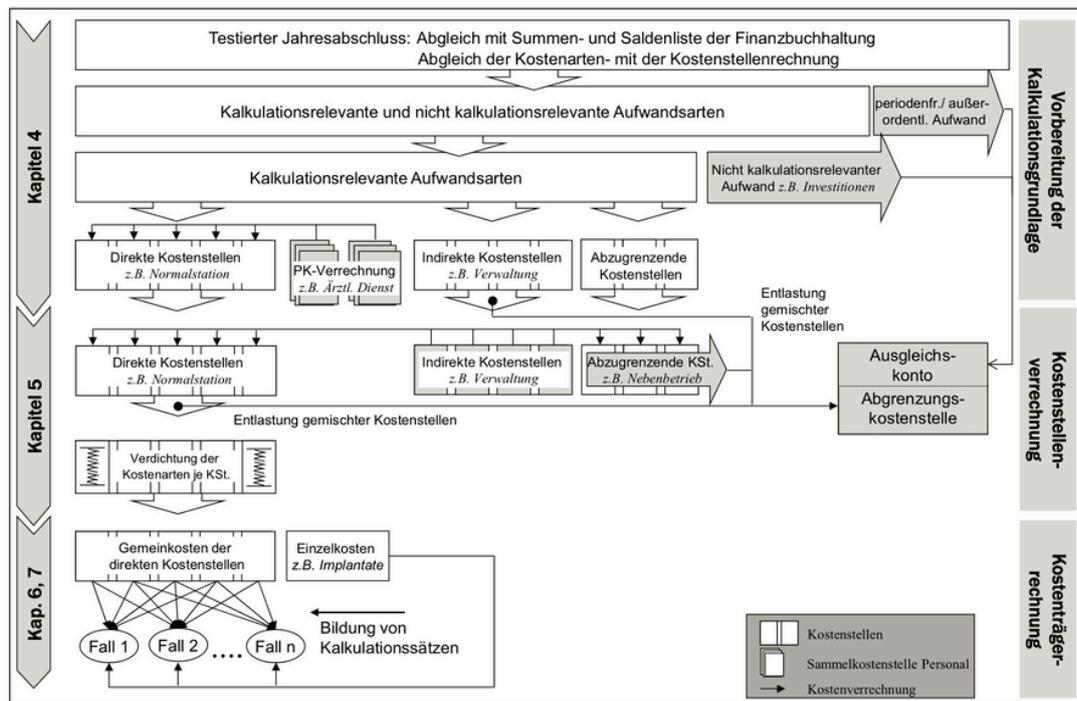


Abb.1: Übersicht der Kalkulationsschritte zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Behandlungskosten
 Quelle: Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten, Version 4.0, S.10, Abb.1 [2]

Einführung des DRG-Systems in Deutschland

Vor dem Jahr 2003 wurde eine Krankenhausleistung über individuelle, tagesbezogene Pflegesätze je Krankenhaus vergütet. Dabei wurde der Aufwand der Behandlung nicht betrachtet, sodass die Vergütung bei einem vergleichbar "leichten Fall" genau gleich hoch sein konnte, wie bei einem medizinisch komplexen Fall. Durch die **tagesbezogene Vergütung** war die **durchschnittliche Verweildauer** im internationalen Vergleich **sehr hoch**. Mit dem Ziel einer qualitätsorientierten Vergütung hat der Gesetzgeber 2003 ein "durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem" (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) beschlossen.

Als Grundlage wurde ein Katalog aus Australien verwendet, welcher schrittweise als das deutsche DRG-Fallpauschalensystem eingeführt und als "lernendes Systems" weiterentwickelt wurde. Nach einer Übergangszeit rechnen seit 2010 grundsätzlich alle Plankrankenhäuser in einem Bundesland ihre Leistungen zu einem landeseinheitlichen Preisniveau, dem so genannten Landesbasisfallwert ab. [3]

Gruppierungsalgorithmus der DRGs

In den Kliniken werden die einzelnen Fälle durch einen bestimmten Gruppierungsalgorithmus einer Fallgruppe zugeordnet, dieser wird auch DRG-Grupper genannt. Für die Zuteilung ist dabei der Datensatz der Entlassung des Patienten relevant. [8]

Mittels folgender Schritte ermittelt der Algorithmus die DRG:

Fallspezifische und klinische Merkmale

z.B. Geschlecht, Alter, Verweildauer und ICD, OPS Schlüssel



Major Diagnostic Category (MDC)

Zuordnung i.A. über Hauptdiagnose in eine von 23 Gruppen



Prä-Major Diagnostic Category (Prä-MDC)

Änderung der MDC, falls diese nicht nur auf Basis der HD definiert ist.



MDC Partionierung

Zuordnung mittels OPS zu Partition (MDC-Untergruppe)



Basis-DRG

Zuordnung durch ICD und OPS Codes mit absteigendem Ressourcenverbrauch



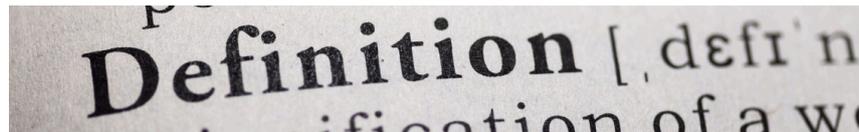
CCL und PCCL Werte

Zuordnung der Diagnosen zu CCL- und PCCL-Werten



DRG-Zuordnung

Mit Zuweisung des Ressourcenverbrauchs in alphabetischer Reihenfolge (4. Stelle der DRG, CC)



Definition OPS

Operationenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

Definition ICD

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Prä-MDC Kategorien?

- Kostenintensiv/ Teilstationär?
- Überprüfung auf Transplantation, Langzeitbeatmung, Verletzung des Rückenmarkes, HIV-Krankheit usw.



Was sind Partitionen?

Je nach konservativer, operativer oder nicht operativer Prozedur, erfolgt die Zuteilung in medizinische, chirurgische oder sonstige Partition.



Was sind PCCL/ CCL Werte?

Dieser Wert beschreibt den Schweregrad einer Nebendiagnose (CCL) bzw. den geglätteten Schweregrad aller kodierten Nebendiagnosen (PCCL)



Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und Weiterentwicklung zum aG-DRG-System

2020 wurden die Pflegepersonalkosten am Bett aus dem Fallpauschalensystem ausgegliedert und in eine **Pflegepersonalkostenvergütung** (Pflegebudget) nach dem **Selbstkostendeckungsprinzip** überführt. Dadurch werden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen unabhängig von den Fallpauschalen vergütet. Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird demnach auch höher vergütet. Aufbauend auf diesem Konzept wird DRG-System mit **ausgegliederten Pflegepersonalkosten** seit 2020 als **aG-DRG-System** bezeichnet. [4]

Diese Ausgestaltung, die auf dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) basiert stellt den größten Eingriff in das DRG-System seit dessen Einführung dar. [4]

Weitere ausgegliederte Bereiche

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Um die Einführung von Innovationen im Krankenhaus durch das pauschalierte DRG-Vergütungssystem nicht zu behindern, wurde das NUB-Verfahren vom Gesetzgeber implementiert. Mit den NUB-Entgelten sollen neue innovative Therapieansätze extrabudgetär vergütet werden, die mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Die Vertragsparteien können so eine zeitlich befristete Vergütung für noch nicht mit den Fallpauschalen sachgerecht abgerechneten Methoden vereinbaren.[4]

Folgendes gilt für die Entgelte:

- 1 Jahr Gültigkeitsdauer
- nur für das anfragende Krankenhaus gültig
- die Entgelte dürfen nicht bereits durch den G-BA ausgeschlossen sein

Das InEK prüft die Anträge der Krankenhäuser und verteilt Status-Entscheidungen: [4]

1

Angefragte Methoden/Leistungen, welche die **Kriterien der NUB-Vereinbarung** der Vertragsparteien **erfüllen**. Eine **Integration** in das DRG-System **wird geprüft**.

Angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien **nicht erfüllen**.

2

3

Angefragte Methoden/Leistungen, die innerhalb der festgesetzten Frist **nicht vollständig bearbeitet werden konnten** und für die daher keine Information nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vorliegt. Die Anfragenden können auf Ortsebene auch ohne endgültige Antwort des InEK eine **Vereinbarung über krankenhausspezifische Entgelte** schließen.

Die mit der Anfrage gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG übermittelten Informationen haben die Kriterien der NUB-Vereinbarung zur Bewertung der angefragten Methode/Leistung im Sinne des Verfahrens **nicht ausreichend dargestellt**.

4

Bei positiver Prüfung kann mit dem Krankenhaus das Entgelt krankenhausspezifisch verhandelt werden.

2. Zusatzentgelte

Das DRG-System wird darüberhinaus durch einen Katalog ergänzt, der besonders aufwendige Maßnahmen, teure Arzneimittel oder Medizinprodukte enthält, der sogenannte Katalog von Zusatzentgelten. Dabei wird zwischen bepreisten und unbepreisten Zusatzentgelten unterschieden. Unbepreiste Zusatzentgelte (ZE) werden krankenhausindividuell festgelegt, wohingegen bepreiste Zusatzentgelte vom InEK festgelegt werden. Das Ziel dieses Katalogs ist es, seltene und besonders kostenintensive Leistungen gerecht zu vergüten, da diese oft nicht an eine bestimmte Leistungskategorie gebunden sind, sodass sich die Vergütung über das pauschalisierendes DRG-System schwierig gestaltet.



3. Ambulante Leistungen

Das DRG-System findet für ambulante Leistungen keine Anwendung. Diese werden durch den **"Einheitlichen Bewertungsmaßstab" (EBM)** vergütet. In diesem Vergütungssystem werden alle berechnungsfähigen Leistungen in ein Verhältnis zueinander gesetzt, indem jeder Leistung ein **Punktwert** zugeordnet wird. Jeder Punkt ist beispielsweise im Jahr 2021 11,1244 Cent wert. Diesen Wert nennt man auch den **Orientierungswert**, weil auf Landesebene weiter darüber verhandelt werden kann.

Nun steht aber nicht unendlich viel Geld durch die GKV zur Verfügung, sodass die sogenannte **morbiditätsbedingte Gesamtvergütung** eingeführt wurde, um lokale Unterschiede ausgleichen zu können. So fließt in ein Bundesland, in dem im Schnitt mehr Menschen erkrankt sind, auch mehr Geld hin. So erhält ein niedergelassener Arzt theoretisch für jede an Patienten erbrachte Leistung einen festen Betrag, überschreitet der Arzt allerdings in einem Quartal eine bestimmte Anzahl bestimmter Leistungen, werden die Leistungen über diese Anzahl hinaus nicht mit dem vollen Preis vergütet. Die Abrechnung erfolgt über die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Für Leistungen wie Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen ambulante Operationen oder auch für psychotherapeutische Leistungen existiert eine **extrabudgetäre Vergütung**, welche nicht durch die GKV gedeckelt ist.

Jährlich verhandeln der KBV und der GKV-Spitzenverband über das Honorar. Dieses erfolgt über die **Morbiditätsentwicklung** und die **Anpassung des Orientierungswertes**. So soll sichergestellt werden, dass bei steigendem Behandlungsbedarf ausreichend Geld bereitgestellt werden kann.[6]

Kalkulation einer DRG-Fallpauschale

Die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer aG-DRG-Fallpauschale erfolgt auf Basis von dokumentierten Patienten- und Falldaten.[4]

$$\text{aDRG-Erlös} = \text{Basisfallwert} * \text{Bewertungsrelation}$$

Basisfallwert = Budget/Leistungsvolumen

Die Landesbasisfallwerte (LBFWs) wurden in mehreren Schritten an einen **Korridor um den Bundesbasisfallwert** (BBFW) angenähert, die in Höhe von +2,5% und -1,25% fest-geschrieben sind. 2021 ermittelte das InEK so einen BBFW von 3.747,98€, d.h. die LBFWs liegen damit unter 3.841,68€ und über 3.709,75€.[4]

Bewertungsrelation (Relativgewicht)

Die Bewertungsrelation beschreibt die ökonomische (und in Teilen auch medizinische) Fallschwere im Hinblick auf die **durchschnittliche Kostenintensität**. Bei einem Relativgewicht von 2,00 bei einer aDRG ist der Fall doppelt so kostenaufwendig, wie ein Fall mit einem Relativgewicht von 1,00.

Die Datenbasis für die Kalkulation der aDRG-Pauschalen bilden tatsächliche Kosten- und Leistungsdaten der sogenannten Kalkulationskrankenhäuser in Deutschland. So wurde der aDRG-Katalog für das Jahr 2021 auf der Grundlage der plausibilisierten und bereinigten Daten von 282 Krankenhäusern und insgesamt rund fünf Mio. Fällen kalkuliert. Der Katalog beinhaltet 1.275 Fallpauschalen und 226 Zusatzentgelte, die zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden können.

Beispiel: Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation.

DRG A01A

1. **A** steht für eine der 23 Hauptdiagnosegruppen (MDC)
2. **01** bezeichnet die Subkategorie innerhalb der MDC.
3. **A** unterscheidet aDRGs anhand ihres Ressourcenverbrauchs, Z steht für Gruppen ohne Schweregradeinteilung.

Die beispielhafte DRG A01A hat eine hohe ökonomische (und auch medizinische) Fallschwere. Aus diesem Grund hat diese aDRG eine verhältnismäßig hohe **Bewertungsrelation** von 20,139. Die Range der Bewertungsrelationen liegt 2021 **zwischen 0,14 und 45,9**.

Die **mittlere Verweildauer bei der DRG A01A** liegt bei 48,4 Tagen, wobei die **untere Grenzverweildauer** 15 Tage (Grenze für Abschläge) und die **obere Grenzverweildauer** 66 Tage (Grenze für Zuschläge) beträgt. [5]



Vorteile des DRG-Systems

Änderungen im Krankheitsspektrum und medizinisch-technischer Fortschritt werden durch jährliche Anpassungen der Klassifikationen berücksichtigt, dazu führt das BfArM ein Vorschlagsverfahren durch. So bildet das DRG-System alle Änderungen passend ab. Die DRG-Einführung hat zu einer **Verbesserung der Transparenz und Wirtschaftlichkeit** der allgemeinen



Krankenhausversorgung geführt. Plankrankenhäuser haben insbesondere ihre Prozessorganisation verbessert und Wirtschaftlichkeitsreserven realisiert; Fusionen und Kooperationen haben zugenommen. Die durchschnittliche Verweildauer in allgemeinen Krankenhäusern hat sich deutlich verringert und lag im Jahr 2019 bei 6,6 Tagen (2000: 9,2 Tage).

Die DRG-Begleitforschung für den Zeitraum 2004 bis 2010 legt ein besonderes Augenmerk auf die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Versorgungsqualität und verweist auf die weiterhin sehr gute medizinische Versorgung durch die Kliniken.

Kritik am DRG-System

Während viele Effizienzreserven durch die DRG-Einführung gehoben werden konnten und auch die Allokation von Ressourcen besser und vor allem transparenter von statten geht, sind bislang zu wenig qualitative Anreize im System enthalten.

Wie in jedem System gibt es auch beim DRG-System **Anreize** und ein **intrinsisches Motivationssystem**. Der initiierte Wettbewerb zwischen den Kliniken kann grundsätzlich positiv begutachtet werden, könnte aber in Zukunft deutlich stärkere qualitative Anreize beinhalten. Beispielsweise könnte die Erreichung von definierten Qualitätsindikatoren in die DRG-Vergütung integriert werden.

Der Marburger Bund fordert darüber hinaus eine Finanzierungsarchitektur, die verstärkt Vorhaltepauschalen einbezieht: „Wir müssen Vorhaltekosten refinanzieren für die Krankenhäuser, das tun wir nicht über das DRG-System“, so die Vorsitzende des Marburger Bundes Johna. Mit Vorhaltepauschalen sollen Fachabteilungen mit einem hohen Anteil nicht planbarer Patientenfälle und einer geringen Kapazitätsauslastung stärker berücksichtigt werden. Die Vorhaltekosten müssen aber klar definiert werden, um solch eine Reform sinnvoll durchzusetzen. Eine Verknüpfung der stationären und ambulanten Versorgung kann darüber hinaus ein wichtiger Schritt sein. Zudem muss eine Planung idealerweise auf gleicher Basis stattfinden.

Johna schlägt dazu vor die Krankenhäuser in die Bereiche Grund-, Schwer-, Maximalversorgung und Unikliniken zu unterteilen. Dies solle dazu führen, dass eine klare Arbeitsteilung geschaffen wird, sodass klar ist, welche Klinik für welche Fälle zuständig ist. [6]

Ein ebenfalls wichtiger Schritt könnte in der Integration der Investitionsfinanzierung (zweite Säule der dualen Krankenhausfinanzierung) in die DRG-Fallpauschalen liegen. Die Basis, nämlich die Kalkulation der Investitionspauschalen, wurde vom InEK bereits durchgeführt, so dass einer Umsetzung dieser Finanzierungsstruktur nichts im Wege steht.

Fazit

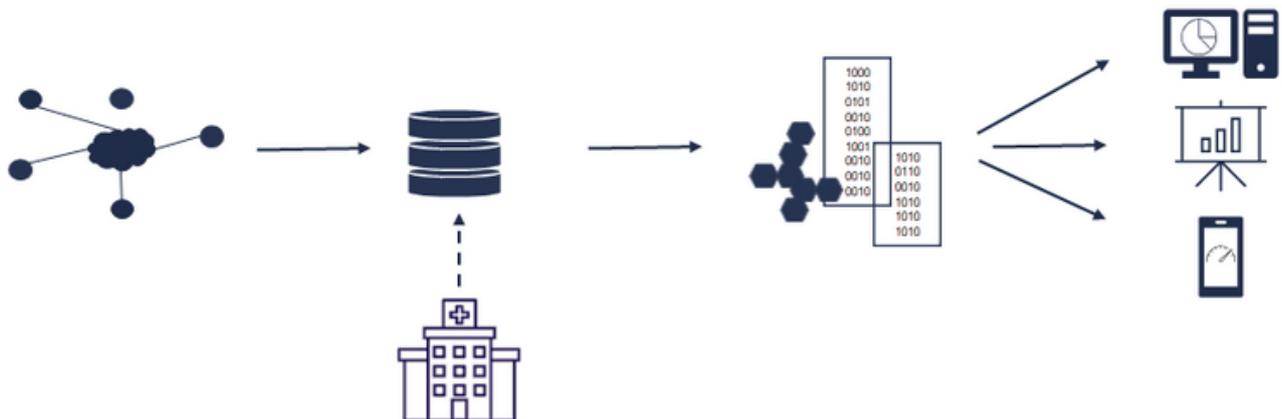
Die Einführung des DRG-Systems im Jahr 2005 war ein richtiger und wichtiger Schritt für das stationäre Gesundheitswesen. Das System führt zu einer höheren Effizienz und zu einer zielführenden Allokation von Ressourcen. Nichtsdestoweniger gibt es einige Themengebiete, die im Rahmen des "lernenden" System weiter verbessert werden sollten, um das oberste Ziel das Wohl der Patienten noch stärker in den Fokus rücken zu können. Es ist an der Zeit, die Qualität neben der Leistung als festes Anreizsystem für die Kliniken zu integrieren.

Hierfür wurden in den vergangenen Jahren reihenweise Qualitätsindikatoren erhoben und erprobt. Hierzu zählen insbesondere die Mindestmengen, klinische Outcomes aus Real World Daten (§21-KHEntG-Daten), Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsberichten, planungsrelevante Qualitätsindikatoren und Strukturdaten. Einige dieser Indikatoren könnten sinnvoll in die DRG-Vergütung integriert werden.



Über die BinDoc GmbH

Die BinDoc GmbH ist ein Unternehmen, dass sich auf cloudbasierte Softwarelösungen im Gesundheitswesen spezialisiert hat. Wir machen aus Daten Informationen, um den Fortschritt im Gesundheitswesen voranzutreiben. Unsere webbasierten Lösungen unterstützen Krankenhäuser, Medizintechnikunternehmen, Ärzte, LifeScience-Unternehmen und Unternehmensberatungen in der datengetriebenen Analyse. Stellvertretend für ein bunt gemischtes Team bestehend aus Informatikern, Gesundheitsökonomern, Ingenieuren, Physikern und Sozialwissenschaftlern, die alle mit Begeisterung an unserer Vision arbeiten, steht unsere Geschäftsführung.



Quelle: BinDoc

Richtige Entscheidungen benötigen Daten!

Einen objektiven, großen & intelligent aufbereiteten Datenpool vollständig webbasiert jederzeit griffbereit zu haben, sichert Ihnen & Ihren Kunden entscheidende Wettbewerbsvorteile!

Sie haben Interesse oder Fragen?

Ihr Ansprechpartner

Markus Schicktanz
 Vertriebsleitung
markus.schicktanz@bindoc.de

BinDoc GmbH | Friedrichstraße 20 | 95444 Bayreuth | 0921 150 911 440