

Das **aG-DRG Kompendium**

Komplex,

verständlich...

und transparent!

Copyright

Dieses Werk ist einschließlich aller darin enthaltenen Abbildungen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar. Die gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Begleitwerk zum Kompendium

Die Grundlagen, Ziele sowie sämtliche Zusammenhänge zum aG-DRG System können im Begleitbuch „Das aG-DRG System – Komplex, logisch... und fair?“ des Reimbursement Institute eingesehen und nachvollzogen werden.

Bild- und Textquellen

Alle gezeigten Graphiken sind eigenständig durch die Autoren angefertigt, weshalb auf die Angabe "eigene Darstellung" unterhalb der einzelnen Graphiken verzichtet wird. Ausnahmen von dieser Regel sind entsprechend mit einer Bildquellenangabe versehen.

Alle Texte sind eigenständig formuliert und interpretiert. Zitate sind entsprechend als solche gekennzeichnet. Sie stehen in Anführungszeichen und tragen die entsprechende Quellenangabe im Text.

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-00-069313-7

© 2021 RI Innovation GmbH
www.reimbursement.institute

Autorinnen: Nadine Giebeler, Nicole Eisenmenger
 Satz: Marco Weinrich – RI Innovation GmbH, Hürth
 Umschlaggestaltung: Jan Beyer, Köln
 Fotografie des Autors: Birgitta Weizenegger, Oberstaufen
 Druck: Print Simply GmbH, Berner Straße 38, 60437 Frankfurt am Main

INHALT

A

aG-DRG System und Pflegeentgelt.....	7
Absenkung vs. Abstufung (Median-Fallzahl).....	11
Abteilungstyp.....	16
Alpha-ID.....	17
AMG – Arzneimittelgesetz.....	19
AMNOG – Arzneimittel-Neuordnungsgesetz.....	22
AOP – Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	24
AQUA.....	28
Arzneimittel.....	30
ASA-Klassifikation.....	32
Aufnahmeart.....	33
Aufnahmediagnose.....	34
Aufnahmegewicht.....	35

B

Basis-DRG.....	36
Basisfallwert.....	38
BBFW – Bundesbasisfallwert.....	40
Beatmungsdauer.....	45
Behandlungsfall.....	47
Behandlungspfad.....	49
Belegabteilung.....	52
Bewertungsrelation.....	55
Bezugsgröße.....	56
BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.....	58
BMG – Bundesministerium für Gesundheit.....	61
BSNR – Betriebsstättennummer.....	63
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.....	65
BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.....	67

C

Case Management.....	68
CC – Complication or Comorbidity.....	69
CCL – Complication or comorbidity level.....	70
CE-Kennzeichnung.....	71
CM – Case Mix.....	74
CMI – Case Mix Index.....	75
CONSORT Statement.....	77

D

DAHTA – Deutsche Agentur für Health Technology Assessment.....	81
Definitionshandbuch.....	82
DGfM – Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.....	87

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	89
DKG – Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V.	91
DKR – Deutsche Kodierrichtlinien	93
DMP – Disease Management Programm	96
DRG – Diagnosis Related Groups	98
DRG Abschlüsse	102
DRG Grouper	104
DRG-Systemzuschlag	105
DRG Umleitung	107
DRG Zuschläge	110

E

EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab	112
EbM – Evidenzbasierte Medizin	113
EMA – European Medicines Agency	115
Entgelt	117
Entlassmanagement	119
Erlaubnisvorbehalt	121
Externes Budget	122

F

Fachabteilungsschlüssel	123
Fallpauschale	127
Fallpauschalen-Katalog	130
Fallzusammenführung	132
Fehler DRG	140
FoKA – Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung	141

G

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss	142
G-BA Systemzuschlag	144
G-DRG System	145
Gemeinsame Selbstverwaltung	151
GKV – Gesetzliche Krankenversicherung	153
GKV-Spitzenverband	156
Globale Funktionen	158
GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte	161

H

Hauptdiagnose	164
Homogenitätskoeffizient	166
HTA – Health Technology Assessment	169

I

ICD-10-GM	171
IK Nummer	176
InBA – Institut des Bewertungsausschusses	179

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	181
Innovation	183
IQTiG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	185
IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	189

K

Kalkulationskrankenhäuser	192
KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung	196
KHEntgG – Krankenhausentgeltgesetz	198
KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz	200
KHSG – Krankenhausstrukturgesetz	203
KHZF – Krankenhauszukunftsfonds	205
KHZG – Krankenhauszukunftsgesetz	208
Kodierfachkraft	211
Kodieratgeber	213
Konformitätsbewertungsverfahren	215
Kostenmatrix InEK	217
Krankenhausträger und Finanzierung	221
Krankenhausleistung	227
KV – Kassenärztliche Vereinigung	228
KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	230

L

Landeskrankenhausplan	232
LBFW – Landesbasisfallwert	234
Leistungserbringer	236
Leitlinien	238

M

MD – Medizinischer Dienst	240
MD Bund – Medizinischer Dienst Bund	243
MDC – Major Diagnostic Categories	245
Medizinprodukt	247
Migrationstabelle	251
MPG – Medizinproduktegesetz	253

N

Nebendiagnose	254
Neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept	255
NUB – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	257
NUB Börse	260

O

OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel	261
OPS Änderungen	268

P

Partition	269
Patientenalter	270
PCCL – Patient Clinical Complexity Level	271
PEI – Paul-Ehrlich-Institut	282
Pflegezuschlag	284
PKV – Private Krankenversicherung	287
PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	289
Prozedur	292
PZN – Pharmazentralnummer	294

Q

Qualitätssicherungszuschlag	296
-----------------------------------	-----

R

RCT – Randomized Controlled Trial	297
Reimbursement	299
Relativgewicht	302
Ressourcenverbrauch	305
RKI – Robert-Koch-Institut	307
Rote Liste	310

S

Sachkostenkorrektur	312
SEG 4-Kodierempfehlungen	315
SGB – Sozialgesetzbuch	317
Sonderentgelt	319
Standardabweichung DRG	320

V

Verbotsvorbehalt	323
Verlegungsabschlag	325
Versorgungszuschlag	333
Verweildauer	334

W

Wahlleistung	336
Wirtschaftlichkeitsgebot	338

Z

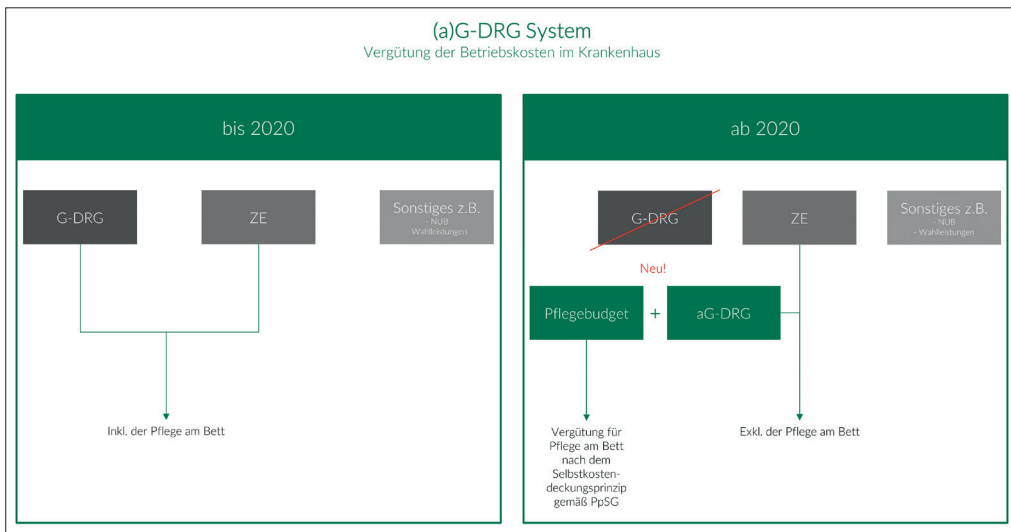
ZE – Zusatzentgelt	339
Zu- und Abschläge	342

AG-DRG SYSTEM UND PFLEGEENTGELT

A

Das G-DRG-System, mit allen dazugehörigen Komponenten, steht für die Vergütung der Pflegesätze (Betriebskosten) im Krankenhaus. Die Erstattung erfolgt über prospektiv vereinbarte Budgets, die aus G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) und Zusatzentgelten bestehen. Neben dieser, durch das Budget gedeckelten Erstattung, sind weitere extrabudgetäre Einnahmen über z. B. NUB Entgelte (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) oder Wahlleistungen möglich (mehr zu den rechtlichen Grundlagen, zum Aufbau und zur Weiterentwicklung des Systems unter: „G-DRG System“ auf Seite 145).

Das G-DRG-System wurde im Zuge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 um einen wesentlichen Aspekt der Betriebskosten entledigt. Die „Pflege am Bett“ wurde in einem sehr aufwendigen Prozess herausgelöst. Seit dem 01. Januar 2020 firmiert es nun unter der Bezeichnung „**aG-DRG-System**“. Das „a“ steht hierbei für „ausgegliedert“.



Gemäß des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) wurde die Pflege am Bett aus der Finanzierung über G-DRGs herausgenommen. Die Erstattung erfolgt ab 2020 über ein Pflegebudget per Selbstkostendeckungsprinzip.

VOM G-DRG-SYSTEM ZUM AG-DRG-SYSTEM

Dieser wohl umfassendste Einschnitt in die bisherige Vergütung der Betriebskosten der Krankenhäuser bewirkte, dass der Fallpauschalen-Katalog um den Pflegeerlöskatalog erweitert wurde. Die Ausgliederung der Pflege und die nun separate Vergütung über das Pflegebudget dient dem Zweck, dass die Leistungsvergütung der Pflege zukünftig unmittelbar und nicht mehr über die pauschale Vergütung über G-DRG und ZE erfolgt. Die Notwendigkeit ergab sich aus einer jahrelangen Zweckentfremdung der Pflegesätze, dessen Erlöse neben der Finanzierung der Betriebskosten auch anderweitig eingesetzt wurden. Geschuldet ist dies der nicht ausreichend nachgekommenen Verpflichtung der Bundesländer, der Investitionskostenfinanzierung in ausreichenden Umfang Folge zu leisten. Zudem ist eine zunehmende Privatisierung der Kliniken erkennbar, die selbstredend und anders als öffentliche oder freigemeinnützige Häuser eine Gewinnmaximierungsabsicht hegen. Gewinne zu erwirtschaften wurde daher aus zweierlei Gründen notwendig, was insbesondere zu Lasten der Pflege ging.

Vom Gesetzgeber beauftragt hatte die Gemeinsame Selbstverwaltung bis zum 31. Januar 2019 die Aufgabe, eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu bestimmen. Binnen sechs Wochen, also zwischen Mitte Dezember und Ende Januar, sollten die auszugliedernden Pflegepersonalkosten vereinbart werden. Weitergehend sollten dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten für Pflegepersonal festgelegt werden, welches überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Diese Vereinbarung trägt den Namen „Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung“ und wurde am 18. Februar 2019 veröffentlicht. Aufbauend auf dieser Vereinbarung hatte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Aufgabe, auf Basis der 2018er Daten die auszugliedernde Summe für das Jahr 2020 zu bestimmen. Dieser Betrag belief sich auf rund 15 Mrd. Euro.

Aufgrund der sehr kurzen Zeitspanne zur Umsetzung ergaben sich Probleme. Der in der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung beschriebene Begriff „Pflege am Bett“, bzw. die Vorgehensweise zur Bestimmung dessen, was hierunter zu verstehen ist, war initial zu wenig geschärft und sorgte für rege Diskussionen und eine signifikante Steigerung der Gesamtausgaben. Die kalkulierte ausgeglichene Höhe von rund 15 Mrd. € wuchs im Jahr 2020 um ~ 1,6 Mrd. € nach oben ab. Zudem verblieben zunächst Teile der Pflegekosten im aG-DRG System 2020. Auch die notwendige Anpassung der CCL Matrix konnte nicht in gebührendem Maße umgesetzt werden, was zu einer Doppelvergütung führte.

BERECHNUNG DES PFLEGEENTGELTES

Seit dem 01. Januar 2020 wird durch jedes Krankenhaus ein individuelles Pflegebudget (voraussichtliche vereinbarte Pflegepersonalkosten) nach dem Selbstkostendeckungsprinzip vereinbart. Dieses Pflegebudget wird im Laufe des Jahres durch die Pflegekostenerlöse je G-DRG abgerufen. Der Punktwert „Pflegeerlösbewertungsrelation / Tag“ ist im Fallpauschalen-Katalog ab 2020 in einer separaten Spalte je Haupt- und Belegabteilung sowie teilstationär aufgeführt.

Als Multiplikator zur Pflegeerlös-Bewertungsrelation dient der Pflegeentgeltwert. Dieser Wert ist krankenhausindividuell zu verhandeln. Bis zur Verhandlung des Pflegebudgets 2020 wurde zunächst ein Wert in Höhe von 146,55 € festgesetzt. Für den Zeitraum 01. April 2020 - 31. Dezember 2020 betrug der Pflegeentgeltwert 185,00 € gemäß COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz. In diesem wurde auch geregelt, dass der erhöhte Betrag bei den Krankenhäusern verbleibt, auch wenn keine Pflegepersonalausgaben in gleicher Höhe entstanden sind. Ab dem 01. Januar 2021 entspricht der Wert 163,09 €.

Pflegeerlös

Formeln zur Berechnung (ab 2020)

1. Berechnung für den krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert:

$$\text{Pflegeentgeltwert} = \frac{\text{Voraussichtliche vereinbarte Pflegepersonalkosten}}{\sum \text{Bewertungsrelationen Pflegeentgeltkatalog}}$$

2. Berechnung für den Pflegekostenerlös ab 2020:

$$\text{Pflegekostenerlös} = \text{Pflegeerlösbewertungsrelation} \times \text{Pflegeentgeltwert}$$

Ab 2020 wird die Pflege am Bett über das Selbstkostendeckungsprinzip erstattet. Wie sich die Entgelthöhe berechnet zeigen die Berechnungsbeispiele

BERECHNUNGSBEISPIEL

Fallbeispiel: Patient*in A wird am 10. August 2021 in der Hauptabteilung des Krankenhauses X aufgenommen. Vier Tage später, am 14. August 2021, wird Patient*in A entlassen. Aus der Behandlung ergibt sich die Fallpauschale L13A (Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC).

Fragestellung: Mit welchem Gesamt Erlös kann das Krankenhaus für diesen Fall rechnen?

BERECHNUNGSPARAMETER:

- Fallpauschale: L13A
- Durchschnittliche Verweildauer: 10,4 Tage
- Relativgewicht bei durchschnittlicher Verweildauer: 2,354
- Untere Grenzverweildauer: 3 Tage
- Obere Grenzverweildauer: 19 Tage
- Pflegeerlös pro Tag: 0,8166
- Bundesbasisfallwert (2021): 3.747,98 €
- Pflegeerlösbewertungsrelation: 163,09 €
- Tatsächliche Verweildauer: 4 Tage

Berechnung DRG Erlös innerhalb der Verweildauergrenzen

$$\text{DRG Erlös} = \text{Relativgewicht} \times \text{Basisfallwert}$$

$$\text{Fallbeispiel: } 2,354 \times 3.747,98 \text{ €} = 8.822,74 \text{ €}$$

Berechnungsrelevante Verweildauertage: 10.08., 11.08., 12.08., 13.08. (der Tag der Entlassung wird nicht gezählt!)

Berechnung des Pflegeerlöses:

$$\text{Pflegeerlös} = (\text{Pflegeerlösbewertungsrelation} \times \text{Anzahl Verweildauertage}) \times \text{Pflegeentgeltwert}$$

Fallbeispiel: $(0,8166 \times 4) \times 163,09 \text{ €} = 532,72 \text{ €}$

Berechnung Gesamterlös:

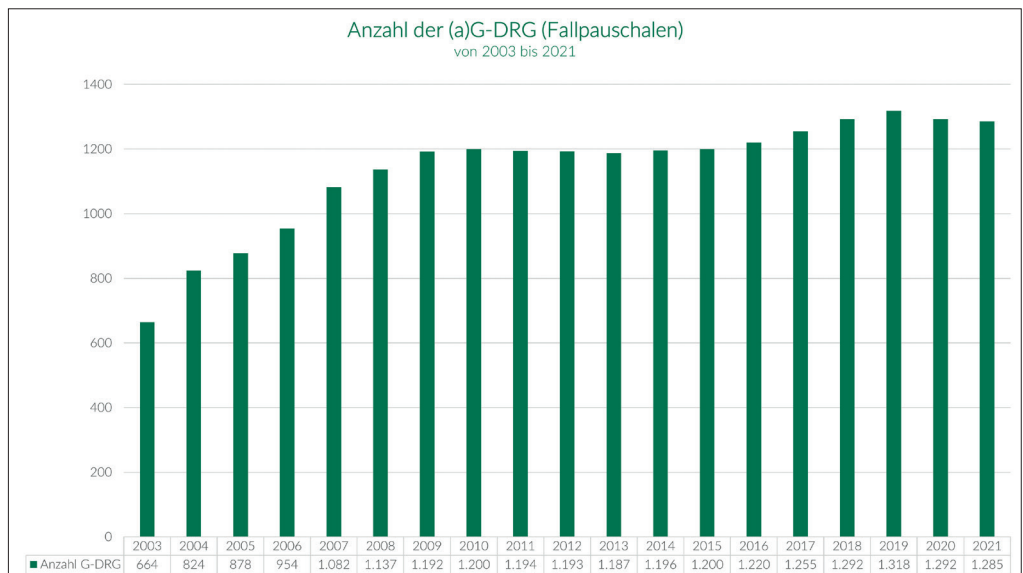
$$\text{DRG Gesamterlös} = \text{DRG Erlös} + \text{Pflegeerlös}$$

Fallbeispiel: $8.822,74 \text{ €} + 532,72 \text{ €} = 9.355,46 \text{ €}$

Antwort: Dem Krankenhaus stehen für diesen Fall Erlöse in Höhe von 9.355,46 € zu. Diese sind vom Kostenträger zu erstatten.

DAS AG-DRG-SYSTEM STARTET MIT WENIGER DRGs

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurden insgesamt 32 G-DRGs gestrichen. Der Grund hierfür liegt in dem nun fehlenden Kostenunterschied in insgesamt 15 G-DRGs. Zudem wurden zur Vermeidung einer Schlechterstellung 17 weitere Kinder-DRGs gestrichen. Gleichzeitig wurden für eine sachgerechte Vergütung 6 neue G-DRGs geschaffen. Somit hat sich die Anzahl der DRGs von 1.318 (2019) um 26 DRGs (netto) auf 1.292 im Jahr 2020 reduziert. Auch das Folgejahr 2021 verzeichnet abermals eine Reduzierung der G-DRGs um 7 auf nunmehr 1.285 Fallpauschalen.



Eine Übersichtsgrafik der Anzahl der Fallpauschalen in Deutschland seit 2003.