

INHALT

Vorwort	7
1 Grundlagen	9
1.1 Innersektorale Herausforderungen	12
1.1.1 Duale Finanzierung	15
1.1.1.1 Investitionsförderung	15
1.1.1.2 Pflegesätze (Betriebskosten)	18
1.1.2 Kalkulationsstichprobe und Repräsentativität	20
1.1.3 Kondensation und Kostenhomogenität	25
1.1.3.1 Handhabbare Komplexität durch Kostenhomogenität	25
1.1.3.2 TOP und FLOP DRGs	35
1.2 Budgetverhandlung	37
1.2.1 Fixkostendegressionsabschlag und Erlösausgleich	38
1.2.2 Pflegebudget	40
1.3 Institutionen	44
1.3.1 Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	44
1.3.2 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)	45
1.3.3 Gemeinsame Selbstverwaltung	45
1.3.4 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	46
1.3.5 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	46
1.3.6 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	47
1.3.7 Medizinischer Dienst (MD)	47
1.4 Regelwerke des G-DRG Systems	48
1.4.1 International Classification of Diseases – 10th Revision, German Modification (ICD-10-GM)	48
1.4.1.1 Grundlegende Informationen zu ICD-10-GM	49
1.4.1.2 Änderungen in der ICD-10-GM Klassifikation	50
1.4.2 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	51
1.4.2.1 Grundlagen zu OPS	51
1.4.2.2 Änderungen in der OPS Klassifikation	53
1.4.3 Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)	53
1.4.3.1 Grundlagen zu DKR	54
1.4.3.2 Kodierempfehlungen (KDE) und Kodierregeln	55
1.4.4 Definitionshandbuch	56
1.4.5 Fallpauschalen- und Pflegeentgeltkatalog	58
1.4.6 Kalkulationshandbuch	60
1.4.6.1 Nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen	60
1.4.6.2 Kalkulationsrelevante Aufwendungen	61
1.4.6.3 Kostenstellen / Kostenarten	61
1.4.6.4 Umgang mit Boni / Skonti und Naturalrabatten	62

1.5	Datengrundlage	63
1.5.1	Leistungsdaten	63
1.5.2	Kostendaten	64
1.5.3	Ergänzende Datenbereitstellung und Kalkulationslücke	66
2	Kalkulation und Weiterentwicklung	68
2.1	Datenprüfung und Aufbereitung	70
2.1.1	Plausibilität- und Konformitätsprüfung	72
2.1.2	Bereinigung und Korrektur	73
2.2	Berechnung der Verweildauer	75
2.2.1	Homogenität der Verweildauer	77
2.2.2	TOP und FLOP DRGs	80
2.3	Berechnung der Bezugsgröße	81
2.3.1	Beispielberechnung 2017 für 2019	82
2.3.2	Auswirkung der Pflegeausgliederung auf die Bezugsgröße	84
2.4	Berechnung der Bewertungsrelation	85
2.4.1	Sachkostenkorrektur	85
2.4.1.1	Berechnung „Korrekturwert“	86
2.4.1.2	Berechnung „Berech60“	86
2.4.1.3	Berechnungsbeispiel der Bewertungsrelation	87
2.4.2	Gezielte Absenkung	89
2.4.3	Technologischer Wandel vs. Bewertungsrelation	91
2.5	Berechnung des Basisfallwertes	93
2.6	CCL Matrix	94
2.7	Kalkulation der Zusatzentgelte	95
2.8	Überarbeitung der Klassifikation	98
2.8.1	Variations- und Homogenitätskoeffizient	99
2.8.2	Zuteilungsrelevante Prozeduren und Diagnosen	102
2.9	Veröffentlichung der erhobenen Leistungs- und Kostendaten	103
2.10	Finanzierung der Pflege und Weiterentwicklung	106
2.10.1	Grundlagen zur Finanzierung	106
2.10.2	Vergütung für Datenübermittlung	107
2.11	Bewertung der Klassifikationsänderungen (System-Güte)	108
3	Externer Sachverstand	109
3.1	DRG Vorschlagsverfahren	112
3.1.1	Berechnung und Umsetzung der Vorschläge	114
3.1.1.1	Komplexitätsverändernde Vorschläge	114
3.1.1.2	Nicht komplexitätsverändernde Vorschläge	115

3.2 NUB Anfrageverfahren	115
3.2.1 Grundlagen zum NUB Anfrageverfahren	115
3.2.1.1 Abfragepunkte einer NUB Anfrage	115
3.2.1.2 Frühe Nutzenbewertung § 137h SGB V	119
3.2.2 NUB Kriterien vs. Status	119
3.2.3 Aufnahme eines Operationen- und Prozedurenschlüssel	122
Schlusswort	124
Anhang – Klinikbefragung zur Kalkulationsgrundlage	125
Abkürzungsverzeichnis	140
Rechtsquellenverzeichnis	142
Literaturverzeichnis	142