

Kodierhinweis

Allgemeine Informationen

Update 2024



Hinweise zu Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung

Auch in diesem Jahr möchten wir Sie wie gewohnt mit dieser und weiteren produktspezifischen Broschüren bei der Erlössicherung unterstützen. Dazu haben wir unsere Kodierhinweise überarbeitet und geben Ihnen damit einen Überblick über die aktuelle Vergütungssituation in der stationären Versorgung in Deutschland.

Mit dem Jahr 2023 geht für die deutsche Krankenhauslandschaft ein Jahr der Unsicherheit zu Ende. Die ursprünglich geplante Revolution des Gesundheitswesens in Form der Krankenhausreform ist ausgeblieben, weil sich Bund und Länder nach etlichen Diskussionsrunden doch nicht auf einen gemeinsamen Kurs einigen konnten. Vielmehr scheinen die Fronten zu Beginn 2024 verhärteter denn je zu sein. Leidtragende in dieser Situation sind die Krankenhäuser, die dringend auf eine Reform des Vergütungssystems angewiesen sind.

Nach vielen öffentlichen Diskussion und internem Ringen zwischen Bund und Ländern um die Reformierung des Krankenhauswesens, steht nun (im Januar 2024) kaum mehr fest als zu dem Zeitpunkt der Vorstellung der Empfehlungen der Regierungskommission vor über einem Jahr. Gleichzeitig stehen in vielen Krankenhäusern jedoch strategische Entscheidungen, zum Beispiel bezüglich notwendiger Investitionen oder dem Umgang mit ambulanten Potentialen. Die Kombination aus Handlungsdruck und unklaren Rahmenbedingungen stellt für

viele Krankenhäuser eine große Herausforderung dar. Neben den grundlegenden Informationen zum aG-DRG-System und dessen Weiterentwicklung haben wir Ihnen in diesem Jahr auch einige – bisher bekannte – Eckdaten zur geplanten Krankenhausreform zusammengestellt.

Etwas mehr Klarheit gibt es indessen hinsichtlich der Ambulantisierung. Zum 1.1.2024 trat nicht nur der neue AOP-Katalog mit zusätzlichen OPS-Kodes in Kraft. Auch eine ganz neue Vergütungsform, die Hybrid-DRGs kommen dieses Jahr erstmals zur Anwendung. Zum Thema ambulante Leistungen finden Sie ebenfalls ein neues Kapitel in dieser Broschüre, das Ihnen einige grundlegende Informationen zur Verfügung stellt.

Sollten Sie Informationen zu konkreten Therapien mit Bezug zu unseren Produkten suchen, finden Sie diese in den jeweiligen fachspezifischen Broschüren auf unserer Internetseite in der Rubrik Reimbursement. Selbstverständlich stehen wir Ihnen auch jederzeit gerne persönlich für Fragen zur Verfügung, kontaktieren Sie uns

Abkürzungsverzeichnis

| | | | | | |
|-------|---|------|---|---------|---|
| BWR | Bewertungsrelation | HD | Hauptdiagnose | OEM | Original Equipment Manufacturer (Hersteller des Originalerzeugnisses) |
| BBFW | Bundesbasisfallwert | HLM | Herz-Lungen-Maschine | | |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte | HZV | Herzzeitvolumen | OPS | Operationen- und Prozedurenschlüssel |
| CM | Case Mix | IABP | Intraaortale Ballonpumpe | PBWR | Pflege-Bewertungsrelation |
| CMI | Case Mix Index | ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten | PCI | Percutaneous coronary intervention - Perkutane Koronarintervention |
| DRG | Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen | InEK | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH | PECLA | Pumpenlose Extrakorporale Membranoxygenierung |
| DKR | Deutsche Kodierrichtlinien | LBFW | Landesbasisfallwert | Prä-MDC | den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe |
| ECLS | Extracorporeal Life Support System | MD | Medizinischer Dienst (vormals Medizinischer Dienst der Krankenkassen) | SAPS | Simplified Acute Physiology Score |
| ECMO | Extrakorporale Membranoxygenierung | MDC | Major Diagnostic Group – Hauptdiagnosegruppe | TISS | Therapeutic Intervention Scoring System |
| FoKa | Fachausschuss für die ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung | ND | Nebendiagnose | VWD | Verweildauer |
| G-DRG | German Diagnosis Related Groups | | | ZE | Zusatzentgelt |

gerne. Wir freuen uns auch über Hinweise oder Anmerkungen zu aus Ihrer Sicht fehlenden Inhalten, um diese bei der Weiterentwicklung zu berücksichtigen.

Bitte haben Sie Verständnis, dass der Inhalt all unserer Broschüren zum Thema Reimbursement zwar mit großer Sorgfalt zusammengestellt ist, sie dennoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die Inhalte sind mit besonderem Augenmerk auf unsere Produkte erstellt, sodass in den fachbezogenen Broschüren nur Verfahren und Therapien dargestellt sind, die durch die jeweiligen Produkte unterstützt werden. Auch die Informationen und Erläuterungen, die sich auf das Vergütungssystem beziehen, sind nicht als vollständige Darstellung des aG-DRG-Systems oder aktuell gültiger Abrechnungsbestimmungen zu verstehen und können das Studium einschlägiger rechtlicher Grundlagen und Vorschriften in diesem Zusammenhang nicht ersetzen.

Des Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass es sich bei allen DRG- und Gruppierungsbeispielen um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Fallkonstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (bspw. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind abweichende Gruppierungsergebnisse möglich.

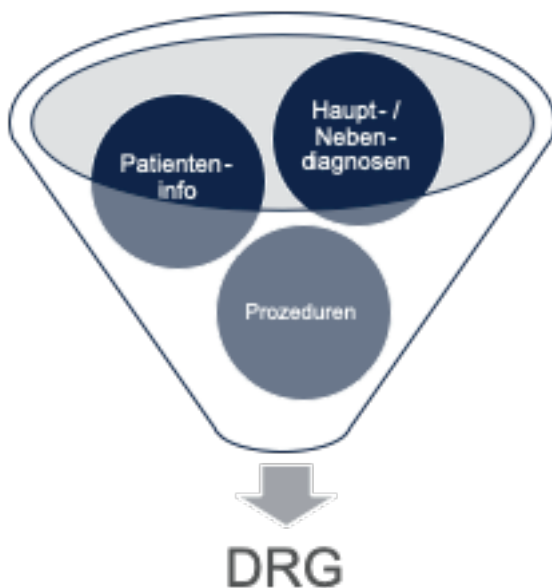


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der Einflussfaktoren zur DRG-Gruppierung

Das aG-DRG-System

Fallpauschalen

Die Vergütung der stationären Versorgung in Deutschland erfolgt nach einem pauschalierenden und leistungsorientierten Entgeltsystem, dem aG-DRG-System. Es handelt sich um ein Patientenklassifikationssystem, in dem Patienten mit ähnlicher Erkrankung bzw. Behandlung einer gemeinsamen Fallpauschale, der DRG zugeordnet werden.

Ausschlaggebend für die Gruppierung, also die Auswahl einer DRG für einen individuellen Fall sind verschiedene Faktoren. Insbesondere die Hauptdiagnose sowie eventuell erfolgte diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen haben einen weitgehenden Einfluss. Weiterhin sind aber auch patientenindividuelle Faktoren, wie z. Bsp. Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen relevant.

Um eine leistungsgerechte Vergütung zu erreichen, ist somit die korrekte und vollständige Dokumentation von Diagnosen und erbrachten Leistungen unabdinglich. Zur Gewährleistung einer durchgängigen Abbildung, sind allgemeingültige, einheitliche Klassifikationssysteme notwendig, die vom BfArM, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, zur Verfügung gestellt und jährlich aktualisiert werden:

- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation für Diagnosen im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland ^[1]
- Operationen, Prozeduren und weitere allgemeine medizinische Maßnahmen werden anhand des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) in seiner aktuellen Fassung, der Version 2024 verschlüsselt ^[2]

Für die Einführung, Betreuung und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems zeichnet sich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verantwortlich, das eigens hierfür von den Selbstverwaltungspartnern im deutschen Gesundheitssystem gegründet wurde. Das InEK stellt die aktuell gültigen Dokumente wie beispielsweise den Fallpauschalen-Katalog oder Informationen zu Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), sowie eine Reihe von Hintergrundinformationen zur Verfügung.

Die Internetadressen der genannten Institute sowie Hinweise zu weiterführenden Informationsquellen finden Sie am Ende dieser Broschüre.

Pflegepersonalkosten

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs im Jahr 2020 wurde der Fallpauschalen-Katalog

um die Bewertungsrelationen für den tagesbezogenen Pflegeerlös je DRG ergänzt. Entsprechend wurden die Bewertungsrelationen der „Rumpf-DRGs“ um den Pflegeanteil gekürzt. Die Bewertungsrelationen der Pflege setzen den pflegerischen Aufwand der DRGs untereinander in Relation und werden seither zusätzlich zu den DRG-Erlösen abgerechnet. Dazu werden die Pflege-Bewertungsrelationen mit einem krankenhausindividuell verhandelten Pflegeentgeltwert bewertet. Allerdings handelt es sich dabei lediglich um Abschlagszahlungen auf die Pflegepersonalkosten.

Das Pflegebudget ist als Selbstkostendeckungsprinzip zu verstehen und soll daher die tatsächlich entstandenen Personalkosten der Pflege im Krankenhaus decken. Diese sind jedoch erst retrospektiv bekannt. Durch die vorläufige Abrechnung der Pflegeerlöse kann die Liquidität des Krankenhauses sichergestellt werden. Wurde für das laufende Jahr noch kein Pflegentgeltwert vereinbart, kommt der Wert des Vorjahrs zum Einsatz. Konnte seit Einführung des Pflegebudgets noch kein Budget vereinbart werden, kommt der gesetzlich vorgeschriebene Vorläufige Pflegeentgeltwert zur Anwendung. Dieser beträgt seit 2023 230€ und ist Grundlage unserer Beispielrechnung.

Nach Ablauf des Budgetzeitraums findet dann schließlich ein Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen aus den vorläufig abgerechneten Pflegerlösen gegenüber den Ist-Personalkosten statt.

Das Beispiel verdeutlicht die Ermittlung beider Erlösbestandteile der DRG F06D Koronare Bypass-Operation: Erlöse aus der DRG und der Pflege. Im Fallpauschalen-Katalog sind die BWR der DRG mit ihren verweildauerabhängigen Zu- und Abschlägen sowie die BWR für Pflege pro Tag genannt.

| DRG | Bezeichnung | BWR DRG | ∅ VWD | UGVWD | UGVWD-Abschlag pro Tag | OGVWD | OGVWD-Zuschlag pro Tag | BWR Pflege pro Tag |
|------|---|---------|-------|-------|------------------------|-------|------------------------|--------------------|
| F06D | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren | 4,509 | 13,6 | 4 | 0,414 | 25 | 0,206 | 1,6075 |

Tabelle 1: Auszug aus dem Fallpauschalen-Katalog 2024 [3]

Bei einer Verweildauer von 11 Tagen ergibt sich

Erlös der „Rumpf-DRG“ **BWR DRG** x fiktiver BBFW*
4,509 x 4.200 € = 18.938 €

zzgl. Pflegeerlös **BWR Pflege pro Tag** x VWD x
 Pflegeentgeltwert**
1,6075 x 11 x 230 € = 4.067 €

Gesamt **23.005 €**
 (zzgl. evtl. Zusatzentgelte)

Zusatzentgelte

Ergänzend zur Vergütung durch Fallpauschalen existieren innerhalb der stationären Abrechnung auch Zusatzentgelte (ZEs), die parallel zu einer Fallpauschale abgerechnet werden können. Diese kommen in der Regel dann zur Anwendung, wenn bestimmte Verfahren, Medizinprodukte oder Medikamente unregelmäßig in mehreren DRGs auftreten, sodass eine feste Zuordnung zu einer einzelnen DRG nicht möglich ist und diese deshalb nicht sachgerecht in den DRGs abgebildet werden können. Die Vergütung durch ein Zusatzentgelt ist außerdem nur dann notwendig, wenn die Leistung mit einem nicht unerheblichen Kostenaufwand verbunden ist. Angesteuert werden die Entgelte über definierte Prozedurschlüssel, sodass auch in diesem Zusammenhang eine korrekte Dokumentation der relevanten OPS-Kodes wichtig ist.

Grundsätzlich können bundeseinheitliche von individuellen ZEs unterschieden werden. Für erstgenannte werden mit dem Fallpauschalen-Katalog einheitliche Preise vom InEK kalkuliert und veröffentlicht (Anlage 2 im Fallpauschalen-Katalog^[3]). Auch die individuellen ZEs werden vom InEK vorgegeben bzw. hinsichtlich ihrer Leistung definiert (Anlage 4 und 6 im Fallpauschalen-Katalog^[3]). Das heißt es können keine Zusatzentgelte für beliebige Leistungen vereinbart werden, sondern nur für die vom InEK vorgegebenen Prozeduren-Kodes. Für die individuellen ZEs werden allerdings keine Preise festgelegt. Dies resultiert aus stark abweichenden Kosten, die die Krankenhäuser dem InEK mitteilen. In diesen Fällen findet auf Ortsebene zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern eine individuelle Verhandlung der Entgelte statt.

Eine spezielle Form von ZEs stellen die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (kurz NUBs) dar. Im Unterschied zu den vorher beschriebenen ZEs handelt es sich hier um zeitlich befristete Entgelte. Es geht darum neuartige Methoden im Entgeltsystem abzubilden. Da die Aktualisierung des Fallpauschalen-Katalogs systembedingt immer einen zeitlichen Versatz von 2 Jahren aufweist, sollen durch die NUB-Entgelte neue Verfahren kurzfristig und zeitlich begrenzt abgebildet werden. Voraussetzung für die Vereinbarung eines NUB ist jedoch zunächst die grundsätzliche Anerkennung als solches durch das InEK. Hierzu prüft das InEK auf Anfrage eines Krankenhauses, ob es sich bei dem Verfahren um eine Neuheit handelt, die

* Berechnung der DRG-Erlöse erfolgt mit einem fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.200 €, da der BBFW zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage noch nicht zur Verfügung stand.

** Berechnung der Pflegeerlöse erfolgt mit dem gemäß § 15 IIa KHEntgG ab 01.01.2023 gültigen vorläufigen Pflegeentgeltwert in Höhe von 230 €.

im aktuellen aG-DRG-System nicht oder nicht sachgerecht abgebildet ist. Das Prüfergebnis gilt anschließend jeweils für das folgende Systemjahr. Im darauffolgenden Jahr findet eine erneute Prüfung statt, sofern das Verfahren nicht ins aG-DRG-System überführt wurde.^[4]

Kalkulation von individuellen Zusatzentgelten

Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung, für die ein individuelles ZE abrechenbar ist, muss dieses Entgelt im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern vereinbart werden, wofür in der Regel die Vorlage einer Kalkulation notwendig ist. Zur Unterstützung bei der Kalkulation von ZEs stellt das InEK einen Leitfadensatz zur Verfügung, der die grundsätzliche Vorgehensweise beschreibt und dessen Vorgaben zu berücksichtigen sind. Es werden differenzierte Ansätze für die drei unterschiedlichen Gruppen von Leistungsarten vorgestellt: operative und interventionelle Verfahren, die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten sowie Dialysen und verwandte Verfahren. Ergänzend stellt das InEK auch Kalkulationsblätter zur Verfügung.^[5]

Die Kalkulationsempfehlungen des InEK sollten in jedem Fall berücksichtigt werden. Zusätzlich ist zu empfehlen, sich mit dem Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten des InEK^[7] vertraut zu machen, da dieses als grundlegendes Regelwerk zur Fallkostenermittlung zu betrachten ist. Die Kalkulation der DRGs führt das InEK auf Basis von Echtdaten aus Krankenhäusern durch, die an der jährlichen Kostenkalkulation teilnehmen und dazu ihre im Rahmen einer Kostenträgerrechnung ermittelten Fallkosten zur Verfügung stellen. Um eine einheitliche Vorgehensweise zur Ermittlung dieser Fallkosten zu gewährleisten, hat das InEK eben dieses Kalkulationshandbuch herausgegeben. Insofern dürften die Regelungen und Vorgaben aus dem Handbuch in erster Linie den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern geläufig sein. Da die Definition der Fallkosten ebenso für die Kosten von ZEs gelten, sollten Sie sich im Rahmen Ihrer ZE-Kalkulation damit vertraut machen.

Häufig geltend gemacht für ZEs sind Kosten für den Einsatz teurer Sachmittel. Dazu gehören zum Beispiel Implantate, spezielle Materialsets oder Medikamente. Auch weitere Sachkosten des medizinischen Bedarfs können in der Kalkulation berücksichtigt werden. Natürlich sind ebenfalls Personalkosten im Ärztlichen Dienst oder für Funktionspersonal zu kalkulieren. Betroffene Leistungsbereiche sind hier häufig die OP sowie auch diagnostische Bereiche. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System ab dem Jahr 2020 auch bei der ZE-Kalkulation keine Personalkosten des Pflegedienstes (im Sinne des Pflegebudgets) mehr geltend gemacht werden können, da dies eine Doppelfinanzierung

bedeuten würde. Hier gilt es zu prüfen, ob die Zuordnung von Mitarbeitern zu den unterschiedlichen Dienststellen korrekt ist bzw. ob diese Zuteilung im Einklang mit Ihrem Pflegebudget steht.

Bei der Ermittlung des Kostenumfanges für ein Zusatzentgelt ist außerdem zu berücksichtigen, dass es sich dabei ausschließlich um zusätzlich entstandene Kosten handelt. Das bedeutet, dass in der abgerechneten Fallpauschale bereits Kosten einer Leistung enthalten sind, die bei diesen Fällen üblicherweise zur Anwendung kommt. Das Zusatzentgelt soll nur diejenigen Kosten abbilden, die durch die abweichende (zusatzentgeltauslösende) Leistung darüber hinaus entstehen. Das bedeutet, dass in die Kalkulation des ZEs nur die Mehrkosten eingebracht werden können, um eine Doppelvergütung auszuschließen.

Abrechnung von Zusatzentgelten

Es ist weiterhin zu beobachten, dass die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern zunehmend spät im Laufe eines Jahres stattfinden. Durch diesen zeitlichen Verzug kann der Fall eintreten, dass zum Abrechnungszeitpunkt eines Falls keine aktuell gültige Preisvereinbarung vorliegt. Wie mit der Abrechnung in solch einem Fall zu verfahren ist, hängt davon ab, ob im vorhergehenden Vereinbarungszeitraum ein Preis für das betreffende Zusatzentgelt vereinbart war oder nicht. Handelt es sich um ein bereits im Vorjahr vereinbartes ZE, kann der zuletzt gültige Preis bis zur Genehmigung einer neuen Vereinbarung weiterhin abgerechnet werden. Entstehen dadurch Mehr- oder Mindererlöse werden diese im Nachhinein ausgeglichen.

Für nicht vereinbarte Zusatzentgelte kann gemäß der Fallpauschalenvereinbarung der Spitzenverbände ein Betrag in Höhe von 600 € abgerechnet werden.^[7]

Geplante Veränderungen: der Kern der Krankenhausreform

Wie bereits eingangs erwähnt, gibt es zu Beginn 2024 zwar noch keine detaillierte Ausgestaltung der Krankenhausreform, im Groben sind die Bausteine und die damit einhergehenden Veränderungen jedoch skizziert. Kern der Reform ist eine grundlegende Umgestaltung der stationären Versorgung. Vorhandene Überkapazitäten (insbesondere in städtischen Ballungsräumen) sollen abgebaut werden, gleichzeitig die Versorgung in ländlichen Regionen sichergestellt bzw. ausgebaut werden. Um dies zu erreichen, strebt die Reform eine Überarbeitung der Krankenhausvergütung sowie auch der Bedarfsplanung an.

Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen

Die Krankenhausplanung ist aktuell wenig spezifisch, sie findet überwiegend auf Fachabteilungsebene und nach Anzahl der vorgehaltenen Betten statt. Bei der Fortschreibung verändern sich die Kapazitätsplanungen nur wenig, auch über Jahre hinweg. Es entsteht der Eindruck, dass Veränderungen im Bedarf wenig Einfluss auf die Planungen haben.

Hier setzen die Reformbestrebungen an: Die Krankenhausplanung soll bedarfsorientierter werden und die Verbesserung der Versorgungsqualität unterstützen. Daher wird eine bundesweit einheitliche Umstellung auf Leistungsgruppen als Planungsgrundlage angestrebt. Da die Leistungsgruppen die Fachabteilungsebene noch einmal unterteilt, erlauben sie eine detailliertere Planung. Die Definition der Leistungsgruppen erfolgt anhand von ICD- und OPS-Kodes und ist so gegliedert, dass Behandlungen einer Leistungsgruppe eine ähnliche technische Ausstattung, Kompetenzen und Qualifikationen benötigen.

Im nächsten Schritt werden den Leistungsgruppen schließlich einheitliche Mindestvorgaben an technischer und personeller Ausstattung zugeordnet. Ähnlich wie bereits bekannte Vorgaben zu Mindestmengen oder Strukturmerkmalen sollen diese eine qualitätsorientierte Versorgung gewährleisten. [8]

Die Herausforderung liegt in der inhaltlichen Definition der Leistungsgruppen. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat schon vor einigen Jahren einen Prozess zur Neugestaltung seiner Krankenhausplanung angestoßen. Dazu wurden bereits ausführliche Analysen zur Planung nach Leistungsgruppen durchgeführt und auch Vorgehensweisen zur Umstellung der Verfahren erarbeitet, auf die der Bund nun zurückgreifen kann.

Vorhaltefinanzierung

Die Etablierung einer Komponente zur Finanzierung von Vorhaltekosten ist ein weiteres Kernelement der geplanten Krankenhausreform. Ziel ist es, die Anreize zur Steigerung von Fallzahlen, die das aG-DRG-System mit sich bringt auszubremsen. Dazu soll ein Teil der Vergütung fallzahlunabhängig ausbezahlt werden. In diesem Zusammenhang zu erwähnen ist, dass es sich bei der Vorhaltefinanzierung nicht um eine zusätzliche Vergütungskomponente handelt. Es findet lediglich eine andere Verteilung von Mitteln statt, indem Teilbeträge aus den aG-DRGs herausgenommen und zur Finanzierung der Vorhaltung herangezogen werden.

Der Fallzahlbezug wird jedoch auch bei der Vorhaltefinanzierung nicht gänzlich aufgelöst, denn auch deren Höhe orientiert sich an den Behandlungsfällen der

betreffenden Leistungsgruppe. Möglich sind allerdings Abweichungen von 20% nach oben oder unten.

Sachkosten

Der Anteil der Sachkosten innerhalb einer DRG spielt eine wichtige Rolle bei der Kalkulation der Vorhalteanteile. Wie beschrieben, werden für die Vorhaltefinanzierung Kostenanteile aus den DRGs ausgegliedert. Damit es zu keiner Unterfinanzierung von Leistungen mit hohem Sachkostenanteil kommt, müssen diese bei der Bestimmung der Vorhaltung berücksichtigt werden.

Das derzeitige DRG-System und die Leistungsgruppen sind zwei unterschiedliche Systeme zur Gruppierung medizinischer Leistungen. Während die DRGs nach teils umfangreichen Definitionen ausgewählt werden und die unterschiedlichen Kostenstrukturen von Behandlungen widerspiegeln, sind die Leistungsgruppen aktuell lediglich nach einzelnen OPS-Kodes definiert und können daher verschiedene DRGs enthalten. Die Ermittlung des korrekten Vorhalteanteils je Leistungsgruppe stellt eine Herausforderung dar, da aus den DRGs Vergütungsanteile herausgenommen und auf Ebene der Leistungsgruppen zugeordnet werden müssen.

Level 1i – Integriert ambulant stationäre Versorgung

Eine echte Abkehr vom DRG-System ist für einen neuen Krankentyp geplant. Die Level 1i-Krankenhäuser oder auch Gesundheitszentren sind gedacht, um eine wohnortnahe ambulante allgemeine oder fachärztliche Versorgung sicherzustellen und diese mit der Bereitstellung von Akutpflegebetten zu verknüpfen. Das Konzept entspricht einer regionalen und sektorenübergreifenden Versorgung. Zu den Aufgaben dieser Zentren gehören neben der allgemeinen und fachärztlichen ambulanten Versorgung auch eine stationäre Basisversorgung – je nachdem welche Fachbereiche abgedeckt werden. Sie dienen außerdem der Nachbeobachtung und Basisversorgung von Patientinnen und Patienten nach Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung.

Hinsichtlich der Vergütung sollen in diesen neuen ambulant stationären Versorgungszentren keine Fallpauschalen mehr zur Anwendung kommen. Das spiegelt den unterschiedlichen Versorgungsauftrag und Organisation dieser Zentren wider. Für die Erbringung der ärztlichen Leistungen, so sieht es der Entwurf der Regierungskommission vor, sollen die regional ansässigen niedergelassenen Ärzte zuständig sein. Die Abrechnung der ärztlichen Versorgung kann dann auch mit bisherigen Vergütungsinstrumenten erfolgen (z. Bsp. über EBM oder Hybrid-DRG). Sollte im Anschluss an die ambulante Versorgung noch eine stationäre Überwachung notwendig werden, kann diese Komponente separat über Tagessätze, nicht mehr über DRGs, abgerechnet werden.

Vergütung ambulanter Operationen im Krankenhaus

AOP-Katalog

Die Förderung der ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten ist ein weiterer Baustein zum Umbau der Versorgungsstrukturen in Deutschland. Das im Jahr 2022 erschienene Gutachten des IGES-Instituts hat aufgezeigt, dass ein weitreichendes Potential zur Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor besteht. Seither ist zwar keine vollständige Umsetzung der Vorschläge aus dem Gutachten erfolgt, dennoch gab es schrittweise Anpassungen des AOP-Katalogs:

- Erweiterung der AOP-Kataloge 2023 um rund 200 und 2024 um rund 170 OPS-Kodes
- Einführung von Kontextfaktoren zur fallindividuellen Abschätzung der ambulanten Durchführbarkeit
- Einführung von Vergütungszuschlägen bei Reoperation sowie Frakturen und Luxationen zur Abbildung einer Schweregradifferenzierung

Zudem hat das BMG zusammen mit dem Startkatalog bereits weitere Leistungsbereiche festgelegt, die den Hybrid-DRG-Katalog baldmöglichst erweitern sollen. Konkret sind 55 DRGs zur Prüfung und eventueller Abbildung durch Hybrid-DRG genannt. Die betroffenen Leistungsbereiche sind vielfältig, darunter beispielsweise mäßig komplexe Eingriffe aus dem Bereich Gefäßchirurgie, kleinere unfallchirurgische Eingriffe bzw. Arthroskopien, sowie auch diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Bereich Kardiologie.^[10]

Hybrid-DRGs

2024 konnten nun auch die lange geplanten Hybrid-DRGs starten. Nachdem sich die Selbstverwaltungspartner im Vorfeld hierzu nicht einigen konnten, hat letztlich das Bundesministerium für Gesundheit einen Katalog mit Hybrid-DRGs definiert. Die Komplexpauschalen, können sowohl von ambulanten als auch von stationären Leistungserbringern abgerechnet werden und stellen damit eine sektorengleiche Vergütungsform dar.

Der für dieses Jahr gültige Katalog enthält Leistungen aus 5 Bereichen, für die jeweils 1 bis 3 verschiedene Hybrid-DRGs vorgesehen sind^[9]:

- Arthrodesen der Zehengelenke
- Bestimmte Hernieneingriffe
- Entfernung von Harnleitersteinen
- Exzision der Sinus pilonidalis
- Ovariektomien

Wie erwartet liegen die Hybrid-DRGs mit ihrer Vergütung zwischen der derzeitigen EBM-Vergütung, die bei einer Abrechnung von Leistungen aus dem AOP-Katalog zum Tragen kommt. Und der DRG-Vergütung im Krankenhaus bei einem Aufenthalt von 2 Tagen.

Es bleibt jedoch noch einiges zu tun: Nachzeitigem Stand im Januar 2024 fehlen noch detaillierte Bestimmungen zur Abrechnung der Hybrid-DRGs, bevor diese dann auch tatsächlich in der Praxis zur Anwendung kommen können.

Weiterführende Informationen

Wir haben Sie bereits darauf hingewiesen, dass die hier dargestellten Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Das Studium der einschlägigen Gesetze und Vorschriften in diesem Zusammenhang ist notwendig, wenn Sie mit Themen wie Kodierung, Vergütung, Abrechnung etc. betraut sind. Als ersten Einstieg für das Selbststudium können wir die nachfolgenden Informationsquellen empfehlen, wobei auch hier der Hinweis gilt, dass es sich um keine vollständige Aufzählung handelt.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

www.g-drg.de

Das InEK ist für alle Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des deutschen Vergütungssystems für die stationäre Versorgung zuständig und stellt auf seinen Internetseiten alle wichtigen Informationen und Vereinbarungen auf Bundesebene in Bezug auf das G-DRG-System zur Verfügung

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

www.bfarm.de

Das BfArM - vormals DIMDI - ist Herausgeber verschiedener medizinischer Klassifikationen, unter anderem des ICD- und OPS-Katalogs. Zudem gehört zu den Aufgaben des BfArM beispielsweise auch die Pflege von medizinischen Terminologien und Nomenklaturen sowie die Entwicklung und Aktualisierung datenbankgestützter Informationssysteme zum Beispiel für Arzneimittel, Medizinprodukte oder klinische Studien.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

www.dkgev.de

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist Vertreter der Krankenhäuser und als Selbstverwaltungspartner in die Verhandlung zahlreicher Vereinbarungen involviert. Auf der Internetseite der DKG finden sich unter anderem alle relevanten Dokumente zum aktuellen AOP-Katalog (AOP-Vertrag, Kontextfaktoren, Schweregradzuschläge etc.).

Gesetzliche Grundlagen

Relevant für die Krankenhausfinanzierung sind insbesondere das Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) und das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG). In Teilbereichen ist auch die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflugesatzverordnung – BPFIV) gültig.

Hauptsächlich zur Regelung der Abrechnung von DRGs und weiteren Entgelten schließen die Spitzenverbände jährlich eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung.

Rechtliche Hinweise:

Die Ausführungen und Erläuterungen in dieser Broschüre zu Getinge Produkten dienen lediglich als Orientierungshilfe hinsichtlich der Vergütungssituation in der stationären Versorgung in Deutschland.

Die Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Für die Inhalte, insbesondere zu Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität kann jedoch keine Haftung und Gewähr übernommen werden. Die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen, Regelungen und Vereinbarungen werden in dieser Broschüre nicht vollständig dargestellt und unterliegen zudem fortlaufenden Änderungen, sodass die hier bereitgestellten Informationen nicht das Studium dieser Vorschriften ersetzen können. Die Broschüre soll lediglich als Hilfestellung im Rahmen der Abrechnung dienen.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass es sich bei den in der Broschüre dargestellten DRGs, Fall- und Gruppierungsbeispielen nur um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Konstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (z. Bsp. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Eine Allgemeingültigkeit ist aus den dargestellten Beispielen nicht ableitbar. Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind insbesondere abweichende Gruppierungsergebnisse möglich. Die Abrechnung von Leistungen und Produkten ist daher in jedem Fall gesondert zu überprüfen.

Die individuelle therapeutische Entscheidung in Bezug auf die Auswahl medizinischer Verfahren und Medizinprodukten soll ausdrücklich unberührt bleiben. Auch die Einhaltung aller im Zusammenhang mit der Anwendung der Produkte stehenden Vorschriften ist vom Anwender zu berücksichtigen.

Quellenangaben

- [1] BfArM (Hrsg.) (2023); ICD-10-GM Version 2024, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 15.09.2023; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/index.htm> [zuletzt aufgerufen am 15.01.2024]
- [2] BfArM (Hrsg.) (2023); OPS Version 2024, Systematisches Verzeichnis, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Stand: 20.10.2023; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2024/index.htm> [zuletzt aufgerufen am 15.01.2024]
- [3] InEK (Hrsg.) (2023); Fallpauschalen-Katalog 2024; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20242> [zuletzt aufgerufen am 15.01.2024]
- [4] InEK (Hrsg.) (2021); Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB); URL: https://www.g-drg.de/Neue_Untersuchungs-_und_Behandlungsmethoden_NUB/DRG [zuletzt aufgerufen am: 01.02.2024]
- [5] InEK (Hrsg.) (2006); Empfehlungen für die Kalkulation von Zusatzentgelten; Stand: 11.11.2005 URL: <https://www.g-drg.de/kalkulation/empfehlung-fuer-die-kalkulation-von-zusatzentgelten> [zuletzt aufgerufen am 18.01.2024]
- [6] InEK (Hrsg.) (2016); Kalkulation von Behandlungskosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern; Version 4.0; URL: <https://www.g-drg.de/kalkulation/drg-fallpauschalen-17b-khg/kalkulationshandbuch> [zuletzt aufgerufen am 01.02.2024]
- [7] Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024) zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/abrechnungsbestimmungen/fpv-2024> [zuletzt aufgerufen am 01.02.2024]
- [8] Dritte Stellungnahmen und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf [zuletzt aufgerufen am 01.02.2024]
- [9] Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V); URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/hybrid-drg-v.html> [zuletzt aufgerufen am 01.02.2024]
- [10] Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V); URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/RefE_Hybrid-DRG-V.pdf [zuletzt aufgerufen am 01.02.2024]

Wir bei Getinge sind davon überzeugt, dass jede Person und Gesellschaft Zugang zur bestmöglichen Versorgung haben sollte, und bieten daher Krankenhäusern und Life-Science-Einrichtungen Produkte und Lösungen, welche die klinischen Ergebnisse verbessern und die Arbeitsabläufe optimieren sollen. Das Angebot umfasst Produkte und Lösungen für die Intensivmedizin, kardiovaskuläre Eingriffe, Operationssäle, Sterilgutaufbereitung und Life Science. Getinge beschäftigt über 10.000 Mitarbeiter weltweit und die Produkte werden in mehr als 135 Ländern verkauft.

Ihren lokalen Getinge-Vertriebspartner finden Sie unter der folgenden Adresse:

Getinge Deutschland GmbH · Kehler Str. 31 · 76437 Rastatt · Deutschland
Getinge Österreich GmbH · Lemböckgasse 49 · 1230 Wien · Österreich
Getinge Schweiz AG · Quellenstrasse 41B · 4310 Rheinfelden · Schweiz