

# **Entgeltsystem im Krankenhaus 2024, Hybrid-DRG und Leistungsgruppen**

**46. Deutscher Krankenhaustag  
Finanzierung im Krankenhaus**

Düsseldorf, den 13.11.2023

Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer InEK GmbH

## Agenda bzw.

### Aufgabenstellung von Dr. Gaß für heute

- Wie wurden Hybrid-DRG kalkuliert, und wie sind diese zum Restsystem abgegrenzt?
- Wie will das INEK die Vorhaltefinanzierung angeknüpft an die LG auf die Länder/Standorte verteilen (insbesondere 2025 und 2026)?
- Wie werden die Fälle zum Start der Umstellung auf die LG verteilt?

# Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V

## Ausgangssituation (I)

- Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), ein Kalkulationsmodell für die spezielle sektorengleiche Vergütung (sog. Hybrid-DRG) zu entwickeln
- Diese Vergütung soll unabhängig davon angewendet werden, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird
- Als Zielgröße wurde eine Etablierung von ca. 10 möglichst aufwandshomogenen Fallpauschalen vorgegeben
- Die ermittelten Fallpauschalen sollen für die entsprechenden Leistungen ab dem 1. Januar 2024 gelten

# Definition von Hybrid-DRGs

Startkatalog für Operationalisierung nicht ausreichend

5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk
5-808.b1	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Großzehenendgelenk
5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk
5-808.b3	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke
5-808.b4	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke
5-808.b5	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke

Wie ist das zu verstehen? Welche Fälle sind einzuschließen?

1. Fälle, die ausschließlich eine dieser Prozeduren und keine weiteren (operativen) Prozeduren aufweisen?
2. Alle Fälle, die mindestens eine dieser Prozeduren haben?
3. Was ist mit Fällen mit ähnlichen Eingriffen und insbesondere unspezifischen Kodierungen („Sonstiger Eingriff am Zehengelenk“)

# Definition von Hybrid-DRGs

## Weiterentwicklung am Beispiel der Arthrodesen am Zeh

### STARTKATALOG

5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk
5-808.b1	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehenendgelenk
5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk
5-808.b3	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke
5-808.b4	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke
5-808.b5	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke

aber  
nicht

Verweildauer > 1

PCCL > 2

### weitere eingeschlossene Codes, zum Beispiel:

5-788.00	Resektion (Exostose): Os metatarsale I
5-788.06	Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
5-788.40	Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles
5-788.x	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Sonstige
5-788.y	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: N.n.bez.
5-808.x	Offen chirurgische Arthrodesen: Sonstige
5-808.y	Offen chirurgische Arthrodesen: N.n.bez.

### weitere Ausnahmen:

Bestimmte aufwendige Diagnosen

Komplexere Eingriffe, spezifische Listen je nach Leistung, hier z.B. Arthroplastik, Mehrfragmentfraktur, Knochen-Tx

Weitere „Kontextfaktoren“ →

# Definition von Hybrid-DRGs

## Fazit (II)

- Die 12 Hybrid-DRGs für die fünf Indikationen stellen einen „Einstieg in Hybrid-DRGs“ nach § 115f SGB V dar
- Die spezifischen Definitionen gewährleisten ein homogenes Fallkollektiv in den neuen DRGs
- Die Gefahr, dass auch komplexe Fälle in eine dieser DRGs gruppiert werden, wird durch die Definition von logischen Ausnahmen minimiert

# Darstellung des Kalkulationsmodells

## Rahmenbedingungen

- Das BMG hat den Entwurf einer Verordnung zur Einführung der Hybrid-DRGs vorgelegt
- Nach Rückfrage beim BMG war die Nennung konkreter Fallzahlen und ihrer Erlöse der oben genannten Verordnung vorbehalten
- Nachfolgend wird das Verfahren zur Ermittlung der Entgelthöhe der Hybrid-DRGs an einem Beispiel dargestellt

# Datenbasis: Fälle und Durchschnittskosten

## Übersicht der Quellen

### **InEK: stationär im Krankenhaus**

- Daten der Datenlieferung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2022
- Kostendaten der Kalkulationsstichprobe, Datenjahr 2022

### **InBA: ambulant nicht im Krankenhaus**

- Fallbezogene Abrechnungsdaten aller Fälle der GKV für die ersten drei Quartale 2021, hochgerechnet auf das Gesamtjahr

### **Vom BMG bereitgestellt: Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

- §-115b-SGB-V-Daten mit einer der genannten Prozeduren aus dem AOP-Katalog, hochgerechnet auf alle GKV-Fälle, Datenjahr 2022

## Methodik

### Vergütung Hybrid-DRGs



- Für ambulante Leistungserbringung nur unvollständige Sach- und Laborkosten, insbesondere Laborkosten nicht eindeutig und transparent zu ermitteln
- Daher Verwendung von InEK-Daten zu Sach- und Laborkosten
- Nach Plausibilisierung der Kostendaten erwies sich der Median als robuster Kostenschätzer (Kostenausreißer)
- Für übrige Kostenbestandteile „Mischpreis“-Kalkulation vereinbart

# Methodik

## Exkurs: Sach- und Laborkosten am Beispiel DRG G24B

Summe Sach- und Laborkosten DRG G24B = 672,64 Euro	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/ Sachkosten	
	Ärztl. Dienst	Pflege- dienst	Med.- techn./ Funk- tionsdienst	Arzneimittel		Im- plan- tate	Übriger medizinischer Bedarf			Med. Infra- struktur	Nicht med. Infra- struktur
				Gemein- kosten	Einzel- kosten		Gemein- kosten	Einzel- kosten	Leistung Dritter		
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation				24,45	1,48	0,00	15,71	0,79	3,17		
Intensivstation				1,28	0,00	0,00	2,17	0,05	0,02		
OP-Bereich				10,11	1,27	227,64	143,72	133,25	2,34		
Anästhesie				14,22	0,08	0,00	46,23	0,99	1,84		
Kardiologische Diagnostik /Therapie				0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00		
Endoskopische Diagnostik / Therapie				0,06	0,00	0,00	1,06	0,07	0,00		
Radiologie				0,03	0,01	0,00	0,45	0,11	3,52		
Laboratorien	2,54	0,00	8,67	0,67	0,37	0,00	2,32	0,00	7,77	1,84	5,20
Diagnostische Bereiche				0,17	0,00	0,00	0,62	0,00	0,07		
Therapeutische Verfahren				0,01	0,00	0,00	0,10	0,00	0,27		
Patientenaufnahme				0,76	0,00	0,00	5,05	0,00	0,08		
<b>Summe</b>	<b>2,54</b>	<b>0,00</b>	<b>8,67</b>	<b>51,76</b>	<b>3,21</b>	<b>227,64</b>	<b>217,44</b>	<b>135,26</b>	<b>19,08</b>	<b>1,84</b>	<b>5,20</b>

Laborkosten

Sachkosten

Quelle: aG-DRG-Report-Browser 2023, Datenjahr 2021, Daten nur zur Illustration.

# Methodik

## Exkurs: übrige Kosten ohne Pflege Beispiel DRG G24B

Summe übrige Kosten ohne Pflege DRG G24B = 2.524,47 Euro	Personalkosten			Sachkosten						Personal/ Sachkosten	
	Ärztl. Dienst	Pflege- dienst	Med.- techn./ Funk- tionsdienst	Arzneimittel		Im- plan- tate	Übriger medizinischer Bedarf			Med. Infra- struktur	Nicht med. Infra- struktur
				Gemein- kosten	Einzel- kosten		Gemein- kosten	Einzel- kosten	Leistung Dritter		
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation	289,66		14,02							118,36	331,85
Intensivstation	7,65		0,1							2,71	7,99
OP-Bereich	343,38		315,80							169,49	211,52
Anästhesie	275,25		187,59							35,73	76,89
Kardiologische Diagnostik /Therapie	0,03		0,02								0,02
Endoskopische Diagnostik / Therapie	1,36		1,58							0,97	0,85
Radiologie	3,27		3,60							1,27	2,02
Laboratorien											
Diagnostische Bereiche	9,94	0,23	6,26							1,73	5,10
Therapeutische Verfahren	1,21	0,12	3,03							0,20	1,03
Patientenaufnahme	34,26	6,21	24,53							5,48	22,16
<b>Summe</b>	<b>966,01</b>	<b>6,56</b>	<b>556,53</b>							<b>335,94</b>	<b>659,43</b>

Quelle: aG-DRG-Report-Browser 2023, Datenjahr 2021, Daten nur zur Illustration.

## Methodik

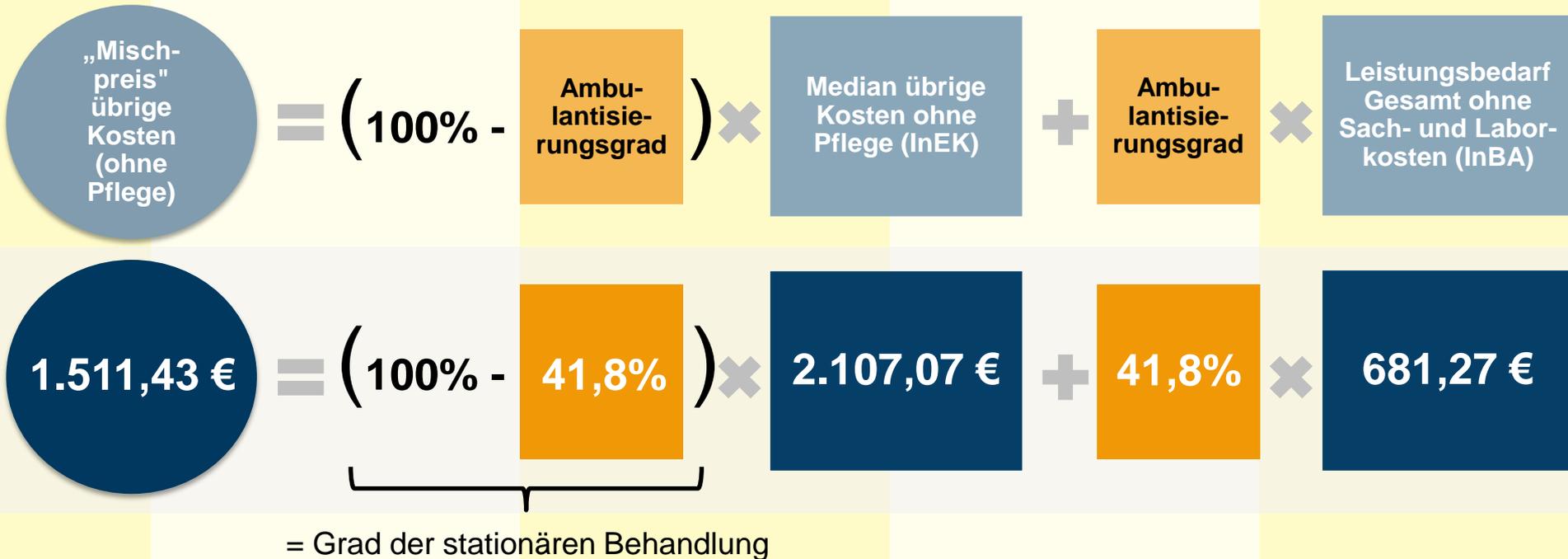
### Vergütung Hybrid-DRGs – Ambulantisierungsgrad

$$\text{Ambulanti-} \\
 \text{sierungsgrad} = \frac{\text{Ambulante Fallzahl} \\
 (\text{AOP} + \text{InBA})}{\text{Gesamtfallzahl} \\
 (\text{InEK} + \text{AOP} + \text{InBA})}$$

- Gegenwärtiger Anteil der ambulanten Fallzahl an der Gesamtfallzahl einer Entität
- Liegt für die fünf Entitäten aktuell zwischen rund 30% und rund 80%
- Geht in die „Mischpreis“-Kalkulation als Gewichtung ein

# Fiktives Beispiel

## Kalkulation Hybrid-DRG G24N – übrige Kosten



# Fiktives Beispiel

## Kalkulation Hybrid-DRG G24N – Gesamtvergütung



# Ausgliederung Hybrid-DRGs (Median-)Kosten und Fallzahlen

Hybrid-DRG	Anzahl Fälle	Fallanteil je Entität	übrige Kosten ohne Pflege	Sach- und Laborkosten
<b>Bestimmte Hernienoperationen</b>	<b>98.735</b>			
G09N Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder...	10.243	10%	2.183,04	498,19
G24N Eingriffe bei Hernien ohne plastische Bauchwandrekonstruktion, mit beidseitigem...	7.274	7%	2.107,07	453,62
G24M Eingriffe bei Hernien ohne plastische Bauchwandrekonstruktion, ohne beidseitigen...	81.218	82%	1.792,14	327,25
<b>Arthrodesese</b>	<b>12.536</b>			
I20N Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus...	2.916	23%	1.785,50	389,97
I20M Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15...	9.620	77%	1.653,44	257,20
<b>Exzision eines Sinus pilonidalis</b>	<b>10.647</b>			
J09N Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	10.647	100%	1.218,80	170,25
<b>Entfernung Harnleitersteine</b>	<b>32.388</b>			
L17N Andere Eingriffe Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe Harnorgane...	5.733	18%	1.205,46	202,93
L20N Transurethrale Eingriffe außer ... ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre...	15.130	47%	1.725,87	453,05
L20M Transurethrale Eingriffe außer ... ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre...	11.525	36%	1.391,56	297,71
<b>Ovariectomien</b>	<b>25.504</b>			
N05N Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer ...	9.342	37%	1.905,15	365,63
N07N Andere Eingriffe Uterus, Adnexen, bestimmten Hernien... mit komplexer Diagnose...	5.052	20%	2.002,55	352,80
N25N Andere Eingriffe Uterus, Adnexen, bestimmten Hernien... ohne komplexe Diagnose..	11.110	44%	1.814,03	298,44

# Hybrid-DRGs

## Summe Mediankosten vs. Erlöse gem. Verordnungsentwurf

Hybrid-DRG	Summe Mediane aus übrige Kosten ohne Pflege und Sach- und Laborkosten	Erlös gemäß Verordnungsentwurf Hybrid-DRG-V	Erlös / Kosten
<b>Bestimmte Hernienoperationen</b>			
G09N Hybrid-DRG der DRG G09Z	2.681,23	2.021,82	75,4%
G24N Hybrid-DRG der DRG G24B	2.560,69	1.965,05	76,7%
G24M Hybrid-DRG der DRG G24C	2.119,39	1.653,41	78,0%
<b>Arthrodese</b>			
I20N Hybrid-DRG der DRG I20E	2.175,47	1.072,95	49,3%
I20M Hybrid-DRG der DRG I20F	1.910,64	909,25	47,6%
<b>Exzision eines Sinus pilonidalis</b>			
J09N Hybrid-DRG der DRG J09B	1.389,05	1.038,17	74,7%
<b>Entfernung Harnleitersteine</b>			
L17N Hybrid-DRG der DRG L17B	1.408,38	1.189,09	84,4%
L20N Hybrid-DRG der DRG L20B	2.179,00	1.791,58	82,2%
L20M Hybrid-DRG der DRG L20C	1.688,71	1.412,05	83,6%
<b>Ovariectomien</b>			
N05N Hybrid-DRG der DRG N05B	2.271,22	1.554,58	68,4%
N07N Hybrid-DRG der DRG N07A	2.355,35	1.587,73	67,4%
N25N Hybrid-DRG der DRG N25Z	2.112,47	1.458,20	69,0%

# Ausgliederung Hybrid-DRGs

## Bereinigung um Erlöse statt Kosten

- Da Fälle in Hybrid-DRGs nicht länger über Fallpauschalen des aG-DRG-Systems finanziert werden, sind sie aus dem aG-DRG-System auszugliedern
- Bereinigung von Fällen geht mit Bereinigung ihrer Kosten einher
- Im Rahmen der Normierung des aG-DRG-Katalogs Anregung der Deutschen Krankenhausgesellschaft: statt Kosten (zukünftige) Erlöse der Fälle in Hybrid-DRGs zu bereinigen
- Wegen des „Mischpreis“-Effekts beträgt der erwartete Unterschied zwischen Kosten und Erlösen in Summe 107 Mio. Euro
- Abstimmung der Selbstverwaltungspartner erforderlich

# Hybrid-DRGs

## Weiterentwicklung im kommenden Jahr

- Der Referentenentwurf zur Hybrid-DRG-Verordnung gibt in § 3 Absatz 2 den Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs im kommenden Jahr vor:

*„Die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, ist in Anlage 3 aufgeführt.“*

- Benannt werden dort 55 DRGs mit gut 1 Mio. Fällen mit Verweildauer = 1 und PCCL < 3.

- 17 - Bearbeitungsstand: 21.09.2023 10:24

**Anlage 3**

**Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl gemäß § 3 Absatz 2**

DRG	DRG-Bezeichnung
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B77Z	Kopfschmerzen
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Transplantation am Auge außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Einleitung (I)

- In einem Schreiben von Herrn Bundesminister Prof. Dr. Karl Lauterbach vom 7. August 2023 wurde das InEK mit Bezug auf das geplante Krankenhaustransparenzgesetz mit zusätzlichen Aufgaben betraut.
- Der Gesetzentwurf sieht im Zuge der Schaffung eines Transparenzverzeichnisses u.a. eine Datenerhebung für das ärztliche Personal (ähnlich zur Erfassung der Pflegekräfte) und eine standortbezogene Zuordnung von Leistungsgruppen vor.
- Gesetzliche Grundlage bildet § 36 KHG *Unterstützung und Beratung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Einleitung (II)

Aus dem Schreiben des Bundesgesundheitsministers:

- *„Zudem ist vorgesehen, dass die Krankenhaufälle künftig vom InEK auf der Grundlage der von ihm zu treffenden Festlegungen bezogen auf den Krankenhausstandort den neuen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Um eine bundeseinheitliche Zuordnung der Krankenhaufälle zu den Leistungsgruppen zu gewährleisten, soll das InEK entsprechende Datenverarbeitungslösungen (Grouper) zertifizieren.*
- *[...] Dies betrifft insbesondere die eindeutige Zuordnung der Krankenhaufälle [...] anhand von Ordnungskriterien des Vergütungssystems.“*

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Eine erste Einschätzung – Was heißt das? (II)

- Über die Leistungsgruppendifinitionen des Krankenhausplans NRW werden knapp ein Viertel der Fälle einer „spezifischen“ Leistungsgruppe und gut drei Viertel der Fälle einer „allgemeinen“ Leistungsgruppe (= über Fachabteilungsschlüssel definiert) zugeordnet.
- *Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sollen 5 (real eher 3-4) weitere Leistungsgruppendifinitionen erarbeiten.*

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Eine erste Einschätzung – Was heißt das? (IV)

- Eine Zuordnung „ganzer“ DRGs zu Leistungsgruppen ist in einzelnen Konstellationen, aber nicht systemweit möglich.
- Die DRG D01A *Kochleaimplantation, bilateral* lässt sich bspw. zu 100% der Leistungsgruppe 24.2 *Cochleaimplantate* zuordnen.
- Die DRG F17A *Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre* trifft im Wesentlichen die Leistungsgruppen 8.3 *Kardiale Devices* (gut 91%) und 23.1 *Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* (rund 7%) entsprechend ihrer Definition.

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Eine erste Einschätzung – Was heißt das? (V)

- Für die DRG G70A *Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose* gibt es aufgrund ihrer Fallzusammensetzung keine eindeutige Leistungsgruppen-Zuordnung.
- Die DRG G70A berührt die Leistungsgruppen
  - 1.1 *Allgemeine Innere Medizin* (29%),
  - 10.1 *Kinder- und Jugendchirurgie* (20%),
  - 23.1 *Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* (16%),
  - 3.1 *Komplexe Gastroenterologie* (12%),
  - 9.1 *Allgemeine Chirurgie* (10%) und
  - 4.1 *Komplexe Nephrologie* (6%).

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Eine erste Einschätzung – Was heißt das? (VI)

- Umgekehrt werden bspw. der Leistungsgruppe 11.1 *Plastische und Rekonstruktive Chirurgie* Fälle aus rund 580 DRGs zugeordnet.
- In den DRGs mit den höchsten Fallzahlen beträgt der Anteil der zugeordneten Fälle aber höchstens ein Drittel. D.h. die Mehrzahl der Fälle dieser DRGs wird anderen Leistungsgruppen zugeordnet.
- Ferner ist für die Leistungsgruppe *Plastische und Rekonstruktive Chirurgie* eine Abgrenzung zur neuen Leistungsgruppe *Traumatologie* notwendig.

# Krankenhaustransparenzgesetz

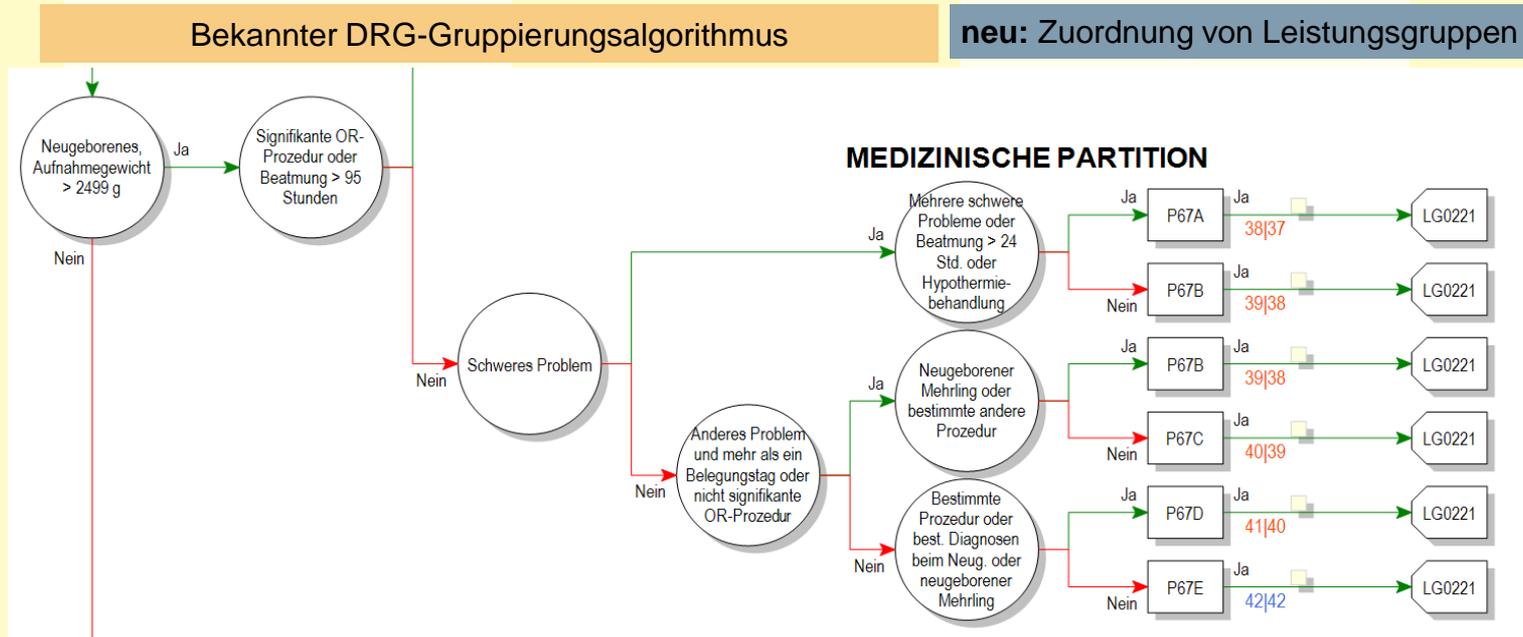
## Definition von Leistungsgruppen

Definition der Leistungsgruppe "Spezielle Traumatologie" (Auszug)
...
T87.-
T11.6
T14.5 in Kombination mit S42.-, S52.-, S62.-, S72.-, S82.-, S92.-
S06.2-, S06.3-, S06.4, S06.5, S06.6, S06.8, S06.9
S02.0, S02.1
S22.4- + 5-346.c* oder 5-346.d*
S72.3, S82.2 + Alter unter 14 Jahren + 5-79*
S42.3 + 5-792.*
S42.3 + Zusatzcode S41.88-89
S42.3 + Zusatzcode S41.85-86
S52.3 + 5-792.*
S52.3 + Zusatzcode S51.88-89
S52.3 + Zusatzcode S51.85-86
S72.3 + 5-79*
S82.2 + 5-792.*
...

- Es existiert eine innerhalb des Vorstands der DGU\* konsentrierte Definition für die neue Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“.
- Sie besteht aus der logischen Verknüpfung von Diagnosen und Prozeduren, in Teilen mit Altersbeschränkung für Kinder.

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Ausblick – Fiktive Darstellung eines Software-Tools\*

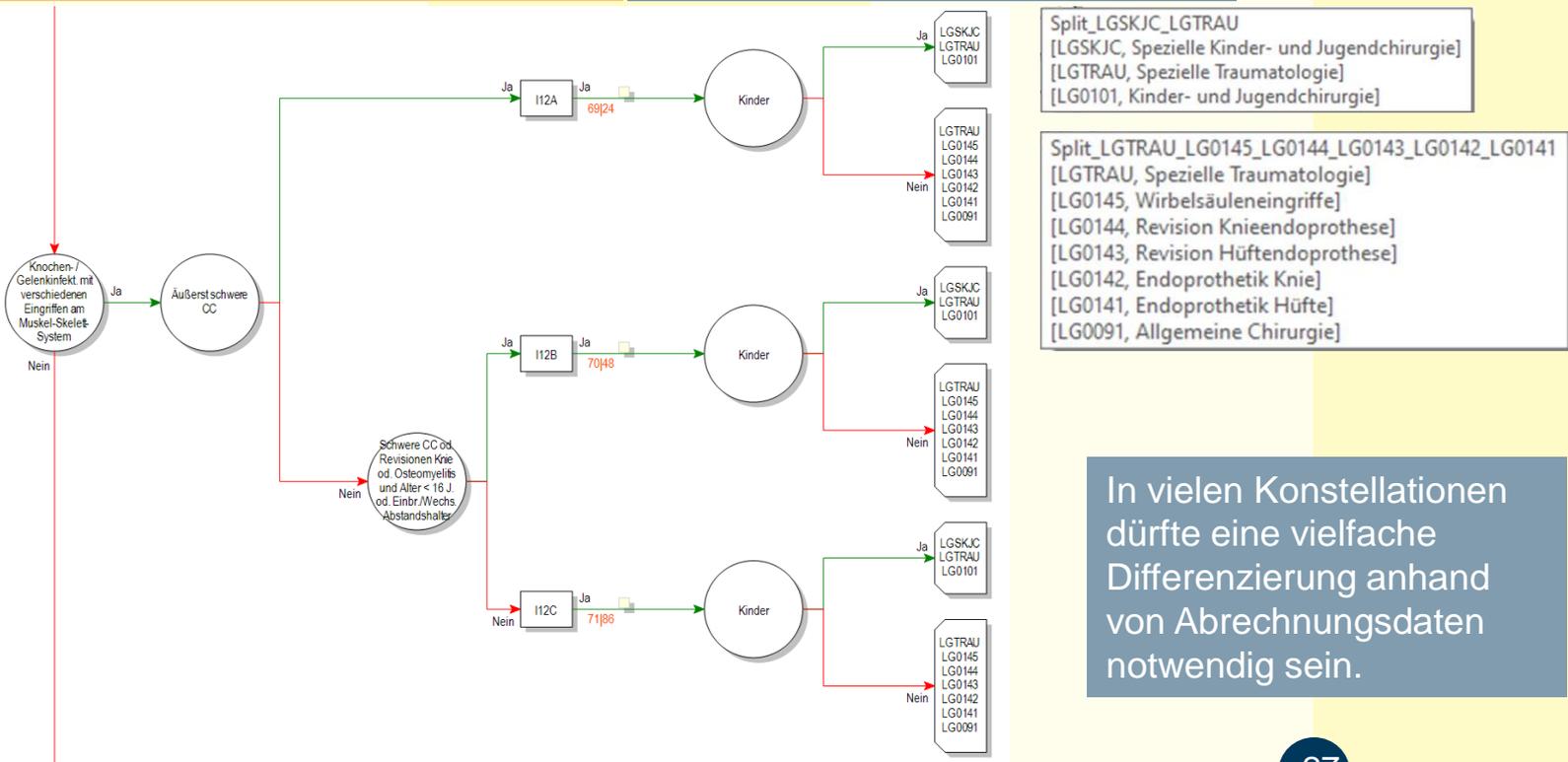


In bestimmten Konstellationen ist eine direkte Zuordnung von DRG zu LG denkbar.

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Ausblick – Fiktive Darstellung eines Software-Tools\*

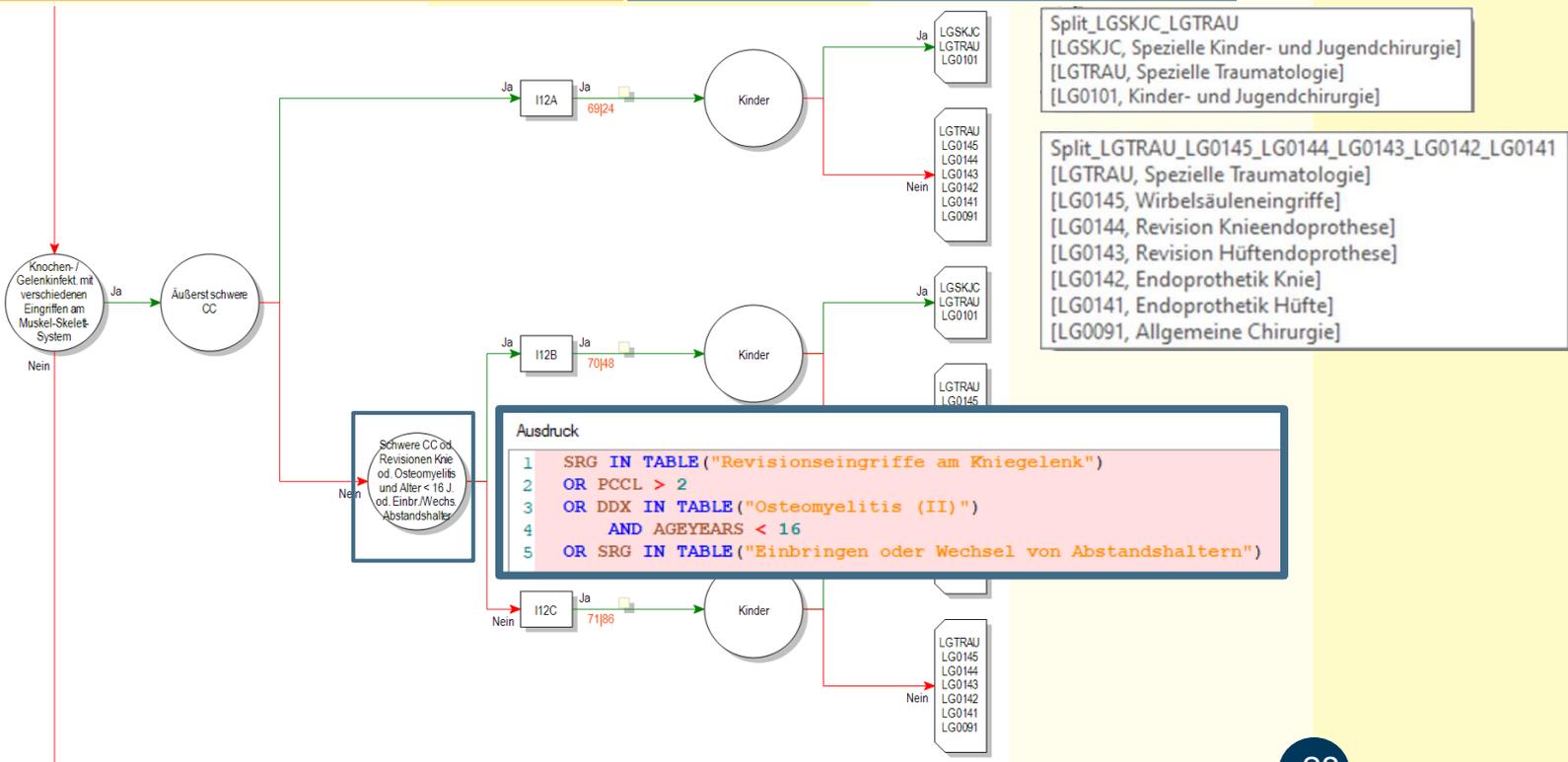
Bekannter DRG-Gruppierungsalgorithmus **neu:** Zuordnung von Leistungsgruppen



# Krankenhaustransparenzgesetz

## Ausblick – Fiktive Darstellung eines Software-Tools\*

Bekannter DRG-Gruppierungsalgorithmus **neu:** Zuordnung von Leistungsgruppen



# Krankenhaustransparenzgesetz

## Zwischenfazit

### Was wir nicht haben:

- Keine inhaltliche Definition der neuen Leistungsgruppen durch die Fachgesellschaften
- Kein Regelwerk für die Zuordnung
- Kein Gremium, um schwierige Entscheidungen abzustimmen
- Keine Software zur Umsetzung

# Krankenhaustransparenzgesetz

## Ausblick

Zur Aufwandseinschätzung und zum Zeitplan:

- Beginn mit Fertigstellung des aG-DRG-Systems und des PEPP-Entgeltsystems und zugehöriger Kataloge
- Arbeitsaufwand und der weitere Zeitverlauf hängen maßgeblich vom Krankenhaustransparenzgesetz ab.

# Vorhaltevergütung

## Vorbemerkung

- Aktuell gibt es keine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene oder eine gesetzliche Vorgabe zur Berechnung einer Vorhaltevergütung
- Insofern zeigen die weiteren Folien nur eine Möglichkeit/Skizze, wie eine „budgetneutrale“ Vorhaltevergütung ermittelt werden kann.

# Vorhaltevergütung

## Skizze der Ermittlung des Vorhalts (I)

### Aktuelle Vergütung

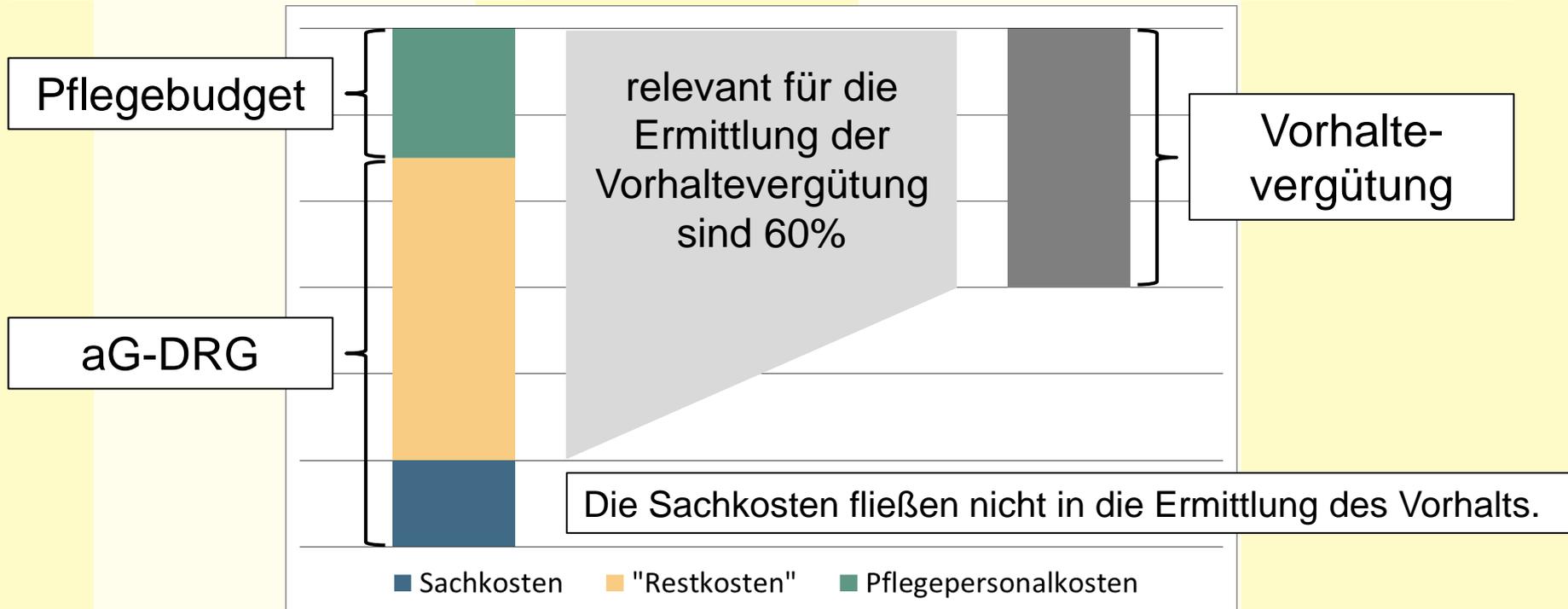


# Vorhaltevergütung

## Skizze der Ermittlung des Vorhalts (II)

### Aktuelle Vergütung

### Vergütung mit Vorhalt

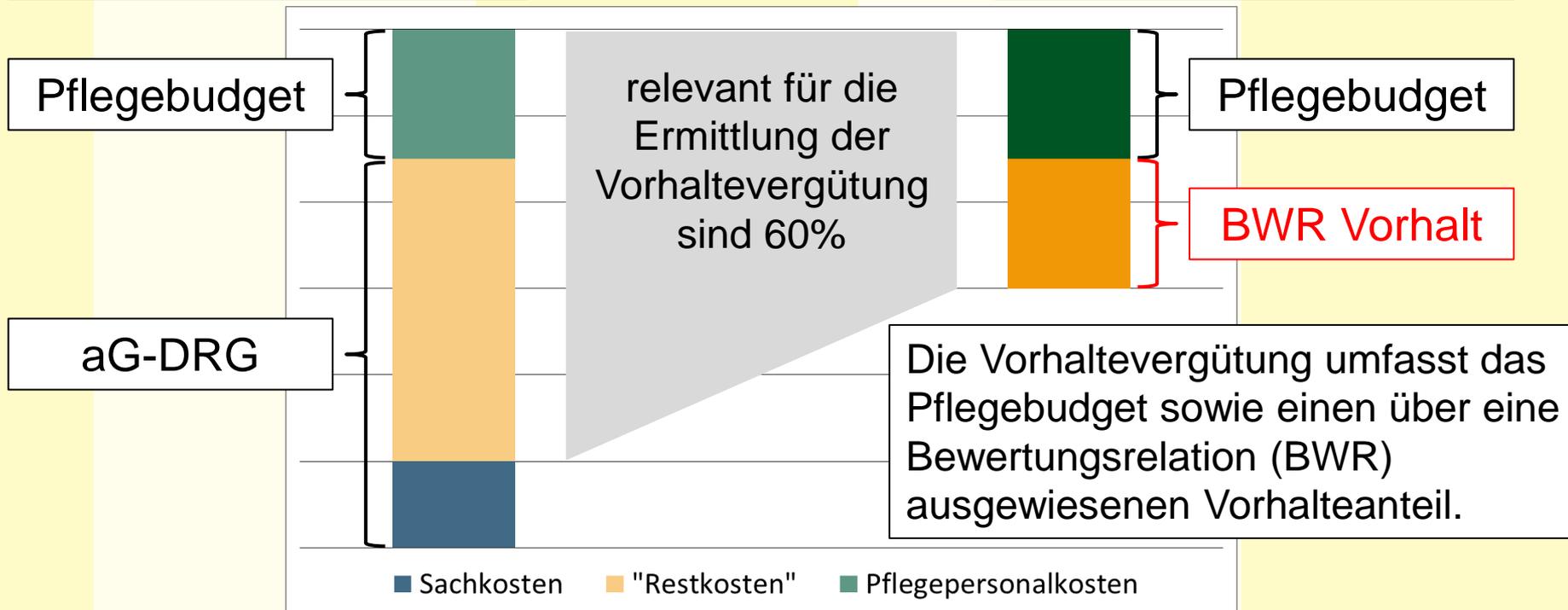


# Vorhaltevergütung

## Skizze der Ermittlung des Vorhalts (III)

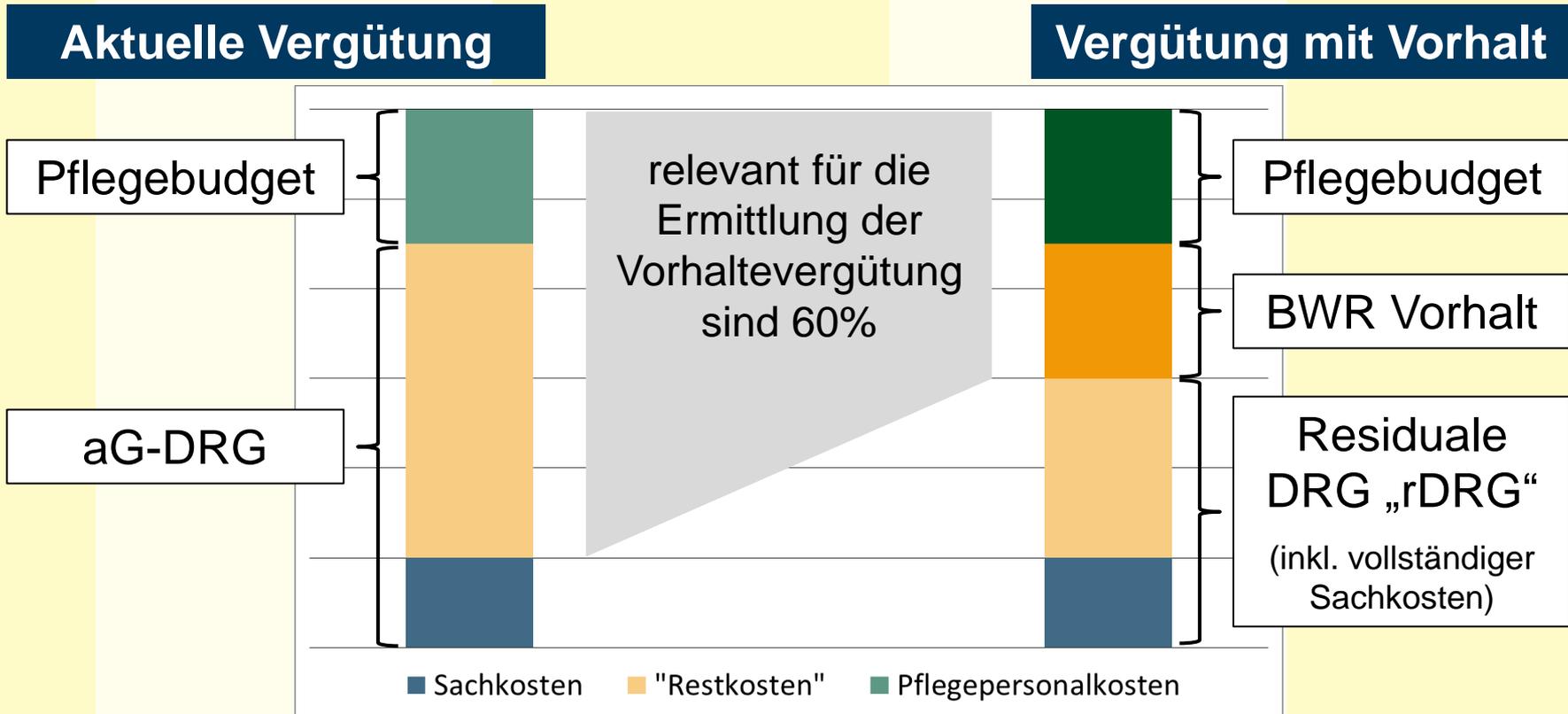
### Aktuelle Vergütung

### Vergütung mit Vorhalt



# Vorhaltevergütung

## Skizze der Ermittlung des Vorhalts (IV)

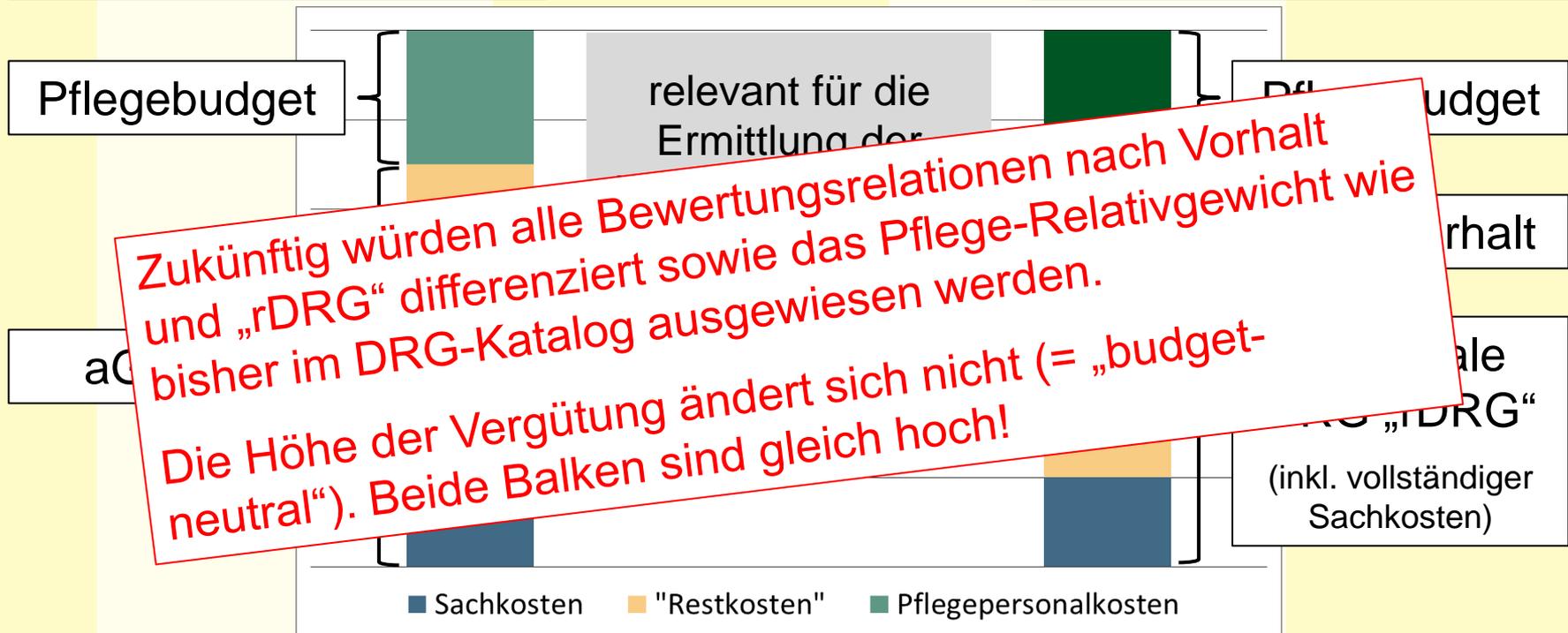


# Vorhaltevergütung

Skizze der Ermittlung des Vorhalts (V)

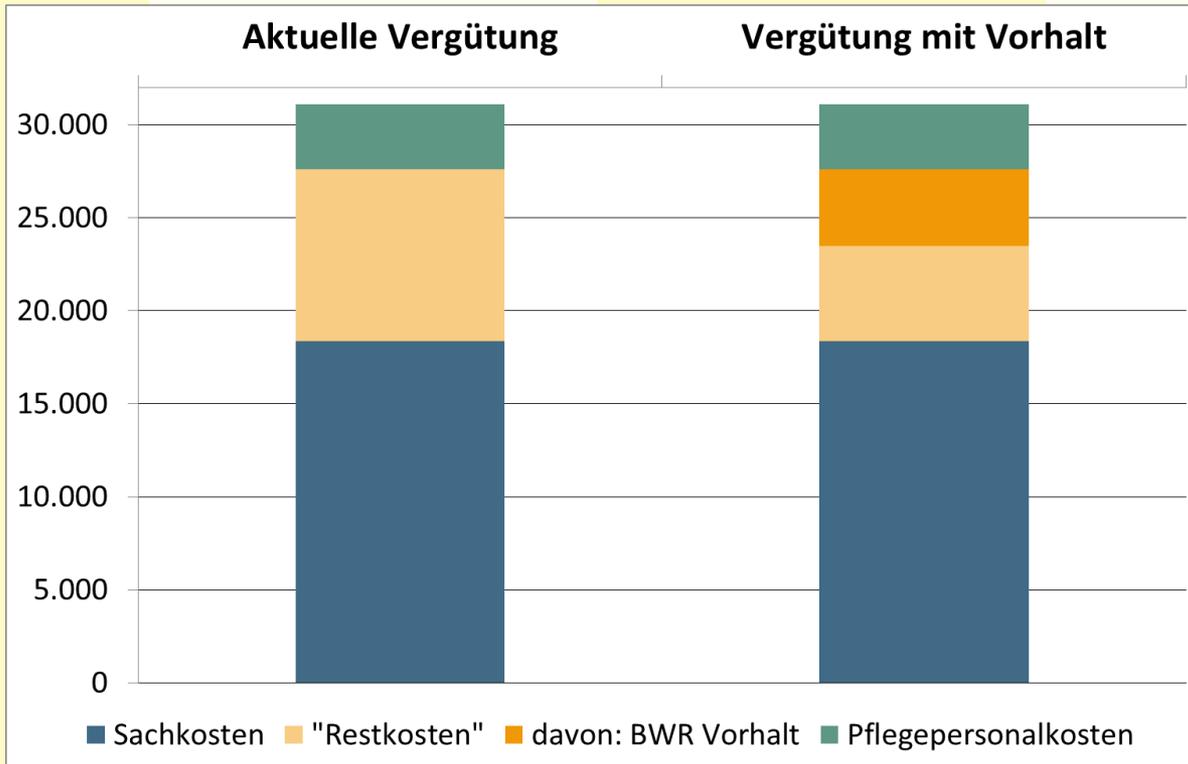
**Aktuelle Vergütung**

**Vergütung mit Vorhalt**



# Vorhaltevergütung

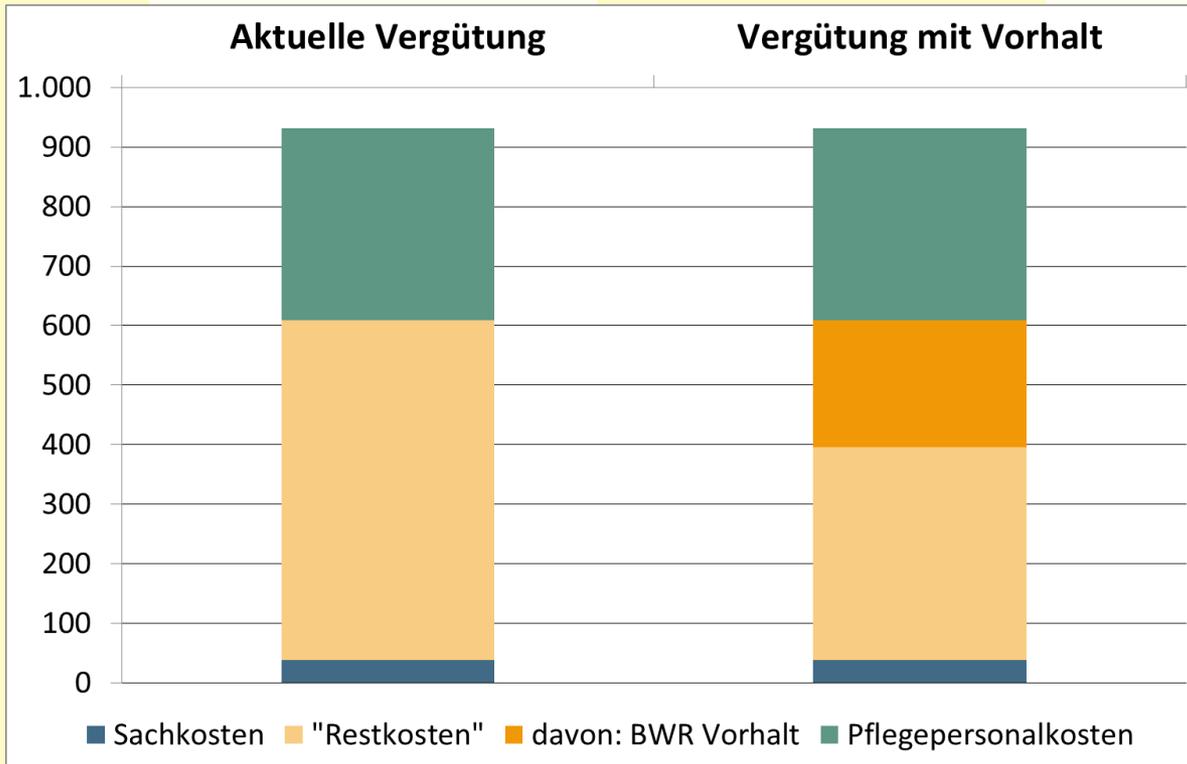
Beispiel: „sachkostenlastige“ DRG F98A



- Bei der „sachkostenlastigen“ DRG F98A *Komplexe minimal-invasive Operationen an Herzklappen [...]* (Sachkostenanteil ca. 60%) beträgt der Anteil der Vorhaltevergütung knapp 25% mit Pflege bzw. 13% ohne Pflege.

# Vorhaltevergütung

Beispiel: DRG P67E mit „geringen“ Sachkosten



- Bei der DRG P67E *Neugeborener Einling [...] (Sachkostenanteil ca. 4%)* beträgt der Anteil der Vorhaltevergütung rund 58% mit Pflege bzw. 23% ohne Pflege.

# Vorhaltevergütung

## Verteilung auf Bundesländer und Krankenhäuser

- Mit dem gezeigten Ansatz könnte fallbezogen jedes effektive Relativgewicht in die Komponenten „Vorhalt“ und „rDRG“ zerlegt werden.
- Durch Aufsummierung der fallbezogenen „Vorhalte-Relativgewichte“ kann das Vorhaltevolumen für jedes Bundesland und jedes Krankenhaus ermittelt werden.
- Auf diese Weise kann eine Umstellung der Vergütung auf eine Vergütung mit Vorhalt „budgetneutral“ umgesetzt werden.

# Vorhaltevergütung

## „Fazit“

- Noch gibt es keine Regelungen zur Vorhaltevergütung.
- Eine „budgetneutrale“ Einführung der Vorhaltevergütung kann „näherungsweise“ durch eine Aufspaltung aller Relativgewichte des aG-DRG-Katalogs erreicht werden.
- Als Bestandteil der „residualen DRGs“ würden die Sachkosten weiterhin fallbezogen und vollständig vergütet werden.
- Je nach Höhe der Anteile an Pflegepersonal- und Sachkosten würden Bewertungsrelationen für den Vorhalt (ohne Pflege) von 5% bis 45% an der Gesamtvergütung bzw. von 10% bis 50% an der Vergütung mit aG-DRGs resultieren.

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

# Weitere Änderungen

## Neuerungen Datenübermittlung: PPR2.0

- § 137k Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus bzw. Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR2.0)
  - Das BMG wird **nach unserem Wissen** bis zum 30.11.2023 Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der **eingesetzten** und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs **einzusetzenden Pflegekräfte** in der **unmittelbaren Patientenversorgung** von **Erwachsenen** und **Kindern** auf bettenführenden Stationen der **somatischen Versorgung** erlassen.
  - Die Vorgaben zur standortbezogenen Ermittlung der Ist- und Soll-Personalbesetzung sind **nach aktuellem Kenntnisstand ab dem 1. Januar 2024** von den KH umzusetzen.