

1 Die geriatrischen Versorgungsstrukturen und die Ausgliederung des Pflegepersonalbudgets

Agnes Hartmann

1.1 Einführung

Die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 gelegte gesetzliche Grundlage zur Einführung eines »durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems« (§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) zielte in erster Linie auf eine »Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung« ab. Seit dieser Reform gilt für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Es bildet Komplexitäten und Komorbiditäten bundeseinheitlich ab und hat einen praktikablen Differenzierungsgrad, mit dem die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet werden.

Die bundeseinheitliche Kalkulation der Fallpauschalen (G-DRG²) erfolgte auf Grundlage von Echkosten der an der Kalkulationsstichprobe teilnehmenden Krankenhäuser. Diese verpflichteten sich, die Erhebung der Kosten auf Grundlage eines eigens dafür erstellten Kalkulationshandbuchs durchzuführen, welches die Betriebskosten von den investiven Kosten getrennt

darstellt. Hieraus entstand der Fallpauschalen-Katalog, der – vereinfacht dargestellt – über Bewertungsrelationen multipliziert mit dem Landesbasisfallwert die Erlöse der Krankenhausbehandlung aufzeigt.

Gesetzlich ist dies in § 17b KHG geregelt. 2020 wurde erstmals die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten von dieser pauschalen Vergütung eingeführt. Die Kostenerhebung der Kalkulationsteilnehmer folgt, wie bereits seit 2001, den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs mit einer Kostenträgerrechnung, die auf Fallebene dem 100%-Ansatz folgt (siehe Vereinbarung von Grundsätzen der Systementwicklung 2020 gem. § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung). Ziel war es, die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auszugliedern. Aus dem bisher gültigen G-DRG-System wurde das künftige aG-DRG-System³. Der bislang bekannte Fallpauschalen-Katalog wurde um eine zusätzliche Spalte, in der die tagesbezogenen Bewertungsrelationen des Pflegeerlöskataloges ausgewiesen werden, ergänzt. Erstmals berechnet sich somit der Gesamterlös einer symptombezogenen Behandlung zum einen aus dem verweildauerabhängigen Relativgewicht einer Fallpauschale multipliziert mit dem Landesbasisfallwert und zum anderen aus dem Produkt der Anzahl der Behandlungs-

2 G-DRG (German Diagnosis Related Groups) = Pauschale Krankenhausabrechnungsziffern des Fallpauschalen-Katalogs für verschiedene Krankheitsbilder, die automatisch über die durchgeführten patient*innenbezogenen Diagnosen und Prozeduren (Leistungen) ermittelt werden.

3 aG-DRG («a» für »ausgliedert«)

tage, dem Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag (erstellt vom InEK⁴) und dem hausindividuellen Pflegeentgeltwert. Das hausindividuelle Pflegeentgelt ist ein Ergebnis der jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Klinik und Kassen. Um die Liquidität bei fehlender Budgetverhandlung auf Ortsebene zu sichern, wurde im KHEntgG § 15 Abs. 1 Satz 2a folgende Regelung getroffen: »Kann der krankenhausindividuelle Pflege-

entgeltwert nach § 6a Absatz 4 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 146,55 Euro zu multiplizieren.«

1.2 DRG-Kalkulation – Report Browser

Der DRG-Browser zeigt, welche mittleren Kosten (Summe der Kosten dividiert durch die Anzahl der Inlier⁵) je Kostenmodul herangezogen wurden. Die Kosten werden getrennt nach Personalkosten, Sachkosten und Infrastrukturkosten ausgewiesen (InEK GmbH 2018). Tab. 1.1 zeigt am Beispiel der B44A⁶, dass für diese DRG für die Pflege insgesamt Kosten in Höhe von 3.363,88 € ausgewiesen werden (► Tab. 1.1, ► Abb. 1.1). Dies entspricht 50 % der gesamten Personalkosten für die Berufsgruppen Pflege, Ärztlicher Dienst und Medizinisch-Technischer Dienst (MTD). Auf den Ärztlichen Dienst entfallen über alle Kostenstellen (Normalstation, Intensivstation, OP ...) 31 % und auf den MTD 19 %. Von den Gesamtpflegekosten entstehen auf der Kosten-

stelle Normalstation 2.254,27 €, was wiederum einem Anteil von 67 % der Gesamtpflegepersonalkosten entspricht (InEK GmbH 2018).

Es zeigt sich also, dass die Kosten der geriatrischen DRG – hier am Beispiel der B44A – in ihrer Höhe sehr durch die Pflegekosten getriggert werden. Schaut man sich die B44A–D im Jahr 2019 über die Schweregradsplits A–D an, so werden die Kostenunterschiede, die durch den Anteil der Pflege entstehen, sehr schnell deutlich. Die Pflegekosten waren somit bis 2019 der Hauptkostentrenner der B44A–D (InEK GmbH 2018). Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurden die Kostenunterschiede minimiert und die Fälle werden im Jahr 2020 in die DRG B44A bis B44C gruppiert (InEK GmbH 2019).

Gliedert man zur besseren Darstellung die Pflegepersonalkosten komplett aus und setzt diese auf 0 €, finden sich zwei weitere Kostenunterschiede. Es wird deutlich, dass sich in den Sachkosten des medizinischen Bedarfs (ohne Arzneimittel, Implantate und Transplantate) in der Rubrik 6a ein Unterschied abbildet sowie im Medizinisch-Technischen Dienst, worunter im Großteil die therapeutischen Verfahren fallen. Hier wird zwischen der B44A und der B44D im Jahr 2019 ein Kostenunterschied von rund 600 € ausgewiesen (► Abb. 1.2, InEK GmbH 2018).

4 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

5 Inlier sind die Patient*innen, die zwischen dem 01.01.XX und 31.12.XX aufgenommen und entlassen wurden.

6 Pauschale Krankenhaus Abrechnungsziffer lt. Fallpauschalen-Katalog 2020 für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung (InEK GmbH 2021).

Tab. 1.1: Kostenmodule am Beispiel der B44A (InEK GmbH (2018) G-DRG-Report-Browser 2019, hier B44A, modifizierte Darstellung)

	Personalkosten				Sachkosten				Infrastrukturkosten			
	ÄD	PD	MTD		ÄD	PD	MTD		ÄD	PD	MTD	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	
01. Normalstation	1.127,02	2.254,27	117,42	134,04	9,33	145,82	8,22	18,36	431,56	1.408,05		
02. Intensivstation	627,41	1.093,64	43,58	93,54	90,56	94,44	0,35	14,05	192,97	463,9		
04. OP-Bereich	0,33		0,25	0,05		0,3			0,27	0,45		
05. Anästhesie	1,06		0,77	0,05		0,21		0,02	0,14	0,3		
07. Kardiologische Diagnostik/ Therapie	1,03		1,65	0,04		0,52		0,23	0,48	0,84		
08. Endoskopische Diagnostik/ Therapie	14,76		19,95	0,62		8,52		8,62	6,29	11,78		
09. Radiologie	161,78		155,97	2,12	0,12	33,65	4,68	47,84	64,47	105,07		
10. Laboratorien	8,87		71,01	2,58	2,18	57,88		47,38	11	32,53		
11. Diagnostische Bereiche	107,26	0,43	123,78	2,89	4,27	8,58	0,02	0,07	16,39	53,59		
12. Therapeutische Verfahren	8,17	0,17	708,12	0,32		5,53		283,38	17,81	161,33		
13. Patientenaufnahme	51,21	15,37	14,14	1,77		6,23		8,32		34,06		
Summe	2.108,90	3.363,88	1.283,64	238,02	106,46	0	361,68	22,12	411,1	749,7	2.271,90	

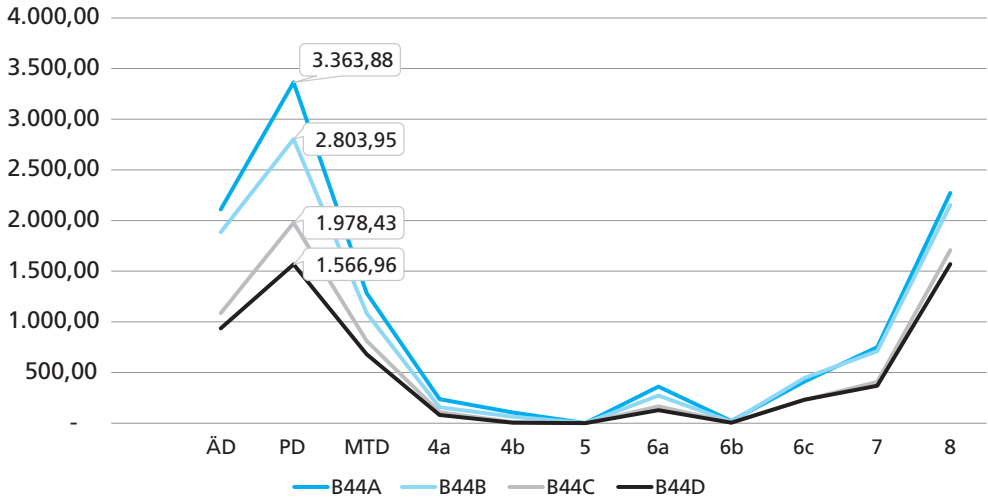


Abb. 1.1: Kostenvergleich B44A, B44B, B44C und B44D⁷ im Jahr 2019 (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2018) G-DRG-Report-Browser 2019)

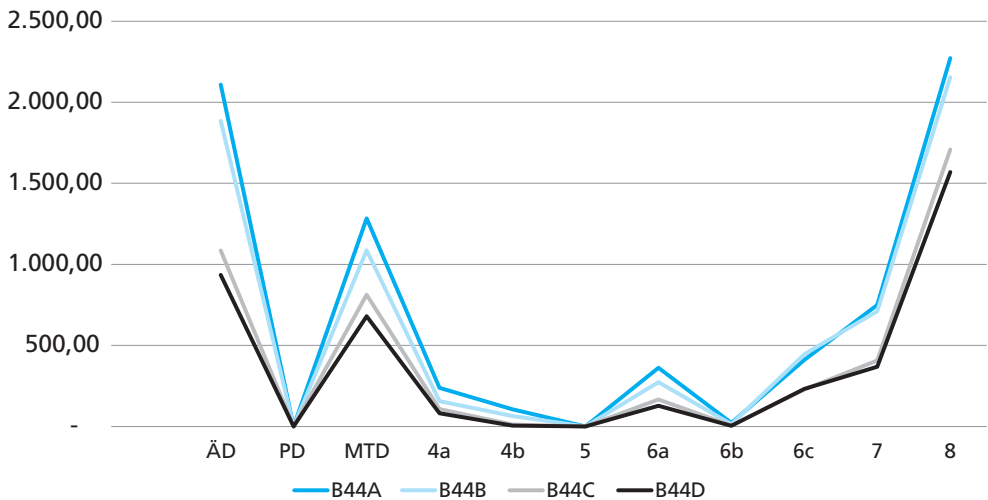


Abb. 1.2: Kostenvergleich B44A, B44B, B44C und B44D im Jahr 2019, ohne Pflegepersonalkosten (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2018) G-DRG-Report-Browser 2019)

Bei genauerer Betrachtung der Kosten der therapeutischen Verfahren, welche die Therapieeinheiten gem. OPS 8-550 abbilden, stellt man fest, dass der Kostentrenner zwischen den DRG B44A mit einem Anteil von 55,2% sowie B44B mit einem Anteil von 56,3% und der B44C mit einem Anteil von 72,3% sowie

der B44D mit einem Anteil von 72,0% jeweils nur gering ist (► Abb. 1.3, InEK GmbH 2018).

⁷ B44A–B44D = Die Endungen A–D stellen die verschiedenen Schweregrade der Behandlung dar.

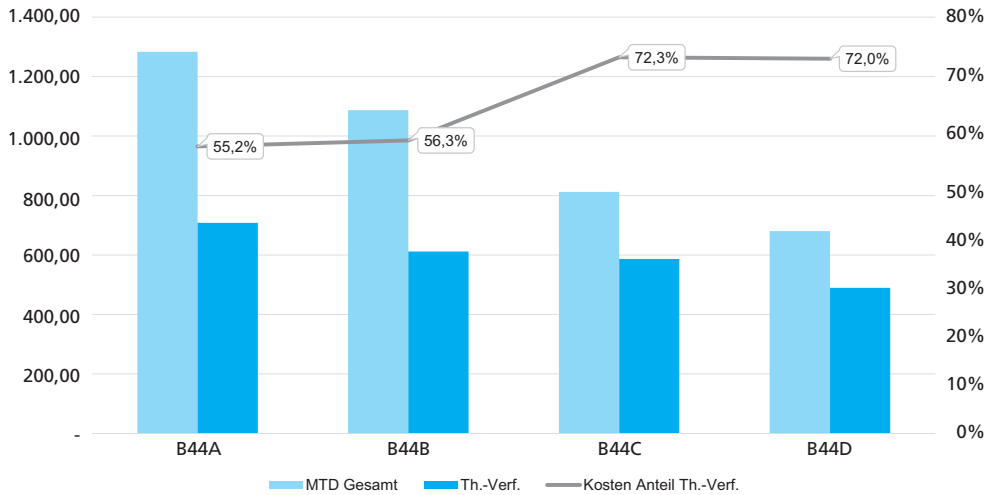


Abb. 1.3: Kostenvergleich B44A, B44B, B44C und B44D im Jahr 2019, Personalkosten MTD und Anteil der therapeutischen Verfahren (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2018) G-DRG-Report-Browser 2019)

Es gilt also abzuwarten, wie sich der Umbau des DRG-Systems in den nächsten Jahren entwickelt. Die Ausgliederung der Pflegeper-

sonalkosten im Jahr 2020 war sicherlich erst der Beginn einer zukünftigen starken Veränderung der DRG-Kataloge.

1.3 Logik der DRG-Eingruppierung

Die Eingruppierung in die jeweiligen DRG erfolgt über eine Abfrage-Reihenfolge, gestuft nach den mittleren Kosten der Inlier. Hierbei sind die DRG, die auf A enden, z. B. B44A, höher bewertet als eine B44B. Bisher waren in den Gesamtkosten die Pflegekosten enthalten und die Reihenfolge wurde unter Berücksichtigung der Gesamtkosten festgelegt.

Da aus den DRG mit der Umstellung nun verschieden hohe Pflegeentgelte herausgerechnet wurden, erfolgt – dieser Logik folgend – eine Umsortierung der DRG im System, wodurch sich mitunter die Abfrage-Reihenfolge veränderte und verschiedene DRG, die in den mittleren Kosten keinen Kostentrenner mehr aufwiesen, in anderen DRG aufgingen.

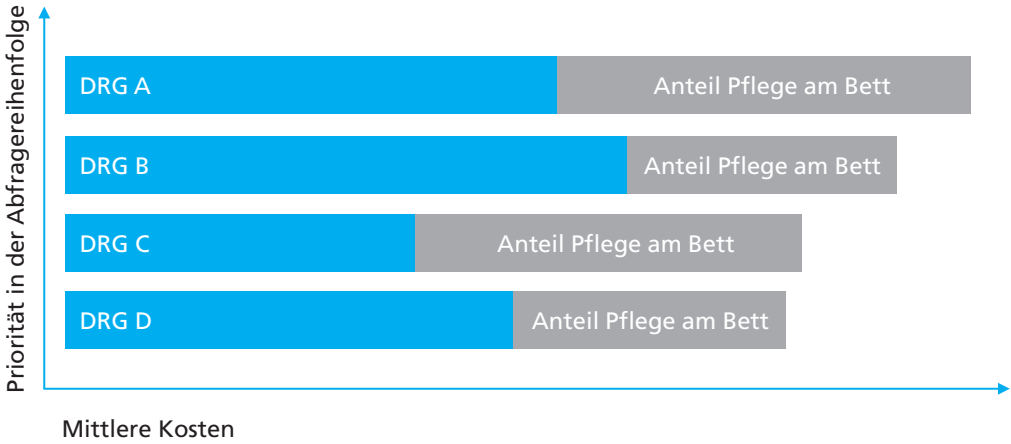


Abb. 1.4: Auswirkungen auf die DRG-Klassifikation. Beispiel zur Umsortierung. Unterschiedliche Anteile der »Pflege am Bett« in den einzelnen DRGs mit ggf. entsprechend veränderter Abfragereihenfolge (Heimig (2019) Entgeltsystem im Krankenhaus 2020. »Entwicklung des G-DRG-Katalogs für das Jahr 2020«. Hrsg. von der InEK GmbH, S. 53)

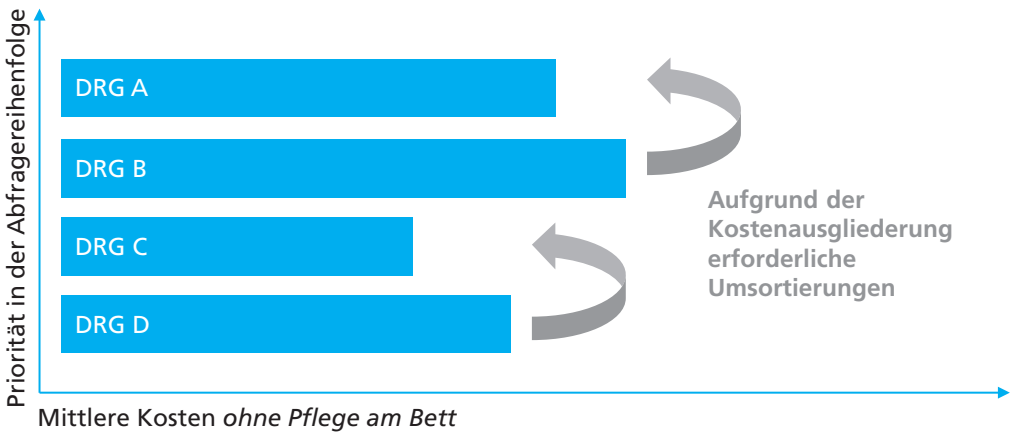
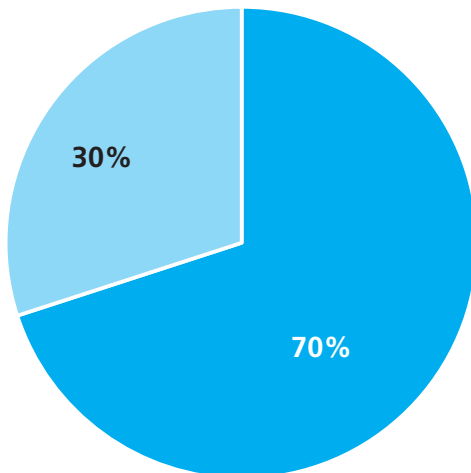


Abb. 1.5: Auswirkungen auf die DRG-Klassifikation. Beispiel zur Umsortierung. Im aG-DRG-System Abfragereihenfolge orientiert an den mittleren Kosten der Inlier ohne Pflege am Bett (Heimig (2019) Entgeltsystem im Krankenhaus 2020. »Entwicklung des G-DRG-Katalogs für das Jahr 2020«. Hrsg. von der InEK GmbH, S. 54)

1.4 aDRG 2020 ohne Pflegepersonalkosten

Die DRG 2020 folgen, in Bezug auf die Pflegepersonalkosten 2020, dem Selbstkostendeckungsprinzip. Hierbei gibt es keine Deckelung der Vergütung, solange sich die zugrunde gelegten Pflegepersonalkosten innerhalb der tariflichen Grenzen bewegen. Die Vergütung der sonstigen Betriebskosten (sog. Rumpf-DRG) erfolgt weiterhin als Pauschale, die wie bisher auch über die Budgetverhandlung in der Menge gesteuert wird. Die Preise werden wie in der Vergangenheit über den Landesbasisfallwert gesteuert. Neu ist, dass für den krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert die Pflegepersonalkosten, die am Patientenbett entstehen, in der Budgetverhandlung nachgewiesen werden müssen. Die Anteile liegen bei den DRG-Erlösen der Rumpf-DRG bei ca. 70 %, der Pflegeerlös bei ca. 30 %.

Betrachtet man die geriatrischen DRG, wird deutlich, dass lediglich bei den DRG G14Z und I34Z der Anteil der Pflegekosten an den Gesamtkosten deutlich unter 30 % liegt. Dies liegt an den hohen Gesamtkosten in diesen DRG, die in anderen Bereichen ausgewiesen werden (InEK GmbH 2019). Anmerkung: Der Pflegeentgeltwert nach § 15 Abs. 2a KHEntgG wurde durch das Covid-19- Krankenhaus-Entlastungsgesetz zum 01.04.2020 von 146,55 € auf 185 € erhöht. Die folgende Berechnung basiert auf 146,44 € pro Tag, da die Besonderheit des Covid-19-Zuschlags nicht berücksichtigt wurde.



■ „Rumpf“-DRG ■ Pflege

Abb. 1.6: DRG 2020 ohne Pflegepersonalkosten – hier geriatriespezifische DRG (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2019) G-DRG-Report-Browser 2020)

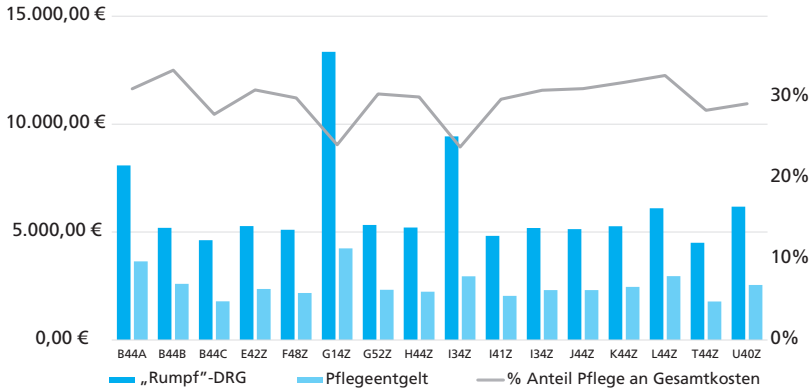


Abb. 1.7: DRG 2020 Kostenanteile – hier geriatriespezifische DRG (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2019) G-DRG-Report-Browser 2020)

1.5 Pflegeerlös 2020

Der Fallpauschalen-Katalog weist wie schon in der Vergangenheit ab 2020 neben den Bewertungsrelationen, den Verweildauern und Ab- und Zuschlägen der einzelnen DRG nun neu auch die Pflegeerlösbewertungsrelationen pro Tag in Spalte 14 aus. Diese Bewertungsrelationen werden ab 2020 mit dem kranken-

hausindividuellen Pflegeentgeltwert und der Anzahl der Verweildauertage multipliziert. Liegt noch kein krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert vor, wird ersatzweise ein Pflegeentgeltwert in Höhe von 146,55 € pro Tag herangezogen (InEK GmbH 2021).

Tab. 1.2: Vereinfachtes Rechenbeispiel: B44A 2020 (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2021) Fallpauschalen-Katalog 2020)

Datengrundlage	Berechnung
Grunddaten	Pflegeerlös BWR ⁸ /Tag 1,0219 Pflegeerlös 146,55 € Relativgewicht 2,290 BWR Landesbasisfallwert 3.500 €
VWD ⁹ 24 Tage	Pflegeerlös 3.517,20 € Rumpf-DRG 8.015,00 € Gesamterlös 11.654,16 €
VWD 20 Tage	Pflegeerlös 2.931,00 € Rumpf-DRG 8.015,00 € Gesamterlös 10.946 €

8 Bewertungsrelation

9 Verweildauer

Merke

Der Pflegeerlös ist somit zukünftig abhängig von der tatsächlichen Verweildauer der Patient*innen während die Fallpauschale auf die vom MD (Medizinischen

Dienst) begutachtete Verweildauer abstellt.

Das Gesamtentgelt pro Fall ergibt sich also aus dem Entgelt für die Rumpf-DRG und dem Entgelt der Pflege.



Abb. 1.8: Zusammensetzung Gesamtentgelt pro Fall (eigene Darstellung)

1.6 MDK-Reformgesetz

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist ein Beratungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Um dessen Unabhängigkeit zu gewährleisten und die Wahrnehmung seiner Aufgaben verbindlich und einheitlich zu regeln, trat am 01.01.2020 das MDK-Reformgesetz, geregelt im Sozialgesetzbuch 5 (SGB V), in Kraft. Dieses Gesetz soll dafür Sorge tragen, dass der zukünftige MD unabhängiger wird und die Effizienz, Effektivität und Transparenz der Krankenhausabrechnungsprüfung gesteigert wird. Ebenfalls sollen hierdurch die Prüfquoten in den Krankenhäusern nicht mehr, wie in der Vergangenheit geschehen, kontinuierlich ansteigen (► Kap. 2).

Der Umfang der zu prüfenden Krankenhausabrechnungen wird zukünftig von dem Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen des Vorquartals beeinflusst. Ein hoher Anteil unbeanstandeter Abrechnungen führt zu einer

niedrigeren Prüfquote. Liegt der Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen z. B. bei weniger als 40 %, so können von den Krankenkassen bis zu 15 % der Fälle eines Krankenhauses zur Prüfung beauftragt werden. Ebenfalls muss in diesem Fall das Krankenhaus zusätzlich einen Aufschlag auf die Differenz der Abrechnungsbeträge in Höhe von 50 % zahlen.

Es wird also für ein Krankenhaus zukünftig sehr teuer, wenn die Dokumentation unvollständig, fehlerhaft oder nicht fachgerecht ist und der Prüfung somit nicht Stand hält. Auch wird die Vollständigkeit und Nachverfolgbarkeit der Handzeichen und deren persönliche Verwendung nicht nur in der Pflege erheblich an Bedeutung gewinnen.

Die Falldialoge, die bisher zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse zur Reduzierung des Prüfaufwandes üblich waren, sind jedoch nicht in die Prüfquoten mit einzubeziehen.

Merke

Das Ziel der Krankenhäuser muss also zukünftig sein, die korrekte, vollständige Abrechnung und lückenlose Dokumentati-

on der Fälle zeitnah zu organisieren. Hierdurch werden weitere Strafzahlungen bei zu hohen Fehlerquoten vermieden und die Liquidität des Krankenhauses wird durch schnellere Abrechnung der Fälle gestärkt.

1.7 Struktur und Prozess der geriatrischen Behandlung

Neben der Prüfung von strukturellen Voraussetzungen in einer gebündelten Strukturprüfung werden zukünftig die prozessbezogenen Voraussetzungen separat geprüft. Als Beispiel sei im Bereich der Geriatrie die Teambesprechung genannt. Die Durchführung einer Teambesprechung pro Kalenderwoche unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung und der weiteren Teilnehmer*innen stellt hier ein Strukturmerkmal dar. Die Teambesprechung, die im Verlauf von sieben Tagen bei jedem*jeder Patienten*Patientin dokumentiert werden muss, stellt hingegen –

neben weiteren Merkmalen – ein Prozessmerkmal dar, welches im Rahmen von Einzelfallprüfungen kontrolliert wird. Es ist also in Zukunft noch wichtiger, diese beiden Dokumentationsformen kritisch zu hinterfragen. Gibt es einen Standard zur Durchführung der Teambesprechung? Ist die patientenindividuelle Dokumentation vollständig und hält die Dokumentation defizitbezogenen allen Vorgaben einer Prüfung durch den MD stand? Sind die Teilnehmer*innen identifizierbar und halten sie auch Kreuzprüfungen stand, z. B. mit einem Dienstplan? (► Kap. 2)

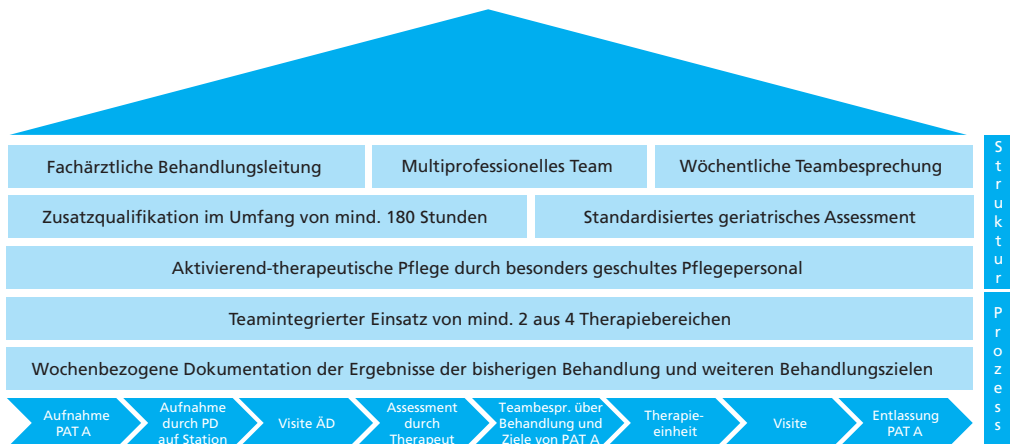


Abb. 1.9: Struktur und Prozess der geriatrischen Behandlung gem. OPS 8-550 (eigene Darstellung)

Strukturmerkmale müssen zukünftig vor der Leistungserbringung durch den Medizini-

schen Dienst begutachtet werden. Die erforderlichen personen- und einrichtungsbezoge-