

Transparente Leistungsdarstellung durch Zusatzentgelte und NUBs im DRG-System

Einleitung

Zusatzentgelte sind seit dem Jahr 2004 ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil des deutschen DRG-Systems. Seit diesem Zeitpunkt tragen sie zu einer sachgerechten Abbildung insbesondere von innovativen und hoch spezialisierten Leistungen bei.

Dieser Beitrag soll den Nutzen von Zusatzentgelten als integraler Bestandteil eines pauschalierenden Vergütungssystems und deren Anwendung in der Praxis darstellen.

Das DRG-System als Basis für die Vergütung von Krankenhausleistungen

Eine der wesentlichsten Konsequenzen der Gesundheitsreform im Jahre 2000 war die Einführung eines neuen Vergütungssystems für allgemeine Krankenhausleistungen. Erklärtes Ziel dieser Reform und der damit einhergehenden Umstellung der Krankenhausfinanzierung war die Begrenzung der Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Die wesentlichen Charakteristika des neuen Vergütungssystems wurden seinerzeit in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgelegt. Demnach sollte das System

- durchgängig,
- leistungsorientiert und
- pauschalierend

sein. Während die beiden zuletzt genannten Attribute eindeutig auf die bereits erwähnte ökonomische Notwendigkeit der Kostenbegrenzung abheben, handelt es sich bei der Forderung nach „Durchgängigkeit“ um eine zusätzliche, wünschenswerte Eigenschaft des Systems. Wie auch die jüngste Entwicklung im Gesetzentwurf für das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)¹ zeigt, wird politisch angestrebt, *sämtliche* stationären und teilstationären Krankenhausfälle in *einem* einheitlichen Vergütungssystem abzubilden.

Als Grundlage für das neue Vergütungssystem wurde im Jahr 2003 das sogenannte G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System) eingeführt, eine Adaption des schon seit längerem existierenden australischen AR-DRG-Systems.

Mit Hilfe des G-DRG-Systems wird jedem stationären Behandlungsfall genau eine DRG zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt auf Grundlage der beim Patienten festgestellten Diagnosen sowie den durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen („Prozeduren“) nach einem genau festgelegten, eindeutigen Algorithmus².

Für jede DRG ist eine „Bewertungsrelation“ festgelegt, die im Wesentlichen die Höhe der „DRG-Fallpauschale“ determiniert, die dem Krankenhaus für die Behandlung vergütet wird. Die Bewertungsrelationen werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Rahmen der alljährlich stattfindenden, bundesweiten InEK-Kalkulation ermittelt und im Fallpauschalenkatalog⁴ veröffentlicht. Schon an dieser Stelle sei jedoch erwähnt, dass es sich bei den im Fallpauschalenkatalog festgelegten Bewertungsrelationen um rechnerische Durchschnittswerte handelt, die von den realen Kosten für die Behandlung eines bestimmten Patienten im Einzelfall mehr oder weniger stark abweichen können.

Zusatzentgelte als integraler Bestandteil des Vergütungssystems

Ebenfalls in § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist festgelegt, dass das Vergütungssystem „Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden hat“ und dass „sein Differenzierungsgrad praktikabel“ sein soll. Dies bedeutet, dass das System zwar eine möglichst differenzierte und sachgerechte Leistungsdarstellung ermöglichen soll, gleichzeitig aber noch handhabbar und überschaubar bleiben muss.

Als Konsequenz aus der Zielsetzung einer differenzierten und sachgerechten Leistungsdarstellung wurde die Anzahl der DRGs im System von insgesamt 664 im Startjahr 2003 auf inzwischen 1.192 (DRG-System 2009) gesteigert (vgl. Abb. 1).

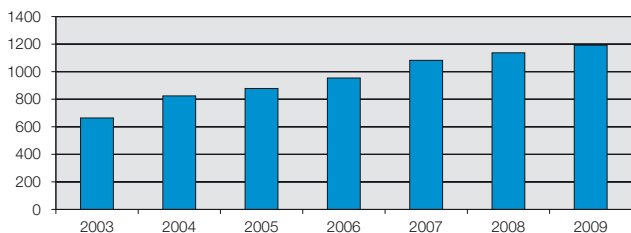


Abbildung 1:
Entwicklung des DRG-Systems in Deutschland
(hier: Anzahl der DRGs insgesamt)

Systems, indem vereinzelt auftretende „Sonderfälle“ mit ungewöhnlich teuren Leistungen aus den DRGs herausgelöst und in leistungsbezogenen Zusatzentgelten abgebildet werden³ (Beispiel vgl. Abb. 2). Dadurch ermöglichen Zusatzentgelte überhaupt erst die Anwendung differenzierter Therapien mit innovativen und hochpreisigen Verfahren, da die Kosten für derartige Leistungen aus dem Zusatzentgelt und nicht aus dem Erlös für die jeweilige DRG finanziert werden müssen.

Die Voraussetzungen, um Zusatzentgelte zu vereinbaren und damit vergüten zu können, sind in § 17b Abs. 1 KHG geregelt:

§ 17b Abs. 1 KHG (Auszug)

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, ... Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden.

Obwohl die höhere Anzahl von DRGs im Laufe der Jahre tatsächlich zu einer differenzierteren Abbildung der Behandlungsfälle im DRG-System führte, war zu beobachten, dass immer noch nicht alle Fälle leistungsgerecht vergütet werden konnten. Der Grund hierfür war (und ist), dass in einem *pauschalierenden* Vergütungssystem die in *Einzelfällen* auftretenden, vergleichsweise hohen Kosten z. B. für hoch spezialisierte Medikamente in der Fallpauschale nicht berücksichtigt werden können.

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass „Kostenausreißer“ (sofern sie medizinisch begründet sind) identifiziert und durch additive Vergütungsformen abgebildet werden müssen. Zu diesen additiven Vergütungsformen zählen auch die sogenannten Zusatzentgelte (ZE), die im Jahr 2004 in das G-DRG-System aufgenommen wurden.

Die Einführung von Zusatzentgelten leistete damit einen wichtigen Beitrag zur ökonomischen Homogenisierung des

Zusatzentgelte, die von den Krankenhäusern abgerechnet werden dürfen, sind in den Anlagen des Fallpauschalenkataloges aufgeführt. Es existieren Zusatzentgelte, deren Vergütungshöhe (in Euro) bundesweit festgelegt ist (Anlagen 2 bzw. 5, vgl. Abb. 3) und solche, deren Vergütungshöhe krankenhaushausindividuell verhandelt werden muss (Anlagen 4 bzw. 6, vgl. Abb. 4).

Differenzierte Leistungsdarstellung durch Zusatzentgelte

G-DRG-System 2004



DRG I69Z
(Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien)
BWR = 1,029
Erlös = 2.984,10 €



G-DRG-System 2009



DRG I69A
(Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien)
BWR = 0,837
Erlös = 2.427,30 €

ZE 66 (Gabe von Adalimumab, parenteral) je nach verab. Menge, z. B.
Erlös = 1.819,79 €

Erlöse bei einem angenommenen Basisfallwert von 2.900 €

Gesamterlös = 4.247,09 €

Abbildung 2: Differenzierte Leistungsdarstellung durch Zusatzentgelte

ZE	Bezeichnung	ZE ₀	OPS Version 2009		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ZE101	Medikamente freisetzende Koronarstents	ZE101.01	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines Medikamente freisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	693,11 €
		ZE101.02	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines Medikamente freisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	1.386,22 €
			8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines Medikamente freisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien	
		ZE101.03	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines Medikamente freisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	2.079,33 €
8-837.m4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines Medikamente freisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien				

Abbildung 3: „Bewertete“ Zusatzentgelte (Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2009, Anlage 5⁴⁾)

ZE ¹⁾	Bezeichnung	OPS Version 2009	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE2009-01 ⁴⁾	Beckenimplantate	5-785.2d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz: Becken
		5-785.3d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz, resorbierbar: Becken
		5-785.4d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken

Abbildung 4: „Unbewertete“ Zusatzentgelte (Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2009, Anlage 6⁴⁾)

Weitere Hinweise zur Planung und Abrechnung von Zusatzentgelten finden Sie im nachfolgenden Abschnitt.

Planung und Abrechnung von Zusatzentgelten

Bis zum Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009 bzw. 2010 sind Zusatzentgelte Bestandteil des zu vereinbarenden Krankenhausbudgets, was bedeutet, dass die Erlöse für Zusatzentgelte *kein zusätzliches Geld* für das Krankenhaus darstellen. Da Abweichungen von den geplanten Leistungsmengen aber zu finanziellen Einbußen führen können, ist es wichtig für die Krankenhäuser, zusatzentgeltfähige Leistungen sorgfältig zu planen und deren Erbringung angemessen zu dokumentieren und abzurechnen.

Dokumentation zusatzentgeltfähiger Leistungen

Die Erbringung von zusatzentgeltfähigen Leistungen sollte sorgfältig dokumentiert werden, d. h. idealerweise in Form einer patientenbezogenen Erfassung auf der Station oder – z. B. bei Medikamenten – bereits in der Krankenhausapotheke.

Die Dokumentation ist unbedingt erforderlich für

- die sachgerechte Abrechnung der Leistungen mit den Kostenträgern und
- für die Leistungs- und Entgeltverhandlungen, da die Planung zusatzentgeltfähiger Leistungen auf dem jeweiligen Vorjahresverbrauch basiert.

An dieser Stelle sei auch bereits darauf hingewiesen, dass die Höhe des Zusatzentgeltes bei Medikamenten von der *insgesamt* verabreichten Menge während des *gesamten* Klinikaufenthaltes abhängig ist.

Planung und Verhandlung von Zusatzentgelten

Das Budget für Zusatzentgelte wird – im Rahmen der alljährlichen Leistungs- und Entgeltverhandlungen – neben dem eigentlichen „DRG-Budget“ verhandelt bzw. vereinbart.

Die Grundlage hierfür ist eine fundierte und realistische Leistungsmengenplanung. Diese wiederum basiert auf den Ist-Daten des Vorjahres, d. h. einer Zusammenstellung, wie viele Patienten in welcher Menge zusatzentgeltfähige Leistungen erhalten haben. In der Regel sollte eine derartige Auswertung problemlos aus dem Krankenhausinformationssystem zu erhalten sein.

Auf Basis dieser Ist-Daten müssen nun realistische und nachvollziehbare Annahmen über das zu erwartende Fallvolumen für das laufende Jahr getroffen werden. Diese Planung erfolgt sinnvollerweise für die verschiedenen Zusatzentgelte getrennt, diese wiederum sollten nach Indikationen aufgeschlüsselt werden.

Die Planung für zusatzentgeltfähige Leistungen sollte sehr sorgfältig und realitätsnah erfolgen, da sich Über- oder Unterschreitungen der geplanten Leistungsmengen unter Umständen negativ auf die Erlössituation Ihres Hauses auswirken können.

Ausgleich bei Abweichungen von den geplanten Leistungsmengen für Zusatzentgelte

Fall A: Das Krankenhaus unterschreitet die geplante Leistungsmenge

Sofern die mit den Kostenträgern vereinbarte Leistungsmenge an Zusatzentgelten nicht erreicht wird, erfolgt **kein Erlösausgleich**, d. h., das Krankenhaus **verliert** den entsprechenden Anteil des Budgets ersatzlos*.

Fall B: Das Krankenhaus überschreitet die geplante Leistungsmenge

Sofern die mit den Kostenträgern vereinbarte Leistungsmenge an Zusatzentgelten überschritten wird, werden die Leistungen im laufenden Jahr zunächst in voller Höhe vergütet. Am Ende des Jahres erfolgt dann ein **Mehrerlösausgleich**, d. h., das Krankenhaus **muss 25 %** der entsprechenden Erlöse zurückzahlen*.

Die beiden oben genannten Szenarien zeigen, dass die Planung für zusatzentgeltfähige Leistungen sehr sorgfältig und realitätsnah erfolgen muss und dass mögliche Mehrleistungen an Zusatzentgelten (z. B. bei der Zulassung neuer Indikationen bei Medikamenten) unbedingt prospektiv mit den Krankenkassen verhandelt werden sollten.

Entsprechend dem Gesetzentwurf für das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)¹ werden ab dem Jahr 2009 die Mehr- und Mindererlösausgleiche für Zusatzentgelte (als %-Sätze) unverändert bleiben. Allerdings soll ein „Gesamtsummenausgleich“ erfolgen, d. h., dass die Erlössummen für DRGs und Zusatzentgelte aufsummiert und mit der Vereinbarung abgeglichen werden. Bei Abweichungen zwischen Ist-Erlösen und vereinbarten Erlösen ist dann zu prüfen, in welchen Bereichen Abweichungen auftreten, um entsprechend unterschiedliche Ausgleichssätze zur Anwendung bringen zu können.

Abrechnung von Zusatzentgelten

Die Abrechnung von Zusatzentgelten erfolgt gemäß Fallpauschalenkatalog *zusätzlich zur DRG*, wobei die Höhe des

Zusatzentgeltes abhängig von der insgesamt erbrachten Leistungsmenge (z. B. der insgesamt verabreichten Menge eines Medikamentes) während des gesamten Klinikaufenthaltes ist.

Aus diesem Grund ist eine sorgfältige Dokumentation der zusatzentgeltfähigen Leistungen in der Patientenakte unabdingbar.

Darüber hinaus ist die Kodierung des betreffenden OPS-Codes im Patientendatensatz (in der Regel ebenfalls mengenabhängig!) unbedingt erforderlich.

Wie kommen Zusatzentgelte in das DRG-System?

Im Rahmen des sogenannten „Vorschlagsverfahrens“ können Krankenhäuser (und andere Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens) für Leistungen, die ihrer Ansicht nach im aktuellen DRG-System nicht sachgerecht vergütet werden, Zusatzentgelte beantragen. Die Anträge sind im Rahmen eines formalisierten Verfahrens beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)⁵ zu stellen und werden von diesem auf Basis der vorliegenden bundesweit erhobenen Kosten- und Strukturdaten entschieden.

In der Regel ist es sinnvoll, die Ausarbeitung und Einreichung der entsprechenden Änderungsvorschläge zur Weiterentwicklung des DRG-Systems in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachgesellschaften durchzuführen.

Änderungsvorschläge sind bis zum 31. März eines jeden Jahres einzureichen und werden dann – nach positivem Entscheid durch das InEK – im jeweils folgenden Jahr in den Fallpauschalenkatalog aufgenommen.

Eine weitere Möglichkeit, um Leistungen, die im aktuellen DRG-System nicht sachgerecht vergütet werden, abrechnen zu können, ist das sogenannte „NUB-Verfahren“. Gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG können *zeitlich befristete*, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) krankenhausesindividuell vereinbart werden.

Anträge bzw. Anfragen für NUBs müssen durch die Krankenhäuser selbst gestellt und dürfen ausschließlich auf elektronischem Wege an das InEK übermittelt werden. Dabei ist ein spezielles Erfassungstool zu verwenden**.

Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei NUBs um temporäre, krankenhausesindividuelle Vergütungen. Nicht selten werden die als NUB anerkannten Methoden/Verfahren im Folgejahr als Zusatzentgelt in den Fallpauschalenkatalog aufgenommen.

* Diese Regelung gilt für bundesweit einheitlich vergütete Zusatzentgelte, nicht jedoch für nicht bewertete Zusatzentgelte (vgl. Anlage 4 zum FPK).

** Das Erfassungstool ist auf der Website des InEK (www.g-drg.de) zu finden.

Zusammenfassung und Ausblick

Die zunehmende Bedeutung der Zusatzentgelte als additive Vergütungsform, die zu einer differenzierten und transparenten Leistungsdarstellung im DRG-System beiträgt, ist in Abbildung 5 eindrucksvoll abzulesen.

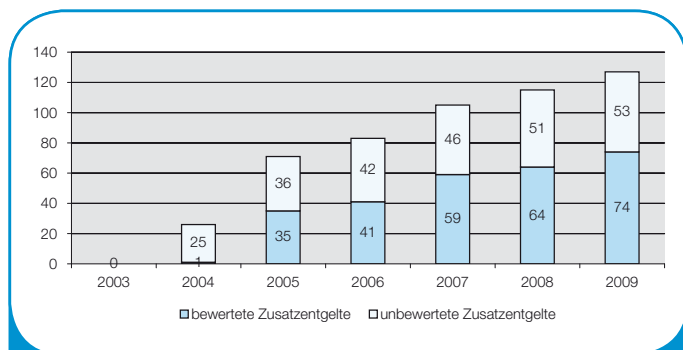


Abbildung 5:
Entwicklung des DRG-Systems in Deutschland (hier:
Anzahl der bewerteten und unbewerteten Zusatzentgelte)

Der Weg zu einem durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem – wie es der §17b KHG fordert – ist durch die Einführung von Zusatzentgelten in das DRG-System überhaupt erst geebnet worden.

Aus Sicht der Krankenhäuser machen Zusatzentgelte die Anwendung innovativer Therapien möglich, da die Kosten für derartige, meist kostenintensive Leistungen aus dem Zusatzentgelt und nicht aus dem Erlös für die jeweilige DRG finanziert werden können.

Literatur

- 1 Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), Deutscher Bundestag Drucksache 16/10807, 07.11.2008
- 2 Definitionshandbuch 2009, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), www.g-drg.de
- 3 Roeder, N., Hensen, P., Fiori, W., Bunzemeier, H., Franz, D., Rochell, B. (2004) Zusatzentgelte im DRG-System 2005, f&w 6: 566–574
- 4 Fallpauschalenkatalog 2009, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), www.g-drg.de
- 5 Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, Siegburg, 28.11.2008, www.g-drg.de

Anschrift des Verfassers

Dr. Werner Barbe
Vorstand, HC&S AG – Healthcare
Consulting & Services
Mecklenbecker Straße 229
48163 Münster