

Konzept gem. § 17b Abs. 4 KHG zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System

Einleitung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) wurde in § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verankert, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Budgetjahr 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert werden. Die Vergütung der Pflegepersonalkosten wird gleichzeitig in eine separate Pflegepersonalkostenvergütung überführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben auf Basis eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Ausgliederung vorzunehmen und erstmals für das Budgetjahr 2020 entsprechende Vergütungskataloge zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene waren gehalten, bis zum 31.01.2019 die auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu definieren und auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist, zu vereinbaren. Die Krankenhäuser müssen die Zuordnungsregelungen rückwirkend ab dem 01.01.2019 anwenden. Die Begründung zum PpSG gibt eine Orientierung zur Konkretisierung der Definition der Pflegepersonalkosten. Das vorliegende Konzept folgt bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene soweit diese Definition zum Zeitpunkt der Erstellung des Konzeptes bekannt ist.

Grundsätzlich ist die durch das PpSG (Änderung des § 17b Abs. 4 KHG) vorgegebene knappe zur Verfügung stehende Zeit bis zur ersten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Verbindung mit einer in diesem Zeitrahmen möglichst sachgerechten Umsetzung zu setzen. Anpassungen in der Kostenzuordnung können erfahrungsgemäß nur mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung von allen Krankenhäusern umgesetzt werden. Gleichzeitig ist der Umbau eines Vergütungssystems immer mit Risiken in Hinblick auf die Mengenentwicklung, Fallzahlentwicklung und die Verteilungswirkung der Finanzmittel verbunden. Entsprechend müsste zur Verbesserung der Risikoeinschätzung nach Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und deren rückwirkender Anwendung in den Krankenhäusern ab 01.01.2019 auf der Grundlage des Datenjahres 2019 die erste Ausgliederung vorgenommen werden. Die Daten des Datenjahres 2019 liegen allerdings erst im Jahr 2020 vor. Da nach der gesetzlichen Vorgabe in § 17b Abs. 4 KHG das Vergütungssystem 2020 schon einen G-DRG-Fallpauschalen-Katalog mit ausgegliederten Pflegepersonalkosten (im Folgenden aG-DRG-Katalog genannt) und einen Pflegeerlöskatalog beinhalten soll, kann für die Erstellung der Entgeltkataloge lediglich auf das Datenjahr 2018 mit entsprechenden Ungenauigkeiten zurückgegriffen werden. Ein (unbekannter) Teil der Ungewissheit basiert auf der fehlenden (im derzeitigen Vergütungssystem aber existierenden) Kongruenz in der Datenbasis, die

zwischen den Daten der Kalkulation und der Vergütung entstehen kann. Durch den kurzfristig zu integrierenden massiven Umbau des Vergütungssystems ergeben sich (temporäre) disruptive Folgen für die Kongruenz zwischen Kalkulation und Vergütung in der Datenbasis mit nicht vorhersagbaren Folgen insbesondere für die Allokationswirkung der Entgeltkataloge auf Krankenhäuser und Krankenkassen im Jahr 2020.

Bevorzugt sollte daher ein inkrementeller Ansatz verfolgt werden, bei dem mit einer ersten Ausgliederung mit weitgehend reduzierten finanziellen Risiken für Krankenhäuser und Krankenkassen gestartet wird und auf Basis der Erfahrungen in der Umsetzung in den folgenden Jahren weitere Schärfungen der Definition und Ausgliederung von Pflegepersonalkosten vorgenommen werden. Da stets ein zeitlicher Versatz zwischen der Integration neuer Aspekte in Dokumentation, Kalkulation oder Abrechnung und der Analysemöglichkeit durch das InEK von einem oder zwei Jahren besteht, ist von einem insgesamt mehrjährigen Prozess auszugehen bis wieder eine vollständige Kongruenz zwischen Kalkulation und Vergütung besteht. Das vorliegende Konzept wählt bei der inkrementellen Vorgehensweise einen Startpunkt mit entsprechend „schlanker“ Datenbasis, der im Folgenden vorgestellt werden soll.

Dabei steht die Überlegung im Vordergrund, mit einer möglichst „sicheren“ zur Verfügung stehenden Datenbasis zu starten und die finanziellen Risiken weitgehend zu reduzieren. Nach Analyse der ersten Umsetzungen wären Anpassungen zur Verbesserung der Pflegepersonalkostendefinition bzw. zur Ausgliederung vorzunehmen und in einem mehrjährigen Prozess in mehreren Schritten in das bestehende Konzept zu integrieren. Vorteilhaft ist dabei, dass der zukünftige Anpassungsbedarf frühzeitig angekündigt werden kann und sich die Krankenhäuser entsprechend prospektiv auf die Anpassungen einstellen können, dies gilt insbesondere für die Kalkulationshäuser bei ggf. notwendigen Änderungen an den Kalkulationsvorgaben.

Da auf Basis der zur Verfügung stehenden Datengrundlage noch nicht alle Fragestellungen abschließend analysiert und beantwortet werden können, wird mit diesem inkrementellen Ansatz die Unsicherheit bei der Umsetzung sowohl auf der Bundesebene als auch bei der Umsetzung in den Budget- und Entgeltverhandlungen auf der Ortsebene (auf Krankenhaus- und auf Krankenkassenseite) auf ein kleinstmögliches Maß reduziert.

Zuordnung von Pflegepersonalkosten: Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene

Die Vertragsparteien auf Bundesebene waren gehalten, in einer Vereinbarung eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu konsentieren und gem. § 17b Abs. 4 S. 2 KHG „dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist“.

In der „Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung)“ vom 18.02.2019 haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene bei ihrer Definition zur Zuordnung von Pflegepersonalkosten eng an die in der Begründung zum PpSG gegebene Orientierung angelehnt. Demnach sollen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen („Pflege am Bett“) teilweise auch durch die Vorgaben des Kalkulationshandbuchs definiert werden. Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs werden die Kosten des Pflegepersonals in der Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) in den entsprechenden Kostenstellengruppen gebucht. Ob und in welchem Umfang tatsächlich die entsprechenden Dienstarten in der Kostenartengruppe 2 gebucht wurden, entzieht sich im Detail noch der Kenntnis des InEK.

Unabhängig von der konkreten Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene stellt sich die Frage, inwieweit die in der Definition vorgenommenen Abgrenzungen den Kalkulationsvorgaben bei der Kostenerhebung zur Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus entsprechen und ob ggf. Anpassungen im Kalkulationshandbuch vorgenommen werden müssen, um die konsentrierte Definition vollständig im Rahmen der Kostenerhebung umsetzen zu können. In diesem Zusammenhang ist die noch zu klärende Frage, ob die für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems und die Kostenallokation (Anwendung PPR A4) hoch bedeutsamen OPS-Kodes zum PKMS weiter zur Verfügung stehen werden, von besonderer Bedeutung.

Die Vorgaben im Kalkulationshandbuch dienen dem Zweck einer Vereinheitlichung der Vorgehensweise bei der Zuweisung von Kosten im Rahmen einer fallbezogenen Kostenträgerrechnung zum Zwecke der Bildung einer sachgerechten Datengrundlage für die Berechnung von Bewertungsrelationen in einem pauschalierenden Entgeltsystem. Korrespondierend wurden dazu passende Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen entwickelt und im Rahmen der Kostenerhebung umgesetzt. Im Fokus der Prüfungen steht dabei eine Kongruenz zwischen Leistungsdokumentation und Kostenabbildung auf der Fallebene. Eine gewisse Unschärfe in der Zuordnung von Kosten zu einzelnen Kostenmodulen eines Falles ist in der konkreten Fallkostenkalkulation, die keinen spürbaren Einfluss auf die Relation zwischen tendenziell weniger aufwendigen und tendenziell höher aufwendigen Fällen erwarten lässt, dabei bislang unerheblich. Diese Vorgehensweise wäre bei unveränderter Vorgehensweise nicht geeignet, eine sachgerechte Datengrundlage für die Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System zu schaffen. Im Fokus der Ausgliederung sind Aspekte, die bislang keine Konsequenzen für eine sachgerechte fallbezogene Kalkulation nach sich zogen, unter einem anderen Blickwinkel zu betrachten, um die Kongruenz zwischen Kalkulation und Vergütung in der Datenbasis wieder herzustellen. Eine Unschärfe bei den Pflegepersonalkosten in der Fallkostenkalkulation, die nicht zu Verschiebungen von Kostenrelationen führt, aber zu einer Veränderung der Ausgliederungsbeträge, zeigt Auswirkungen im Verhältnis des aG-DRG-Katalogs zum Pflegeerlöskatalog. Eine kurzfristige Umstellung des gesamten Kalkulationsprozesses in den Kalkulationshäusern und im InEK auf die konsentrier-

te Definition „Pflege am Bett“ der Vertragsparteien auf Bundesebene mit den korrespondierenden Umstellungen im gemeinsamen Miteinander im Rahmen des Plausibilisierungsverfahrens ist nicht möglich. Die Kongruenz zwischen Kalkulation und Vergütung in der Datenbasis muss in mehreren Schritten in einem mehrjährigen Prozess wiederhergestellt werden.

Unabhängig vom Grad der Abweichung sind zur Analyse der diesjährigen Daten (Datenjahr 2018) und zur Einschätzung des zukünftigen Anpassungsbedarfs weitere Aspekte zu betrachten. Dazu zählen insbesondere

1. die Kostenabgrenzung zu nicht-DRG-relevanten Bereichen (z.B. Ambulanz, Kostenträgerschaft der Unfallversicherungsträger, Psychiatrie, Rehabilitation, Leistungen für Dritte, Forschung und Lehre, ...)
2. die grundsätzliche Zuordnung von Kosten zur Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) im Hinblick auf die konsentierten Definition „Pflege am Bett“ der Vertragsparteien auf Bundesebene
3. die Personalkostenverrechnung der Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) auf die einzelnen Kostenstellen insbesondere im Hinblick auf die Verrechnung zwischen bettenführenden und nicht-bettenführenden Stationen
4. die konkrete Zuordnung von Kostenstellen zu den bettenführenden Kostenstellengruppen 1 (Normalstation), 2 (Intensivstation) und 13 (Patientenaufnahme)
5. die Abgrenzung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten der bettenführenden Aufnahmestationen von den anderen Pflegepersonalkosten im Modul 13.2
6. die tätigkeitsorientierte Kostenabgrenzung zwischen Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) und Infrastrukturkosten (bspw. Pflegedienstleitung)

In Abhängigkeit vom Grad der Abweichung zwischen Definition und Kalkulationsvorgabe muss durch gesonderte Befragungen der Kalkulationsteilnehmer zumindest ein Teil dieser „Lücke“ geschlossen werden. Beispielsweise muss zur Umsetzung der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene präzise bekannt sein, welche Kosten seitens der kalkulierenden Krankenhäuser in Modul 13.2 gebucht wurden und welcher Teil davon gemäß der Vereinbarung als Pflegepersonalkosten der bettenführenden Aufnahmestation auszugliedern ist.

Dies betrifft jedoch nicht nur die noch zu erhebenden Daten des Jahres 2018, sondern ist auch für die Daten des Jahres 2017 dringend geboten, da der darauf basierende Katalog 2019 die erste Grundlage aller zukünftigen Versionen mit Pflegekostenausgliederung darstellt und diese Grundlage auf möglichst sicheren Füßen stehen muss:

Wie nachfolgend noch detaillierter dargestellt, ist über die Normierung der Relativgewichte für den aG-DRG-Katalog 2020 sicherzustellen, dass aus der Ausgliederung der Pflegeper-

sonalkosten kein technischer Effekt ("Katalogeffekt") auf die Bewertungsrelationen resultiert. Zu diesem Zweck ist es zwingend erforderlich, auch zusätzliche Informationen zur Kostenzuordnung im zurückliegenden Datenjahr 2017 zu erheben. Um einen Katalogeffekt zwischen aG-DRG 2019 und aG-DRG 2020 auszuschließen bzw. weitestgehend zu minimieren, muss für die bereits zurückliegende Kalkulation des Datenjahres 2017 beispielsweise möglichst umfassend bekannt sein, welche Kostenanteile des Moduls 13.2 in den einzelnen Häusern den Pflegekosten der bettenführenden Aufnahmestation(en) entsprochen haben.

Daher hat das InEK begonnen, eine Erhebung entsprechender zusätzlicher Informationen aus den Kalkulationskrankenhäusern vorzubereiten, sobald die Inhalte der von den Vertragsparteien auf Bundesebene konsentierten Vereinbarung zur Abgrenzung der Pflegepersonalkosten bekannt waren.

Ausgliederung von Pflegepersonalkosten

Bewertungsrelationen der Fallpauschalen

Die Kostenerhebung der Kalkulationsteilnehmer folgt weiterhin dem Kalkulationshandbuch mit einer Kostenträgerrechnung auf der Fallebene nach dem 100%-Ansatz. Die Kosten für das Pflegepersonal werden unverändert den leistungserbringenden Kostenstellengruppen nach Inanspruchnahme zugeordnet und auf die behandelten Fälle im Rahmen der Kostenträgerrechnung mittels geeigneter Verrechnungsschlüssel verteilt. Die Pflegepersonalkosten werden nach Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der Daten im Datenannahmeprozess des InEK im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems durch das InEK herausgerechnet und einem eigenständigen Vergütungskatalog (§ 17b Abs. 4 S. 5 KHG) zugeführt. Nur auf diese Weise ist gesichert, dass auch für die weiteren Arbeiten eine gesicherte Datengrundlage zur Verfügung gestellt werden kann, insbesondere:

- Sachgerechte Weiterentwicklung der DRG-Fallpauschalen des aG-DRG-Kataloges und des Pflegeerlöskatalogs nach der ersten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten
- Pflege und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen (Differenzierung/Risikoadjustierung nach Pflegeaufwand) gem. § 137i Abs. 3a SGB V
- Pflegepersonalquotient gem. § 137j SGB V
- Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG

Ausgegliedert werden die Pflegepersonalkosten nach der Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene durch Herausnahme der entsprechenden Kosten für den Pflegedienst in der Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) in den betroffenen bettenführenden Kostenstellengruppen. Die oben bereits erwähnten Abweichungen zwischen Kalkulationsvorgaben und konsentierter Definition von „Pflege am Bett“ sind auf der Grundlage zusätzlicher Nachfragen bei den Kalkulationsteilnehmern zu analysieren und ggf. durch geeignete Korrekturen der Aus-

gliederungsbeträge zu reduzieren. Damit kann ein erster Schritt zur Wiederherstellung der Kongruenz zwischen Kalkulationsbasis und Anwendungsebene (aG-DRG-Katalog i.V.m. Pflegeerlöskatalog) erreicht werden. Eine vollständige Kongruenz wird sich erst in mehreren Schritten in einem mehrjährigen Prozess erreichen lassen.

Kostenstellengruppe 3 (Dialyse) wird unverändert zur bisherigen Vorgehensweise in den DRG-Fallpauschalen gar nicht berücksichtigt (vollständige Kostenbereinigung um die Kostenwerte in Kostenstellengruppe 3), da diese Leistungen vollständig über Zusatzentgelte finanziert werden. Ausgenommen von der grundsätzlichen Bereinigung der Kostenstellengruppe 3 (Dialyse) sind die Basis-DRGs L60 *Niereninsuffizienz [...]*, L71 *Niereninsuffizienz, 1 Belegungstag [...]* und L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär*, bei denen die Leistungserbringung in der Dialyse den Anlass des stationären Aufenthalts darstellt. In diesen drei Basis-DRGs sind die Dialyseleistungen Bestandteil der DRG-Fallpauschale und daher nach Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene ggf. um Pflegepersonalkosten zu bereinigen – allerdings mit Ausnahme der Kosten für die Leistungserbringung der Zusatzentgelte ZE36, ZE37, ZE61, ZE2019-09, ZE2019-10, ZE2019-13 und ZE2019-15, die auch bei diesen DRG-Fallpauschalen über Zusatzentgelte abgerechnet werden.

Die Berechnung der Bewertungsrelationen je DRG folgt einem integrativen Gesamtprozess, in dem die Auswirkungen der Sachkostenkorrektur gem. § 17b Abs. 1 S. 6 KHG und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen gem. § 17b Abs. 1 S. 5 KHG für Leistungen, „bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind,“ bei der Normierung des zukünftigen G-DRG-Systems Berücksichtigung finden. Dieser Gesamtprozess ist um die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu erweitern. Die Auswirkungen und zu berücksichtigenden Aspekte werden im Folgenden adressiert.

Sachkostenkorrektur und gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen

Der integrative Gesamtprozess zur Berechnung der Bewertungsrelationen inklusive der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen wird beibehalten. Das bedeutet mit Blick auf die Sachkostenkorrektur, dass die anteiligen Bewertungsrelationen für Sachkosten in unveränderter Umsetzung der bestehenden Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene abgesenkt werden und die anteiligen Bewertungsrelationen für Personal- und Infrastrukturkosten angehoben werden, so dass sich keine Veränderung im nationalen Casemix-Volumen ergibt. Die Grundregel, dass sich durch die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen keine Verschiebungen im nationalen Casemix-Volumen ergeben, ist in diesem G-DRG-Katalog weiterhin vollständig (von unvermeidlichen Rundungsdifferenzen abgesehen) umgesetzt. Der für die Berechnung der (anteiligen) Bewertungsrelationen benötigte Korrekturwert wird in diesem Schritt berechnet. Die Pflegepersonalkosten nach der Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene werden aus dem G-DRG-Katalog, der sich ohne Ausgliederung ergeben hätte, ausgegliedert. Nach der

Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ergeben sich neue DRG-bezogene durchschnittliche Fallkosten. Auf Basis dieser „reduzierten“ durchschnittlichen Fallkosten werden die Bewertungsrelationen für den aG-DRG-Katalog dann berechnet.

Die nachträgliche Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-Katalog folgt der Annahme, dass sich die Anhebung der anteiligen Bewertungsrelationen für die Pflegepersonalkosten im Pflegeerlöskatalog vollständig widerspiegelt und dort finanziert wird. Dennoch könnte auch eine nachträgliche Ausgliederung der Pflegepersonalkosten mit erforderlicher Normierung des aG-DRG-Katalogs zu einer Abmilderung des Effekts der Sachkostenkorrektur führen. D.h. die Absenkung der anteiligen Bewertungsrelationen für Sachkosten würde im aG-DRG-Katalog im Endeffekt etwas geringer ausfallen.

Versorgung durch Belegabteilungen

Der Katalog für die Versorgung durch Belegabteilungen ist kalkulatorisch dadurch gekennzeichnet, dass die Bewertungsrelationen der fallzahlstarken DRGs durch eine eigenständige Kalkulation und die Bewertungsrelationen der übrigen DRGs durch eine algorithmische Ableitung aus dem Hauptabteilungskatalog entstehen. Die Sortierreihenfolge der DRGs wird ausschließlich durch Betrachtung der Hauptabteilung-DRGs bestimmt.

Bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System ist für das aG-DRG-System zu überprüfen, inwieweit eine separate Kalkulation bzw. Ableitung von Bewertungsrelationen für die Versorgung durch Belegabteilungen noch sinnvoll ist, wenn dann im Ergebnis sowohl Arzt- wie auch Pflegepersonalkosten über andere Entgelte vergütet werden. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass eine Normierung auf der Bundesebene auf Basis der effektiven Bewertungsrelationen aller DRG-Fälle eine Bewertung der Fälle in Belegabteilungen vornehmen muss, um die Bedingung für den aG-DRG-Katalog „Casemix-Volumen bleibt durch die Ausgliederung gleich“ erfüllen zu können. Selbst wenn das nationale Casemix-Volumen konstant bleibt, können sich zwischen den Bundesländern noch nicht bestimmbar technische Effekte ergeben, da der Anteil von Fällen in Belegversorgung unterschiedlich hoch ist. Ferner ist zu prüfen, inwieweit sich durch die Ausgliederung nach Sortierung der Hauptabteilungs-DRGs Anpassungsbedarf im Katalog für die Belegversorgung ergeben könnte, um kuriose Vergütungssituationen bei Belegversorgung zu vermeiden. Eine abschließende Prüfung kann allerdings erst erfolgen, wenn alle Eckpunkte für die Ausgliederung (insbesondere Umgang mit Zusatzentgelten) abgestimmt sind.

Zusatzentgelte

Ergänzend zur Kostenausgliederung innerhalb der Datenbasis für die Berechnung der DRG-Bewertungsrelationen ist ein analoges Vorgehen auch bei den über Zusatzentgelte abgebildeten Leistungen erforderlich. Im Ergebnis gehen auch bei diesen Leistungen künftig die Kosten für „Pflege am Bett“ nach der Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht

mehr in die Berechnungsgrundlage für die Höhe des Zusatzentgelts ein, sie finden stattdessen im Rahmen der separaten Pflegekostenvergütung Berücksichtigung.

Zusatzentgelte ergänzen einerseits die pauschalierte Vergütung zur leistungsgerechten Allokation der Erlöse und tragen andererseits in besonderem Maße zur sachgerechten Abbildung innerhalb des pauschalierenden Entgeltsystems bei. Entsprechend werden die Zusatzentgelte im aG-DRG-Katalog beibehalten; lediglich die Berechnung erfolgt auf anderer Datenbasis (Fallkosten ohne Pflegepersonalkosten). Darüber hinaus ist zu prüfen, inwieweit Zusatzentgelte zur sachgerechten Allokation der Pflegeerlöse beitragen können. Zum einen können Zusatzentgelte als Bestandteil des Pflegeerlöskatalogs einen wichtigen Erklärungsbeitrag gerade für Einrichtungen mit besonders hohen Pflegeaufwänden leisten, mit der Folge, dass hausindividuelle Abweichungen der Personalausstattung entsprechend geringer ausgeprägt oder überhaupt nicht "vor Ort" auffällig sein müssen. Zum anderen können Zusatzentgelte auch möglichst sachgerechte Zahlbeträge bewirken und so das Volumen der zu erwartenden Mehr- und Mindererlösausgleiche in diesem Bereich reduzieren. Grundsätzlich gilt: Je gezielter das Erlösvolumen des Pflegeerlöskatalogs auf die Krankenhäuser allokiert werden kann, desto geringer ist das zu erwartende Volumen der Mehr- und Mindererlöse.

Bei den nachfolgend genannten Zusatzentgelten haben Pflegepersonalkosten einen nennenswerten Anteil an den Gesamtkosten; sie bilden allerdings nicht die vollständige Bewertungsgrundlage:

- ZE60 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung,*
- ZE130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen,*
- ZE131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen,*
- ZE145 *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung,*
- ZE162 *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1),*
- ZE163 *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2),*
- ZE2019-03 *ECMO und PECLA,*
- ZE2019-17 *Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes,*
- ZE2019-26 *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung,*
- ZE2019-36 *Versorgung von Schwerstbehinderten,*
- ZE2019-40 *Naturheilkundliche Komplexbehandlung,*
- ZE2019-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems,*
- ZE2019-133 *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst und*
- ZE2019-134 *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst.*

Für diese Zusatzentgelte wäre grundsätzlich ein unveränderter Ausweis im aG-DRG-Katalog zur Refinanzierung der mit diesen Leistungen assoziierten durchschnittlichen Fallkostendifferenzen (außerhalb der Pflegepersonalkosten) zur sachgerechten Abbildung und zielgerichte-

ten Allokation auf die leistungserbringenden Krankenhäuser angezeigt. Die Berechnung der Entgelthöhe der bewerteten Zusatzentgelte erfolgt dabei ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten. Hinsichtlich der unbewerteten Zusatzentgelte ist zu prüfen, ob eine Klarstellung für die „Hilfestellung für die Kalkulation von Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG und Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG“ vom 11.11.2005 (Anlage der Empfehlung gemäß § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntgG für die Kalkulation von Zusatzentgelten vom 20.12.2005) dahingehend erforderlich ist, dass der Kalkulation keine Pflegepersonalkosten(differenzen) mehr zugrunde gelegt werden dürfen.

Im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems werden die Kosten der Kostenstellengruppe 3 in den DRGs mit Ausnahme der Basis-DRGs L60 *Niereninsuffizienz [...]*, L71 *Niereninsuffizienz, 1 Belegungstag [...]* und L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* vollständig aus der Kostenmatrix herausgelöst und über die entsprechenden Zusatzentgelte (Bezeichnungen zum Zweck der besseren Lesbarkeit gekürzt) vergütet:

- ZE01.01 *Hämodialyse (Kinder)*,
- ZE01.02 *Hämodialyse (Erwachsene)*,
- ZE02 *Hämodiafiltration*,
- ZE36 *Plasmapherese*,
- ZE37 *Extrakorporale Photopherese*,
- ZE61 *LDL-Apherese*,
- ZE62 *Hämofiltration*,
- ZE119 *Hämofiltration (kontinuierlich)*,
- ZE120 *Hämodialyse (kontinuierlich)*,
- ZE121 *Hämodiafiltration (kontinuierlich)*,
- ZE122 *Peritonealdialyse*,
- ZE123 *Peritonealdialyse (kontinuierlich)*,
- ZE2019-08 *sonstige Dialyse*,
- ZE2019-09 *Hämoperfusion*,
- ZE2019-10 *Leberersatztherapie*,
- ZE2019-13 *Immunadsorption*,
- ZE2019-15 *Zellapherese*,
- ZE2019-16 *Isolierte Extremitätenperfusion*,
- ZE2019-82 *Peritonealdialyse, maschinell unterstützt (kontinuierlich)* und
- ZE2019-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran*.

Die Berechnung der Entgeltbeträge für diese Zusatzentgelte des aG-DRG-Katalogs erfolgt nach unverändertem Verfahren; lediglich die Pflegepersonalkosten finden bei der Berechnung keine Berücksichtigung mehr. Für die unbewerteten Zusatzentgelte gilt der obige Hinweis zur Hilfestellung zur Kalkulation.

Bedeutung der Pflege-Zusatzentgelte für die sachgerechte Vergütung hochaufwendiger Pflegeleistungen

Im G-DRG-System (bis 2019) erreichen pflegegeprägte und pflegespezifische Zusatzentgelte eine zielgerichtete Erlösallokation zu besonders pflegeaufwendigen Patienten. Für die kalkulierte Höhe dieser Entgelte sind in der DRG-Kalkulation ermittelte Kostenunterschiede maßgeblich, die deutlich, aber nicht ausschließlich von den Aufwänden der Kalkulationshäuser für "Pflege am Bett" beeinflusst sind. Von besonderer Relevanz sind hier die drei fallzahl- und volumenstarken Bereiche

- Palliativmedizin (ZE60 und ZE145)
- Hochaufwendige Pflege / PKMS (ZE130 und ZE131)
- Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten / Pflegegrade ab 3 (ZE162 und ZE163)

Da in die Ermittlung der Entgelthöhe nicht nur Kosten der "Pflege am Bett", sondern auch in relevantem Umfang andere Mehrkosten eingegangen sind, ist davon auszugehen, dass auch nach Umstellung auf eine separate Pflegepersonalkostenvergütung trotz Ausgliederung der Kosten der "Pflege am Bett" noch relevante Kostenunterschiede in den Kalkulationsdaten für diese hoch pflegeaufwendigen Fälle festgestellt werden können.

Wie hoch der Anteil der gemäß Vereinbarung auszugliedernden Kostenanteile für die "Pflege am Bett" an den zusatzentgeltrelevanten Mehrkosten insgesamt ist, ist nicht präzise zu bestimmen (da hierzu die Auswirkungen der Abweichungen zwischen der bisher in den Kalkulationskliniken praktizierten Pflegekostenkalkulation und der zukünftigen Methodik zu quantifizieren sind), kann aber auf Grundlage der Erfahrungen der Vorjahre einigermaßen robust eingeschätzt werden:

- Palliativmedizin: Anteil der auszugliedernden Pflegepersonalkosten ca. 35%
- Hochaufwendige Pflege / PKMS: Anteil der auszugliedernden Pflegepersonalkosten ca. 70%
- Pflegegrade ab 3: Anteil der auszugliedernden Pflegepersonalkosten ca. 85%

Damit werden sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch für den Katalog der ausgegliedernden DRGs (aG-DRGs) 2020 noch Kostenunterschiede in relevanter Höhe ergeben, die die Ausweisung der genannten Zusatzentgelte im Sinne einer sachgerechten Vergütung weiterhin begründen. Bei einer vollständigen Streichung der genannten Zusatzentgelte würden die relevanten nicht-pflegerischen Kostenanteile zwar nicht mehr bereinigt und somit "in die DRG-Relativgewichte zurückfallen", letzteres jedoch

a) weitestgehend **ungerichtet** und zudem

b) vielfach **nicht in voller Höhe**.

Zur Erläuterung:

"ungerichtet":

In der DRG F62C *Herzinsuffizienz* [...] erlösen aufgrund der zielgerichteten Vergütung über Zusatzentgelte aktuell rund 10% der Fälle das ZE163 (Pflegegrade) und rund 3% ein ZE130 (PKMS). Eine allgemeine Erhöhung des Relativgewichts der DRG aufgrund einer Streichung der Zusatzentgelte würde sich hingegen auf 100% der Fälle der DRG auswirken - je Fall aber entsprechend nur in geringem Umfang. Für Fälle mit hohen, bisher ZE-relevanten Mehraufwänden bliebe die Aufwertung durch das veränderte Relativgewicht weit hinter den tatsächlichen Mehraufwänden zurück, für Fälle ohne besonders hohe Mehraufwände wäre die resultierende Aufwertung demgegenüber ohne eindeutigen Sachgrund. Da sich Fälle mit hohen Mehraufwänden in sehr unterschiedlicher Weise über verschiedene Einrichtungen verteilen, hätte dies auch auf Krankenhausebene eine Verschlechterung der Sachgerechtigkeit der Vergütung zur Folge.

Somit würde ein nennenswerter Kompressionseffekt mit Schlechterstellung aufwendiger Fälle und Besserstellung weniger aufwendiger Fälle resultieren. Da, wie dargestellt, die genannten Zusatzentgelte erhebliche nicht-pflegerische Kostenanteile enthalten, könnte dies auch nicht durch die hausindividuellen Pflegebudgets ausgeglichen werden.

"nicht in voller Höhe":

Die genannten Zusatzentgelte betreffen stark überdurchschnittlich Fälle in höheren Verweildauerbereichen der jeweiligen DRGs, insbesondere Langlieger jenseits der oberen Grenzverweildauer (oGVD) der DRG. Kurzlieger sind hingegen schon aufgrund der Leistungsdefinitionen nur in sehr geringem Maß betroffen. Während die Zusatzentgelte bei der Höhe der Erlöse keine Verweildauerabhängigkeit aufweisen, ist dies jedoch bei der DRG-Vergütung für Langlieger in sehr hohem Maße gegeben.

Die Zuschläge bei Überschreitung der oGVD werden für die überwiegende Zahl der DRGs und die weit überwiegende Zahl der Fälle nicht anhand der Kosten der Langlieger ermittelt, sondern typischerweise aus den variablen Tageskosten der Inlier (mal Faktor 0,7) abgeleitet. Im Falle "aus dem ZE in die DRG-Relativgewichte zurücklaufender" Kosten ist daher zu beachten,

- dass diese bei Langliegern weder eine Wirkung auf das Relativgewicht der DRG noch auf die Höhe der oGVD-Zuschläge entfalten, weil diese Werte nur auf den Kosten der Inlier basieren, und
- dass diese bei Inliern zwar zu einer Erhöhung des Relativgewichts der DRG führen können, der Einfluss auf die oGVD-Zuschläge jedoch regelhaft unterdurchschnittlich ausfallen wird.

Im Ergebnis werden "in die DRG-Relativgewichte zurückfallende ZE-Kosten" dort also nicht in voller Höhe erlöswirksam - sondern in dimensional geringerem Umfang.

Aus Sicht einer sachgerechten Vergütung gerade der aufwendigsten Fälle, ist daher eine Beibehaltung der genannten, dann um die Erlösanteile der "Pflege am Bett" verminderten Zusatzentgelte zu erwägen.

Wie bereits oben dargestellt, ist zudem möglich, dass auf Seite des Pflegeerlöskatalogs die Pflegekostenanteile der genannten Zusatzentgelte zu einer sachgerechten Allokation der Pflegeerlöse und einer Verminderung zukünftiger Mehr- und Mindererlösausgleiche beitragen können.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die derzeit noch nicht abschließend geklärte Frage, in welchem Umfang pflegegeprägte Zusatzentgelte erhalten bleiben werden, von entscheidender Bedeutung sowohl für die Vorgehensweise bei der Ausgliederung der Pflege am Bett als auch für die Sachgerechtigkeit der Gesamtvergütung ist. Zudem hat diese einen entscheidenden Einfluss darauf, mit welcher Sicherheit die gewünschte Kongruenz von Kalkulationsjahr 2018 und Abrechnungsjahr 2020 (Normierung) gewährleistet werden kann.

Die dargestellten Implikationen einer Rückführung von Zusatzentgelten in die DRG-Relativgewichte einerseits sowie die damit verbundene und nachfolgend noch ausführlicher darzustellende Problematik der Normierung trotz Herausnahme der Kosten der Pflege am Bett andererseits führen nach Abschätzung des InEK zu hausindividuellen Effekten zwischen 2019 und 2020, die auf Basis der Daten des Datenjahres 2018 nicht vorhergesagt werden können.

In ähnlicher Weise wie Krankenhäuser können auch Bundesländer und Kostenträger von nicht vorhersehbaren individuellen Effekten betroffen sein. Selbst wenn alle für die Normierung bedeutsamen offenen Fragen geklärt sind, hält die Normierung nur auf nationaler Ebene den Casemix konstant. Die genannten Zusatzentgelte beizubehalten, würde die zahlreichen dargestellten Unsicherheiten bei der Überleitung von G-DRG zu aG-DRG - insbesondere hinsichtlich der Normierung - deutlich vermindern.

Weitere Aspekte zu Pflege-Zusatzentgelten

Die oben ausführlich dargestellten Attribute Pflegegrade, PKMS und Palliativmedizin sind nicht nur als Auslöser relevanter Zusatzentgelt-Erlöse von Bedeutung, sondern vielfach eng mit dem bisherigen wie auch dem zukünftigen aG-DRG-System verzahnt. So spielen Pflegegrade wie auch Palliativmedizin eine wichtige Rolle im Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand - und sind so wichtige Elemente bei der Weiterentwicklung der Identifikation pflegesensitiver Bereiche und der Pflegepersonaluntergrenzen.

Für den Parameter PKMS lassen sich mehrere bedeutsame Funktionen beschreiben, die alle bei der Vorgehensweise zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System zu beachten sind:

1. Definition und Vergütungsauslöser von **Zusatzentgelten** (s.o.)
2. **Direkte Gruppierungsrelevanz** innerhalb des G-DRG-Algorithmus in 17 Basis-DRGs (2019), darunter einige der fallzahlstärksten (z.B. E69 *Bronchitis und Asthma*, F67 *Hypertonie* und I68 *Erkrankungen der Wirbelsäule* [DRG-Bezeichnungen gekürzt]). Diese DRGs wären von einer Streichung des ZE ebenfalls wie oben beschrieben betroffen, ein noch stärkerer ungünstiger Kompressionseffekt würde jedoch bei einer ggf. damit verbundenen Streichung der entsprechenden OPS-Kodes resultieren, wonach die Erlösrelevanz in diesen DRGs nicht mehr aufrechterhalten werden könnte
3. Einsatz zur **Risikoadjustierung** PpUG (s.o.)
4. **Sachgerechte Kostenzuweisung** von Pflegekosten und weiteren Kostenarten gemäß Kalkulationshandbuch (PPR-A4). Eine in den Kalkulationshäusern kurzfristig einfühnbare Alternative existiert nicht. Ein zumindest vorübergehender Verlust an kalkulatorischer Trennschärfe wird sich negativ auswirken auf die
 - a. sachgerechte Vergütung der über die Pflegepersonalkosten hinausgehenden Kosten der Normalstationen (Medikamente, Sachmittel)
 - b. Güte der Risikoadjustierung, sowie
 - c. Präzision der Normierung zwischen aG-DRG 2019 und aG-DRG 2020

Insbesondere die Auswirkungen des möglichen Wegfalls der kalkulatorischen Funktion des PKMS (4.) gehen dabei weit über die reine Umstellungsphase von G-DRG zu aG-DRG hinaus. Die Kalkulation für 2020 (auf Basis des Datenjahres 2018) und 2021 (auf Basis des Datenjahres 2019) wird sich voraussichtlich noch auf die PKMS-basierte Ansteuerung der PPR-A4 in den Kalkulationshäusern stützen können, ein Wegfall dieses Parameters würde daher eine massive Verschlechterung der Fallkostenzuweisung noch in den Folgejahren mit schwer abschätzbaren Folgen nach sich ziehen. Kompressionseffekte mit Schlechterstellung aufwendiger Leistungen und Unsicherheiten bei der Normierung (mit dem Ziel, den Casemix beim Systemwechsel konstant zu halten) wären damit nicht auf einen einmaligen Umstieg begrenzt, sondern würden noch mehrere Folgejahre prägen.

Der dargestellte Zeitablauf der Kalkulation (System 2020 auf Basis der Daten aus 2018) bedeutet zwar einerseits, dass das Kriterium PKMS in den beiden kommenden Kalkulationsphasen noch verfügbar sein wird, aber andererseits auch, dass ein geeigneter Nachfolger bereits für 2020 fest etabliert sein müsste, um den PKMS für das Systemjahr 2022 zu ersetzen.

Nach Einschätzung des InEK steht ein geeigneter alternativer Identifikator für die bisher vom PKMS erfassten hochaufwendigen Fälle derzeit nicht zur Verfügung. Pflegegrade oder so genannte Pflegediagnosen (einschließlich Funktionsparametern wie Barthel-Index etc.) stel-

len stets eher Zustands- als Aktivitätsbeschreibungen dar und leisten nach allen bisherigen Erfahrungen bei weitem keinen vergleichbaren Erklärungsbeitrag.

Normierung des ersten Fallpauschalen-Katalogs mit ausgegliederten Pflegepersonalkosten

Die Normierung des Fallpauschalen-Katalogs stellt sicher, dass auf Grundlage der vorhandenen Daten die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus keinen technischen Effekt auf die Bewertungsrelationen auslöst. D.h. die Summe des effektiven Casemix in Deutschland ist vor und nach Pflege und Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Katalogs (von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen) gleich hoch.

Um das als Abrechnungsgrundlage dienende aG-DRG-System der üblichen Vorgehensweise folgend so zu justieren, dass das Casemix-Volumen der Abrechnungsjahre 2019 und 2020 annähernd unverändert bleibt, wird grundsätzlich eine Nachnormierung erforderlich. Dafür ist zunächst der bestehende G-DRG-Katalog 2019 in einen aG-DRG-Katalog zu überführen. Dabei sind zunächst die Pflegepersonalkosten nach der Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene aus den bestehenden Fallkosten herauszulösen und die Bewertungsrelationen neu zu berechnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die aus Abweichungen zwischen der Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten der Vertragsparteien auf Bundesebene und den Kalkulationsvorgaben resultierenden Lücken auch durch eine aufwendige zusätzliche Befragung der Kalkulationshäuser nur mehr teilweise geschlossen bzw. reduziert werden können, da die Datenbasis für den G-DRG-Katalog 2019 das (längst abgeschlossene) Datenjahr 2017 war. Dabei wird unterstellt, dass sich die Abrechnungsbestimmungen für den Entgeltbereich „DRG“ nicht verändern – insbesondere die Verweildauerberechnung und die mit ihr zusammenhängenden Abrechnungen von Zu- bzw. Abschlägen sowie die Fallzusammenführung.

Eine elementare Änderung der Vorgehensweise würde sich ergeben, wenn bestehende Zusatzentgelte im zukünftigen Katalog nicht mehr enthalten sein sollen. Dann müssten Kosten für Leistungen, die ab 2020 nicht mehr über Zusatzentgelte abgebildet werden sollen, wieder den ursprünglich kostenbereinigten Fällen zugewiesen werden. Danach müsste sich im integrativen Gesamtprozess die Sachkostenkorrektur und gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen gem. § 17b Abs. 1 S. 5 KHG anschließen, die für den „ohne Zusatzentgelte“-Katalog 2019 mit den bekannten Rechengrößen ohne neue Simulation des Korrekturwerts durchgeführt werden müsste, um in diesem Schritt kein Casemix-Volumen durch ein Normierungsverfahren zu verlieren. Abschließend werden die Pflegekosten nach der Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene ausgegliedert und auf Grundlage der bereinigten Kosten die Bewertungsrelationen der aG-DRGs 2019 berechnet. Für die Normierung müsste nun ermittelt werden, in welchem Umfang Erlöse, die bislang über die Zusatzentgelte geflossen sind, aber nunmehr im aG-DRG-Katalog enthalten sein müssen, über die Normierung des aG-DRG-Katalogs berücksichtigt werden müssen. Würde sich eine erforderliche Casemix-Steigerung ergeben, würde durch neue Normierung das bisher ermittelte Casemix-Volumen

auf nationaler Ebene entsprechend angehoben. Das bislang zielgerichtet auf die leistungserbringenden Krankenhäuser allokierte Erlösvolumen müsste gießkannenmäßig auf alle Krankenhäuser mit der Wirkung eines Kompressionseffekts verteilt werden.

Das mit dem Datenjahr 2018 verbundene Casemix-Volumen im aG-DRG-Katalog 2019 wird als Ausgangsgröße für die Normierung des aG-DRG-Kataloges 2020 verwendet werden. Die Normierung des aG-DRG-Kataloges 2020 würde nach initialer Berechnung der Bewertungsrelationen durch abschließende Normierung in der üblichen Vorgehensweise (Casemix-Volumen der Fälle aus 2018 bewertet mit dem aG-DRG-Katalog 2020 entspricht dem Casemix-Volumen der Fälle aus 2018 bewertet mit dem aG-DRG-Katalog 2019) erfolgen.

Erläuterung zur Sortierung in DRG-Systemen

Das G-DRG-System ist ein hierarchisch aufgebautes Patientenklassifikationssystem. Da eine Vielzahl verschiedener Parameter zur Eingruppierung in die abzurechnende DRG führen kann, ist es nicht nur möglich, sondern zumindest für etwas komplexere Fälle geradezu typisch, dass ein Fall die Zuordnungsbedingungen nicht nur einer, sondern mehrerer DRGs erfüllt. In diesem Fall erfolgt dann typischerweise die Zuordnung des betreffenden Falles zur jeweils erlöshöheren DRG. Dies wird in der Regel durch eine geeignete Abfragereihenfolge des DRG-Algorithmus (nachfolgend oft kurz als "Sortierung" bezeichnet) sichergestellt.

Ein stark vereinfachtes Beispiel ist ein Fall mit koronarer Bypass-Operation bei koronarer Herzerkrankung. Dieser erfüllt typischerweise sowohl die Bedingungen zur Zuordnung in die Basis-DRG F06 *Koronare Bypass-Operation* (aufgrund des OPS-Kodes für den durchgeführten Eingriff) als auch in die DRG F66 *Koronararteriosklerose* (aufgrund der Hauptdiagnose). Die korrekte Sortierung stellt sicher, dass der Fall der erlöshöheren DRG zugeordnet wird.

In den meisten für die Sortierung relevanten Konstellationen ist die Situation jedoch deutlich komplexer. Da die Sortierreihenfolge für alle mit dem DRG-Grouper verarbeiteten Fälle gilt, es bei zwei konkurrierenden DRGs aber nicht immer eine unter allen Umständen (das heißt insbesondere: bei allen möglichen Verweildauern) erlöshöhere gibt, ist die umgesetzte Sortierung oft das Ergebnis einer Abwägung mehrerer sortierrelevanter Faktoren. Zumeist ist die Abfragereihenfolge operationalisiert als Sortierung nach den mittleren Kosten der Inlier (und damit erlösseitig betrachtet nach Relativgewicht), jedoch muss davon in bestimmten Fällen abgewichen werden, wenn andere Sortierkriterien zu einem sachgerechteren Ergebnis führen. So ist bei einer DRG mit einem sehr hohen Anteil an Kurzliegern natürlich auch das effektive Relativgewicht der Kurzlieger für die Sortierung von großer Bedeutung. Eine Sortierung nur nach Katalog-Relativgewicht wäre hier nicht angemessen.

Da sich die Behandlung von Kindern oft von der Behandlung von Erwachsenen mit nominell ähnlichen Erkrankungen hinsichtlich der typischen Kosten pro Tag aber auch hinsichtlich der mittleren Verweildauern deutlich unterscheidet, besteht bei den Kinder-DRGs verhältnismä-

ßig oft eine von der reinen Sortierung nach Inlier-Relativgewichten abweichende Abfragereihenfolge im DRG-System. So besteht mitunter die Situation, dass das Inlier-Relativgewicht der Kinder-DRG zwar etwas geringer ist, jedoch auch die Verweildauer deutlich niedriger, sodass im Ergebnis in der Kinder-DRG bei den Kurzliegern weniger Fälle einen zudem geringeren Abschlag erhalten und entsprechend mehr Langlieger oft höhere Zuschläge. Im Ergebnis liegen die durchschnittlichen *effektiven* Relativgewichte der Kinder-DRG damit höher als die der korrespondierenden Erwachsenen-DRGs (ansonsten würde von der Umsetzung eines Alterssplits typischerweise abgesehen).

Diesen Vergütungsvorteil der Kinder gilt es - wo sachgerecht - auch in einem um die Pflegepersonalkosten bereinigten DRG-System möglichst zu erhalten. Dies auch, weil dieser Vergütungsvorteil letztlich auf gemessene Kostenunterschiede zurückgeht, die nur zum Teil durch Pflegepersonalkosten bedingt sind.

Sortierreihenfolge der DRGs im Katalog mit ausgegliederten Pflegepersonalkosten

Die für Relativgewichte und Ab-/Zuschläge der DRGs maßgeblichen Fallkosten werden sich durch die Herauslösung der Pflegepersonalkosten DRG-individuell in ganz unterschiedlichem Maß verändern. Die derzeit noch nicht geklärte Vorgehensweise im Hinblick auf die pflegegeprägten Zusatzentgelte wird ebenfalls zu deutlichen und von DRG zu DRG unterschiedlich starken Veränderungen führen.

Einer der sicher relevantesten Aspekte ist dabei die durch die Kostenausgliederung ggf. veränderte Sortierreihenfolge im aG-DRG-System. Typischerweise werden die aufwendigsten DRGs – gemessen an den durchschnittlichen Fallkosten (ggf. Tageskosten bei Kindern) – in der Hierarchie weiter nach oben sortiert. Dabei wird insbesondere auch auf die Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ fokussiert. Da die Pflegepersonalkosten in manchen DRGs einen erheblichen Erklärungsbeitrag für die Fallkosten liefern, in anderen DRGs jedoch nur einen eher geringen, kann die Herauslösung dieser Kosten zur Notwendigkeit einer Nachsortierung aufgrund deutlich veränderter Fallkosten der DRGs führen. Die Sortierung der aG-DRGs entspräche dann nicht der nach gleichartigen Regeln durchgeführten bisherigen Sortierung der G-DRGs.

Grundsätzlich ist nicht nur vorstellbar, dass die Sortierung der aG-DRGs allein anhand der nach Pflegekostenausgliederung verminderten Fallkosten erfolgt, sondern auch, dass sich diese ggf. auch an der Gesamtvergütung (aG-DRG plus Pflegeerlöse) orientieren könnte. Die letztgenannte Vorgehensweise wird jedoch auch dadurch erschwert, dass relevante Erlöscomponenten weder systemweit einheitlich noch in der Höhe derzeit bekannt sind (zukünftige hausindividuelle Entgeltwerte bei den Pflegeerlösen).

Basierend auf dem derzeitigen Kenntnisstand erscheint daher die Sortierung nach den mittleren Kosten der aG-DRGs geboten, wobei nach Kostenausgliederung mögliche Verände-

rungen der Sortierreihenfolge zu analysieren und zu bewerten sind, insbesondere im Hinblick auf

- das Ausmaß der Veränderung der Fallkosten (und ggf. auch der Tageskosten, z.B. bei Kindern),
- relevante Überschneidungen mit angrenzenden, von einer Umsortierung betroffenen Fallmengen,
- die Konstellation einer "Mindervergütung bei Mehrleistung" bei verschiedenen Verweildauern,
- weiterhin möglichst sachgerechte Abbildung der Erkrankungsschwere.

Wie bereits im bisherigen DRG-System wird auch zukünftig die Sortierung anhand eines Parameters (Inlierkosten) nicht jedes Dilemma einer "Mindervergütung bei Mehrleistung" auflösen können. Jedes mögliche Vorgehen bei der Sortierung kann zu Konstellationen führen, bei denen in Abhängigkeit z.B. von der Verweildauer eine etwas geringere Vergütung trotz Eingruppierung in eine hierarchisch höherstehende DRG besteht.

Nach derzeitiger Einschätzung sollte eine Neusortierung der aG-DRGs unter Würdigung der Gesamtauswirkungen und im Grenzfall eher zurückhaltend durchgeführt werden.

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass praktisch jede Sortierung zu Fallverschiebungen zwischen den betroffenen DRGs führt und damit zu entsprechend veränderten DRG-Mittelwerten hinsichtlich Kosten und Verweildauern. Anders ausgedrückt, führt jede Sortierung mit Fallwanderung zu einem neuen DRG-Katalog mit anderen Relativgewichten und ggf. auch veränderten uGVD, oGVD sowie Zu- und Abschlägen. Daraus können für die einzelnen Fälle höhere oder niedrigere effektive Relativgewichte resultieren; auch für das Gesamtsystem ist entsprechend eine kaum veränderte, eine höhere oder eine geringere Casemix-Summe möglich.

Die resultierenden Casemix-Veränderungen können prinzipiell, wie die durch die Kostenausgliederung direkt bedingten Casemix-Veränderungen auch, per Normierung in toto ausgeglichen werden. Wie weiter vorn bereits dargestellt, kann die Normierung jedoch nur den Gesamt-Casemix auf nationaler Ebene konstant halten. Durch Nachsortierung bedingte Casemix-Veränderungen beispielsweise auf der Ebene von bestimmten Leistungen, Krankenhäusern oder Bundesländern lassen sich dagegen nicht "wegnormieren". Zwar werden sich manche Casemix-Veränderungen durch die nationale Normierung ausgleichen oder zumindest abschwächen, im Fall sortierbedingter Casemix-Veränderungen ist es jedoch sogar möglich, dass sich einige Veränderungen durch die Normierung noch verstärken werden.

Letztendlich sind die allein durch die Sortierung ausgelösten Casemix-Veränderungen ein weiteres Argument für eine möglichst zurückhaltende Sortierung, die nur an Stellen im Algo-

rhythmus erfolgen sollte, wo sie aufgrund deutlicher Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-ausgliederung zwingend notwendig ist.

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Sortierung für ein sachgerechtes Entgeltsystem werden einige bedeutsame Aspekte nachfolgend anhand von zwei Beispielen erläutert. Diese Beispiele beruhen auf einer Simulation anhand der um Pflegepersonalkosten bereinigten plausiblen Kalkulationsdaten des Jahres 2017 mit dem aktuellen G-DRG-System. Dabei entspricht die Vorgehensweise dem derzeitigen Kenntnisstand und damit nicht zwingend der zukünftigen Vorgehensweise des InEK. Auch ist es natürlich möglich, dass sich schon allein auf Basis der Daten des Jahres 2018 deutlich andere Ergebnisse ergeben werden.

Beispiel 1: Alterssplit (Kinder) in der Basis-DRG R63

Ausgangslage ist hier, dass die DRG R63G höhere Kosten bei sehr ähnlicher Verweildauer aufweist. Damit erreicht der Alterssplit hier für 2019 eindeutig eine Besserstellung der Kinder:

DRG	DRG-Bezeichnung	Bewertungs- relation	Mittlere Verweil- dauer	Erster Tag mit Abschlag	Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt
R63G	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre	2,667	9,4	2	21
R63H	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	2,546	10,0	2	21

(Alle Werte = Fallpauschalen-Katalog 2019 (HA))

Es wurde bereits dargestellt, dass sich die für Relativgewichte und Ab-/Zuschläge der DRGs maßgeblichen Fallkosten durch die Herauslösung der Pflegepersonalkosten DRG-individuell in ganz unterschiedlichem Maß verändern können. Im gezeigten Beispiel gehen die mittleren Kosten der Inlier der DRG R63H (Erwachsene) nach Bereinigung um die Pflegepersonalkosten um rund 25% zurück, die der DRG R63G (Kinder) jedoch um rund 33%. Dadurch würden die mittleren Inlier-Kosten der Kinder zukünftig um einige hundert Euro unter denen der Erwachsenen liegen, ohne dass dies durch eine deutlich abweichende Verweildauer kompensiert wäre. Die Sortierung der Kinder-DRG vor die Erwachsenen-DRG wäre nicht mehr zu begründen, die notwendige Umsortierung würde die Auflösung der Kinder-DRG bedeuten.

Es sei nochmals betont, dass dies keinesfalls präjudizierend für die G-DRG-Version 2020 ist. Die Konstellation kann sich auf den Daten des Jahres 2018 durchaus ganz anders darstellen.

Beispiel 2: DRG H44Z

Ausgangslage ist hier eine eigenständige Geriatrie-DRG für nicht-operativ behandelte Fälle der MDC 07 mit mindestens 14 Behandlungstagen (Definition der gruppierungsrelevanten Geriatrie-OPS-Kodes), die im Jahr 2019 zu einer deutlichen Besserstellung der geriatrisch versorgten Patienten führt:

DRG	DRG-Bezeichnung	Bewertungsrelation	Mittlere Verweildauer	Erster Tag mit Abschlag	Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	2,217	21,8	-	34
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation	1,787	10,7	3	23

(Alle Werte = Fallpauschalen-Katalog 2019 (HA))

In Beispiel 2 besteht ein erheblicher Unterschied der Relativgewichte zwischen der DRG H44Z und der (aktuell weiter hinten sortierten) DRG H41C. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Anteile an Pflegepersonalkosten verschwindet dieser Unterschied aber weitestgehend durch die Ausgliederung dieser Kosten: Die Kosten der DRG H44Z sinken um über 40%, die der DRG H41C (aufgrund ganz anderer Kostenstruktur) aber nur um rund 17%. Im Ergebnis würden sich viele Fälle, die die Bedingungen beider DRGs erfüllen, bei Zuordnung in die DRG H44Z zukünftig schlechter stellen, insbesondere Fälle mit hohen Verweildauern (die aufgrund der Definition der DRG H44Z - mindestens 14 Behandlungstage - einen erheblichen Anteil der Fälle ausmachen).

Dies würde (erneut: auf Basis der vorläufigen Analyse) für eine relevante Zahl von Fällen die absurde Konstellation mit sich bringen, dass die Verschlüsselung des Geriatrie-Komplexkodes direkt zu einem Mindererlös führt. Diese Konstellation ("Mindererlös bei Mehrleistung") soll ja gerade durch die sachgerechte Abfragereihenfolge vermieden werden.

Würde man entsprechend die DRG H44Z nach unten sortieren, verlöre sie Fälle und Kosten an die DRG H41C. Im Ergebnis könnte sich (aufgrund weiter sinkender mittlerer Kosten) daraus die Notwendigkeit einer weiteren Sortierung ergeben mit weiter sinkenden Fallzahlen und im Ergebnis möglicherweise sogar mit Wegfall der gesamten DRG H44Z.

Es sollte jedoch nochmals unterstrichen werden, dass zu diesem Zeitpunkt Umfang und Ausmaß der notwendigen Sortierungen noch nicht abzuschätzen sind, da diese von der genauen Methodik, aber mehr noch von den Kostenveränderungen der Daten aus 2018 sowie der Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe beeinflusst werden.

Weitere Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung auf die DRG-Klassifikation

Die Implikationen der Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRGs beschränken sich nicht auf Fragen der Sortierung. So wird sich beispielsweise auch die Kostenhomogenität der DRGs in unterschiedlichem Maß verändern (typischerweise ansteigen). Von der Vielzahl der möglichen Effekte sollen nachfolgend nur einige besonders relevante näher beleuchtet werden:

- i. In einigen (erwartet: wenigen) DRGs wird die Bereinigung um die Kosten der „Pflege am Bett“ zu geringerer Homogenität führen. Solche DRGs enthalten aktuell Fälle mit ähnlichen Fallkosten, aber stark unterschiedlichen Personalkosten. Hier ist ggf. eine weitere Differenzierung zu erwägen, um eine weiterhin sachgerechte Abbildung der unterschiedlichen Fallkollektive zu gewährleisten. Auch dies sollte nach Einschätzung des InEK jedoch eher zurückhaltend erfolgen.
- ii. Ebenso ist es vorstellbar und voraussichtlich nicht selten, dass sich hinsichtlich der Fallkosten bisher unähnliche DRGs nach Herausnahme der (unterschiedlichen) Pflegekosten einander annähern und die Vergütung im aG-DRG-Katalog entsprechend ähnlich wird. Damit ist jedoch (anders als bei i) keine weniger sachgerechte Vergütung der Fälle beider DRGs verbunden. Entsprechend sollte im ersten Jahr auch aus Gründen der Transparenz der Leistungen und der Nachvollziehbarkeit der Veränderungen in solchen Fällen kein Umbau mit dem alleinigen Ziel einer geringeren Zahl an DRGs erfolgen.
- iii. Möglich ist auch, dass sich in einigen Fällen DRGs oder Gruppen von DRGs, die im System seit langem etabliert sind und der Berücksichtigung besonderer Therapieformen, Fachgebiete oder Patientengruppen dienen (als lediglich illustrierende Beispiele ohne präjudizierenden Charakter oder Anspruch auf Vollständigkeit: Geriatrie oder Behandlung bei multiresistenten Erregern), nach Herausnahme der Pflege am Bett nicht mehr als durchgängig kostenauffällig erweisen. Eine Streichung solcher DRGs oder DRG-Gruppen sollte aber im ersten Jahr allenfalls erwogen werden, wenn die Beibehaltung der DRGs zu vergütungsseitig absurden Konstellationen führen würde.
- iv. Von besonderer Bedeutung für die sachgerechte Vergütung im Entgeltsystem ist die sehr weitgehende Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patienten, unter anderem über das CCL-Schweregradsystem. Die mehreren Tausend Anpassungen dieser Systematik in den zurückliegenden Jahren fußten dabei auf nachweisbaren Kostenunterschieden der Fallkosten, in die natürlich auch die Kosten der „Pflege am Bett“ eingegangen sind. Der anstehende Umbau des G-DRG-Systems zu aG-DRG bedingt auch die Überprüfung und ggf. Anpassung des Schweregradsystems, die im Jahr der Umstellung allenfalls begonnen werden kann, aber sicher einen mehrjährigen Prozess darstellen wird. Aufgrund der überragenden Bedeutung für die leistungsgerechte Vergütung sollte sichergestellt werden, dass die Abbildung der Erkrankungsschwere zum aG-DRG-Katalog und ebenso zum Pflegeerlöskatalog passt.

Eine Einrichtung, die in besonderem Maße Patienten mit hoher Erkrankungsschwere versorgt, kann dies vor Ort umso besser darstellen, je stärker der Pflegeerlöskatalog die Erkrankungsschwere bereits berücksichtigt.

Zusammenfassend erscheint es nach derzeitigem Stand aus Sicht des InEK geboten, angesichts der weitgehenden Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung sowie der äußerst komplexen Aufgabe der Normierung (mit Sicherstellung eines gleichbleibenden Casemix-Volumens) bei Sortierung und weiteren Umbauten des G-DRG-Systems mit Augenmaß und einem noch stärkeren Blick als bisher schon auf die Gesamtauswirkungen möglicher Veränderungen vorzugehen.

In diesem Sinne sollten in erster Linie Umbauten am DRG-System erfolgen, die nach Gesamtwürdigung der Folgen zwingend notwendig sind, um

- Fehlanreize zu minimieren,
- Innovationen ins Entgeltsystem zu integrieren,
- problematischen Kodiereffekten zu begegnen oder
- gewichtige Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren aufzugreifen.

Auswirkungen auf die Landesbasisfallwerte

Nach den Vorgaben in § 10 Abs. 1 KHEntgG ist die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System so vorzunehmen, dass sich keine Auswirkungen auf die Landesbasisfallwerte ergeben. Wenn der Algorithmus des G-DRG-Systems weitgehend erhalten bleibt (insbesondere alle Zusatzentgelte weiterhin enthalten) kann diese Vorgabe umgesetzt werden. Sobald massive Änderungen im Algorithmus des G-DRG-Systems vorgenommen werden (z.B. Abschaffung von Zusatzentgelten), sind erhebliche Auswirkungen in der Summe der effektiven Bewertungsrelationen des aG-DRG-Katalogs zu erwarten, so dass zwar eine Normierung die Auswirkungen auf der Bundesebene berücksichtigen kann; gleichwohl ergeben sich dann aber (unbekannte) Auswirkungen in den einzelnen Bundesländern – bei der Vereinbarung aller (!) Landesbasisfallwerte müssten die Vertragsparteien auf Landesebene über die erforderliche Anpassung des Landesbasisfallwerts aufgrund des technischen Effekts der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten verhandeln. Nur wenn keine Nachnormierung des aG-DRG-Katalogs 2019 z.B. wegen wegfallender Zusatzentgelte vorgenommen werden muss, kann davon ausgegangen werden, dass die Landesbasisfallwerte keine Auswirkungen durch die Tatsache der Ausgliederung zeigen.

Erstellung des Extremkostenberichts

Bei der Erstellung des Extremkostenberichts werden die initialen Analysen auf der Grundlage des G-DRG-Systems vor der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten vorgenommen. Insbesondere die Analyse der Verteilungsfunktionen, die Berechnung der Grenzwerte zur

Bestimmung der zu analysierenden Extremkostenfälle erfolgt nach dem bewährten Verfahren. Die finale Betrachtung der Extremkostenvergütung erfolgt allerdings unter der Berücksichtigung, dass die Kosten für „Pflege am Bett“ in den Krankenhäusern ab 2020 vollständig refinanziert werden und durch diese Kosten keine Unterdeckungen im Bereich der Extremkosten mehr entstehen können. Grundlage für die Berechnungen auf der Erlösseite wäre dann der eigens für die Normierung erstellte aG-DRG-Katalog 2019, der die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten berücksichtigt und den Abrechnungszustand 2020 für den Katalog 2019 simuliert.

Pflegepersonalkostenvergütung

Ausgehend von den ausgegliederten Pflegepersonalkosten soll gem. § 17b Abs. 4 KHG ein Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für die Pflegepersonalkostenvergütung je voll- und teilstationärem Belegungstag erstellt werden. Die Bewertungsrelation je DRG berechnet sich aus den Pflegepersonalkosten der in dieser DRG abgebildeten Patientengruppe. Die Bewertungsrelation wird tagesbezogen je voll- bzw. teilstationären Belegungstag ausgewiesen. Zu prüfen ist, ob ein gesonderter Ausweis von Bewertungsrelationen für die Behandlung von Kindern sinnvoll ist. Nach der Begründung zum Kabinettsentwurf des PpSG soll mit dem Katalog zur Pflegepersonalkostenvergütung die Transparenz und Leistungsorientierung der pflegerischen Versorgung gestärkt werden. Da im Gruppierungsprozess der DRG-Fallpauschalen auch Kriterien Gruppierungsrelevanz besitzen, die sich auf die pflegerische Leistungserbringung beziehen, sollte dieses im DRG-System integrierte „Wissen“ auch für die Abbildung der tagesbezogenen Pflegeerlöse herangezogen werden.

Die Darstellung der Bewertungsrelationen für die Pflegepersonalkostenvergütung orientiert sich am Katalog der ausgegliederten DRGs (aG-DRGs). Der Pflegeerlöskatalog enthält für jede DRG die tagesbezogenen Bewertungsrelationen für die Pflegepersonalkostenvergütung. Dadurch würde sich aus dem Gruppierungsprozess der aG-DRGs neben der DRG automatisch eine korrespondierende tagesbezogene Bewertungsrelation für die Vergütung der Pflegepersonalkosten ergeben, was zu einer Vereinfachung im Abrechnungsprozess beiträgt. Eine weitere Vereinfachung ergäbe sich durch die Darstellung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen für die Pflegeerlöse in einer zusätzlichen Spalte innerhalb des aG-DRG-Katalogs. Damit könnte die Erstellung eines separaten Pflegeerlöskatalogs entfallen. Der Gruppierungsprozess würde somit automatisch stets sowohl die aG-DRG-Fallpauschale als auch die dazugehörige tagesbezogene Bewertungsrelation für den Pflegeerlös ausgeben.

Schlussbemerkungen

Das Konzept zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System basiert auf der Definition der Pflegepersonalkosten („Pflege am Bett“) der Vertragsparteien auf Bundesebene und zeigt die Vorgehensweise zur Ausgliederung, zum Umgang mit dem aG-DRG-System und zur Berechnung der Bewertungsrelationen für den Pflegeerlöskatalog. Da mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus einem integrierten Vergütungssystem mit Überführung in einen separaten leistungsorientierten Pflegeerlöskatalog Neuland betreten wird - es bestehen zu einer Vielzahl der erforderlichen Arbeiten weder Vorerfahrungen noch etablierte Prozesse -, sollten im ersten Schritt so wenig Änderungen wie möglich am DRG-System (Klassifikationsalgorithmus) vorgenommen werden und auf Basis der Erkenntnisse in der Umsetzung der ersten Ausgliederung Verbesserungen der Abbildung im aG-DRG-System und bei der Pflegeerlösabbildung schrittweise in einem mehrjährigen Prozess integriert werden. Die Pflege und Weiterentwicklung beider Kataloge würde damit im besten Sinne einem lernenden System folgen und aktuelle Erkenntnisse zur Verbesserung der Sachgerechtigkeit und Leistungstransparenz zügig und sachgerecht integrieren. Damit würde das Risiko einer unerwünschten Fehlallokation von Finanzmitteln reduziert und den Verhandlungspartnern auf der Ortsebene im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen eine gesicherte Basis für den Einstieg zur Verfügung gestellt werden können.

Das Konzept basiert auf dem Erkenntnisstand zum 07.03.2019. Im weiteren Verlauf der Vorbereitung und Umsetzung der Ausgliederung können noch Aspekte zu Tage treten, die gegenwärtig noch nicht adressiert sind, aber Konsequenzen für das vorliegende Konzept haben. Diese würden dann entsprechend in einer aktualisierten Fassung des Konzepts integriert werden.