

DRG Optionsstart 2003 - die Checkliste

Dr. Bernhard Rochell, Priv. Doz. Dr. Norbert Roeder

Inhalt

Einführung	1
Budgetneutralität	2
Fallmengengerüst	6
Nicht über DRGs abbildbare Leistungen	8
Prüfung des Optionsrechts	8
Abgrenzung DRG-externer Leistungen des Optionssystems 2003	9
Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG bzw. § 4 KFPV	9
Ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale gemäß Anlage 1 KFPV	11
Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG für Leistungen, die nach Anlage 2 der KFPV noch nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog abgedeckt werden	13
Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG: Fall- oder tagesbezogene Festlegung?	17
Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Absatz 1 Satz 5 KHG und DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Absatz 5 KHG	18
Unterstützung durch die Mitarbeiter	18
Technische Voraussetzungen für die DRG-Abrechnung	19
Vorbereitungsgrad und Bereitschaft der Krankenkassen	20
Stationersetzende Leistungen	21
Übungsmodell / Lernen im Echtbetrieb	21
Komplette Transparenz	22
Krankenhausvergleich nach § 5 BPFIV	22
Ausgleiche	23
Mindererlösausgleiche	23
Mehrerlösausgleiche	24
Ausgleiche bei Upcoding und Rolle der Kodierqualität	27
Fazit	28

Einführung

Mit der Inkraftsetzung der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) am 26. September 2002 [Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 68, S. 3674-3726, ausgegeben am 25. September 2002] hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) per Ersatzvornahme die Grundlage des DRG-Optionsmodells 2003 geschaffen. Nach § 17 b Absatz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) haben Krankenhäuser das einseitige Optionsrecht, ihre allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen ab 01. Januar 2003 über das neue DRG-Vergütungssystem abzurechnen. Das einseitige Optionsrecht kann unabhängig von der Zustimmung der örtlichen Vertragspartner wahrgenommen werden. Voraussetzung für das Optionsrecht ist allerdings, dass das jeweilige Krankenhaus voraussichtlich mindestens 90 Prozent des entsprechend § 3 Absatz 2 und 3 zu ermittelnden und um relevante Zusatzentgelte, Kosten der Ausbildungsstätten und Mehrkosten für Ausbildungsvergütungen geminderten Gesamtbetrages über DRG-Fallpauschalen abrechnen kann. Auch Krankenhäuser, die diesen Prozentsatz nicht erreichen, können in das Optionsmodell einsteigen, wenn die örtlichen Verhandlungspartner auf Kostenträgerseite zustimmen. Wird die Zustimmung nicht erteilt, können Krankenhäuser mit einem voraussichtlichen DRG-Budgetanteil von unter 90 Prozent erst zum für alle Krankenhäuser verbindlichen DRG-Umsatz ab 01. Januar 2004 in das neue Vergütungssystem eintreten. Ein Schiedsverfahren ist in dieser Angelegenheit gesetzlich ausdrücklich ausgeschlossen. Jedes Krankenhaus, welches ab 2003 in das DRG-System wechseln möchte, hat dieses den übrigen örtlichen Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. § 18 Absatz 2 KHG bis zum 31. Oktober 2002 schriftlich mitzuteilen.

Das BMG hat mit seiner Ersatzvornahme den Einstieg deutscher Krankenhäuser in das Optionsmodell möglich gemacht. Damit sollte jedes Krankenhaus prüfen, ob es die Option zur DRG-Abrechnung 2003 mit den für das Optionsjahr besonderen Rahmenbedingungen wahrnehmen möchte. Wie sehen die strategischen Überlegungen eines Krankenhauses aus, welches zum 01. Januar 2003 schon in das DRG-System einsteigen will? Diese Überlegungen sollten sehr stark von der Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses und ihrer veränderten Abbildung unter den neuen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen (z. B. Fallpauschalengesetz, Abrechnungsregeln) getragen werden.

Es ist zu empfehlen, vor der Entscheidung gegen oder für die Wahrnehmung der Option eine gründliche Prüfung aller Kriterien durchzuführen. Folgende Fragen sollten vor einer Entscheidung für oder gegen das Optionsmodell geprüft und beantwortet werden:

1. Trägt ein entscheidender Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Haus den Einstieg in das Optionsmodell mit?
2. Kann auf Basis der kodierten Fälle 2002 unter Berücksichtigung der in diesem Jahr geleisteten Kodierqualität das Fallmengengerüst für 2003 bestimmt werden und wie sieht dieses Fallmengengerüst aus?
3. Ist die Veränderung der Kodierqualität und der Einfluss auf das Fallmengengerüst für 2003 abschätzbar?
4. Welche Leistungen können nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden?
5. Welche Ausgleichsproblematiken (Mehrerlöse/Mindererlöse/Upcodingausgleich) stellen sich?
6. Sind das Klinikinformationssystem und die Abrechnungsabteilung auf eine DRG-bezogene Abrechnung vorbereitet?
7. Können die entlassenen Fälle zeitnah komplett und inhaltlich korrekt kodiert der Abrechnung zur Verfügung gestellt werden?
8. Wurden bereits Sondierungsgespräche mit den örtlichen Krankenkassen geführt und wie stehen diese zum Optionsmodell?
9. Werden alternative Upcodingausgleichsregelungen angedacht und sind diese bereits mit den Krankenkassen diskutiert worden?

Budgetneutralität

Die Budgetneutralität garantiert den Krankenhäusern für 2003 und 2004 ein auf das jeweilige Vorjahresbudget aufbauendes Erlösbudget, welches nach § 3 Absatz 3 KHEntgG zu ermitteln ist. Auf der Basis des um die Zusatzentgelte verminderten Erlösbudgets wird unter Berücksichtigung des DRG-Fallmengengerüsts der krankenhausausschüssliche Basisfallwert gemäß § 3 Absatz 4 KHEntgG errechnet. Für die im DRG-System gemäß Anlage 2 KFPV nicht abgebildeten Fälle besteht gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG die Möglichkeit zur Vereinbarung diesbezüglicher fall- oder tagesbezogener krankenhausausschüsslicher „sonstiger Entgelte“.

Damit das Erlösbudget errechnet werden kann, müssen die im Jahr 2003 optierenden Krankenhäuser - entsprechendes gilt ein Jahr später für die ab 2004 in das DRG-Vergütungssystem wechselnden Krankenhäuser - zunächst einmal ihr Forderungsbudget auf herkömmliche Art ermitteln. In die Berechnung sind bisherige Fallpauschalen und Sonderentgeltleistungen mit Überschreitungen entsprechender Grenzverweildauern einzubeziehen.

Auf dieser Basis wird der Gesamtbetrag nach § 3 KHEntgG dann zunächst konventionell verhandelt. Der Gesamtbetrag wird gemäß § 3 Absatz 3 Satz 4 auf

- die DRG-Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 b KHG (Erlösbudget),
- die bei Überschreitung der Grenzverweildauern der DRG-Fallpauschalen abzurechnenden Entgelte nach § 8 Absatz 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG
- die individuell vor Ort zu vereinbarenden „sonstigen Entgelte“ nach § 6 Absatz 1 KHEntgG

aufgeteilt (Abbildung).

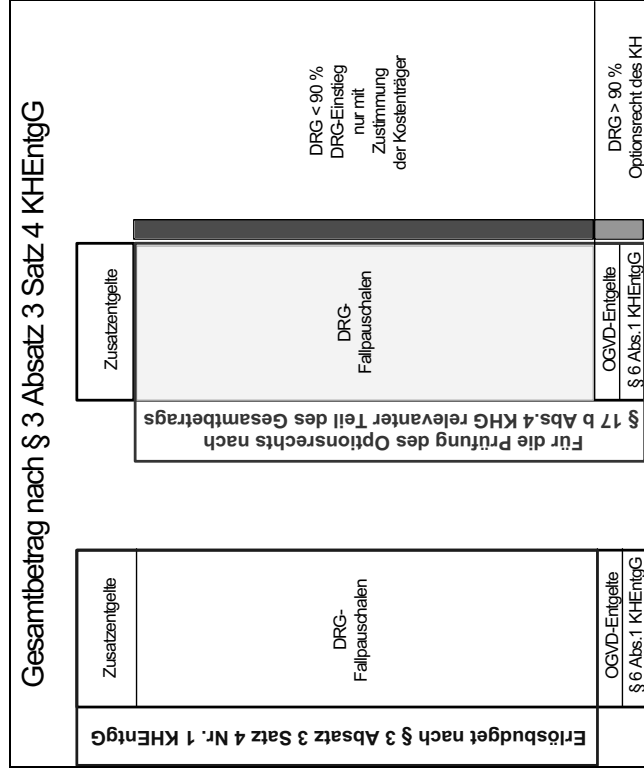


Abbildung: Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG und seine Bestandteile zur Prüfung des einseitigen Optionsrecht des Krankenhauses zum DRG-Einstieg 2002 (der Anteil der DRG-Fallpauschalen am um die Zusatzentgelte geminderten Gesamtbetrag muss mindestens 90 Prozent betragen („90-Prozent-Schwelle“)). OGVD-Entgelte: Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer; § 6 Abs. 1 KHEntgG: Entgelte für noch nicht via DRGs abbildbare Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG

Aus dem Erlösbudget wird nach § 3 Absatz 4 KHEntgG unter Abzug der Zusatzentgelte abschließend das resultierende „DRG-Budget“ isoliert. Dieses muss einem vorher festgelegten

Fallmängengerüst gegenübergestellt werden, auf dessen Grundlage anhand des Fallpauschalen-Kataloges nach Anlage 1 der KFPV der Casemix und damit der Krankenhausindividuelle Basisfallwert errechnet werden kann.

Bei der notwendigen Datenanalyse sind die Abrechnungsregeln der KFPV mit Über- und Unterschreitungen von Grenzverweildauern ebenso zu berücksichtigen wie die (Rück-) Verlegungsfälle sowie die Komplikationsfälle nach § 8 Absatz 5 KHEntG. Leider ist es in vielen Krankenhäusern bisher gar nicht möglich, den Anteil der Verlegungsfälle entsprechend der neu geprägten Definition auf der Basis der Daten des Jahres 2002 einigermaßen exakt zu ermitteln. Verlegungsfälle sind nach den Abrechnungsregeln definiert als Fälle, die innerhalb von 24 Stunden nach Entlassung aus Haus A in Haus B aufgenommen werden. Diese Informationen sind bisher in den Krankenhausinformationssystemen nicht vorhanden. Auch die Entlassungsarten nach § 301, die etwas über die Verlegung in andere Krankenhäuser aussagen können, sind sicherlich in den meisten Krankenhäusern unvollständig oder teilweise falsch dokumentiert.

Die genaue KFPV-konforme Berechnung des Anteils verlegter Patienten und die Ermittlung der daraus eventuell resultierenden Abschläge ist daher in vielen Krankenhäusern mit erheblichen Unsicherheiten vergesellschaftet. Krankenhäuser, die den Anteil ihrer Verlegungsfälle nach KFPV zu hoch einschätzen, werden ihren Casemix durch die vorzunehmenden Verlegungsabschläge zu niedrig ansetzen, was zu einer fälschlichen Erhöhung des Krankenhausindividuellen Basisfallwertes führen wird. Weil sich hieraus für die Kostenträger ein Liquiditätsrisiko ergibt, werden diese die Krankenhäuser bei unklarem Mengennachweis der voraussichtlichen KFPV-Verlegungsfälle eher auf niedrige Verlegungszahlen einschwören wollen. Bei einer zu gering angesetzten Zahl der Verlegungen würde der Casemix zu hoch prognostiziert und der Krankenhausindividuelle Basisfallwert zu niedrig angesetzt. Das Risiko einer solchen Verzerrung liegt beim Krankenhaus. Das Gleiche gilt bei einer Fehleinschätzung der inhaltlich leider sehr unscharf definierten Komplikationsfälle nach § 8 Absatz 5 KHEntG.

Neben den Verlegungsfällen im DRG-Bereich sind auch die voraussichtlichen Budgetanteile, die über Verlegungen in bzw. aus dem BPFIV-Bereich nach § 3 KFPV zu erwirtschaften sind, zu ermitteln. Dies ist insbesondere für Optionshäuser wichtig, die einen Teil ihrer Verlegungen bisher im Rahmen einer Zusammenarbeit gemäß § 14 Absatz 11 BPFIV in der Rolle des weiterbehandelnden Hauses abgewickelt haben. Verbleibt das im Rahmen dieser Zusammenarbeit zuverlegende Krankenhaus im bisherigen Vergütungssystem, kann das aufnehmende Optionshaus für seine Leistungen keine DRG-Fallpauschale abrechnen, sondern erhält dafür vom zu verlegenden Haus den nach bisheriger BPFIV-Regelung zu erstattenden Erlösanteil. Dieser muss bei der Aufteilung des Gesamtbetrages nach § 3 Absatz 3 Satz 4

KHEntG gesondert ausgewiesen werden. Da bei Überschreitung der Grenzverweildauer der bei Zusammenarbeit durch ein zu verlegendes BPFIV-Krankenhaus abgerechneten herkömmlichen Fallpauschale durch das weiterbehandelnde Optionshaus gemäß § 3 Absatz 2 Satz 5 KFPV beginnend ab dem Überschreitungstag für jeden weiteren Belegungstag 150 Euro abgerechnet werden können, darf dies bei relevantem Anfall solcher Überschreitungen bei der Aufteilung des Gesamtbetrages nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 2 KHEntG nicht vergessen werden.

Vor demselben Hintergrund müssen Krankenhäuser, die sowohl Haupt- als auch Belegabteilungen haben, welche untereinander Patienten verlegen, berücksichtigen, dass die DRG-Fallpauschalen für solche Verlegungsfälle bei der Planung ihres Fallmängengerüsts unter Beachtung von § 3 KFPV einzustellen sind.

Weil das Fallpauschalengesetz (FPG) derzeit schon unterschiedlich interpretiert wird, ist mit den Krankenkassen vor Ort zu klären, was von ihnen überhaupt unter „budgetneutraler Umsetzung“ verstanden wird: DRG-Krankenhäuser müssen ihre Gesamtbeträge sowohl für das Jahr 2003 als auch für das Jahr 2004 nach § 3 Absatz 2 und 3 KHEntG nach herkömmlicher Art auf Grundlage des § 6 Absatz 1 BPFIV verhandeln. Bei restriktiver Anwendung könnte den Optionshäusern ein Nachteil daraus entstehen, dass sie einerseits ihr Budget im Jahr 2003 unter DRG-Bedingungen erwirtschaften müssen, das Budget für 2004 aber andererseits erneut auf konventionelle Art bemessen müssen. Budgetneutrale Umsetzung könnte insbesondere aus Sicht der durch eine restriktive Auslegung begünstigten Kostenträger nämlich auch bedeuten, dass Verweildauerverkürzungen zunächst einmal den Gesamtbetrag nach Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV) beeinflussen und dieser dann erst nach entsprechender Anpassung sekundär auf das DRG-Budget umgerechnet wird. Dieses würde bedeuten, dass die nach Verweildauerreduktion unter DRG-Bedingungen entstandenen kompensatorischen Fallzahlerhöhungen der Optionshäuser bei der Bemessung der Gesamtbeträge für 2004 nicht einbezogen werden, sondern lediglich die Verweildauerreduktion bezogen auf die prospektiv für 2003 vereinbarte Fallzahl absenkend berücksichtigt wird. Wenn ein Haus 2003 die Option wahrnimmt, wird es den Ärztinnen und Ärzten im Hause nur schwer vermitteln können, dass der fallorientierte Ansatz zwar in 2003 verfolgt wird, andererseits aber die Verweildauern möglichst nicht gekürzt werden sollen, weil diese den Gesamtbetrag für das Jahr 2004 möglicherweise senken. Verweildauerreduktionen könnten sich bei restriktiver Handhabung also nachteilig auf das Erlösbudget 2004 auswirken. Die hieraus resultierenden Fragen müssen somit unbedingt vor Wahrnehmung der Option geklärt und unmissverständlich vereinbart werden.

Angehörigen der für Krankenhäuser wie Kostenträger wechselhaften Risiken sollte versucht werden, einen für beide Seiten tragbaren Kompromiss hinsichtlich eines

- für die Kostenträger akzeptablen nicht zu geringen CMI und einer
- für die Optionshäuser ausgewogenen Bemessung des Gesamtbetrages für das Jahr 2004 unter adäquater Berücksichtigung der Fallzahl- und Verweildauerentwicklung unter DRG-Bedingungen zu vereinbaren.

Voraussetzung für einen Umstieg auf das Optionsmodell ist natürlich, dass ab 01.01.2003 auch ein Basisfallwert für das jeweilige Haus vereinbart wird. Wenn kein Budgetabschluss vor dem Jahresende vorliegt, kann auch kein hausindividueller Basisfallwert vereinbart werden. In der Diskussion über die KFPV wurde daher gefordert, dass ein vorläufiger Basisfallwert auf Grundlage eines vorläufig vereinbarten Budgets vereinbart werden soll. Diese Forderung kommt auf dem Wege der Ersatzvornahme jedoch nicht umgesetzt werden. Aus einem vorläufigen Basisfallwert würde sich jedoch ohnehin ein weiterer Unsicherheitsfaktor für das Haus ergeben, da ein vorläufiges Budget eben nicht das endgültige Budget darstellt und sich hier noch teilweise erhebliche Verschiebungen ergeben können.

Nicht unerhebliche Unsicherheiten ergeben sich auch bei der Festlegung des Fallmengengetuhs im Falle einer für das Jahr 2003 geplanten Änderung der Leistungsstrukturen des Krankenhauses, z. B. bei einem anstehenden Chefarztwechsel. Kommt es in solchen Fällen in der Praxis zu erheblichen Abweichungen im Vergleich zu den bei der Vereinbarung formulierten Annahmen, kann der Gesamtbetrag oder Teile davon nach § 3 Absatz 8 KHEntg für das laufende Kalenderjahr neu vereinbart werden. Die örtlichen Vertragsparteien können und sollten im Interesse ihrer wechselseitigen Planungssicherheit die Kautelen einer auch allgemein bei „wesentlichen Änderungen“ der Vereinbarung des Gesamtbetrages zu Grunde gelegten Annahmen“ möglichen Neuvereinbarung des Gesamtbetrages nach § 3 Absatz 8 KHEntg im Voraus vereinbaren.

Fallmengengerüst

Das Fallmengengerüst ist einerseits hinsichtlich der Fallzahlen in den einzelnen DRG-Fallgruppen festzulegen, andererseits aber auch bezüglich der Verteilung der Fälle auf DRGs mit hohem und niedrigem Kostengewicht (unterschiedlich abrechenbare DRGs pro Basis-DRG) und auch die Haupt- und Belegabteilungen. Hierbei dominiert mehr die Schätzung als die Evidenz, da kaum ein Haus schon im Jahr 2002 eine exzellente Kodierqualität vorweisen kann, muss möglichst valide vorausgesagt werden, wie sich die Kodierqualität und damit die Abbildung der Fälle in den Schweregradgruppen entwickeln wird. Das Mengengerüst hat einen erheblichen Einfluss auf den Casemix (CM) und damit auf den Casemixindex (CMI) und den Basisfallwert.

Werden bei guter Kodierqualität verhältnismäßig mehr Fälle mit höherem Kostengewicht vereinbart, steigt der CMI, womit der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert umgekehrt proportional dazu absinkt. Das Haus steht im Vergleich zu Kliniken mit niedrigerem CMI und höheren Basisfallwerten gut da, erhält aber bei niedrigerem Basisfallwert für den einzelnen Behandlungsfall einen entsprechend geringeren Erlös. Dadurch wird im laufenden Betriebsjahr die Liquidität möglicherweise etwas eingeschränkt, andererseits kommt es in dieser Konstellation weniger zu „Upcoding“-Mehrerlösen (§ 3 Absatz 6 Satz 3) und daraus resultierenden Rückzahlungsforderungen.

Werden mehr Fälle mit niedrigem Kostengewicht vereinbart, wobei auch der Anteil der von Abschlüssen bei Unterschreitung der unteren Grenzwelldauer betroffenen DRG-Kurzlieger zu berücksichtigen ist, sinkt der CMI, was automatisch einen basisfallwertsteigernden Effekt hat. Damit werden die einzelnen Fälle zunächst höher vergütet, was einen positiven Einfluss auf die Liquidität des Krankenhauses hat. Insbesondere in Verbindung mit einer Steigerung der Fallzahl und unterjährigen Verbesserung der Kodierqualität kann dieses für das Krankenhaus einen immensen Liquiditätsbonus erbringen. Während die über die Verbesserung der Kodierqualität erwirtschafteten Mehrerlöse allerdings im Rahmen des „Upcoding“-Mehrerlösausgleichs nach § 3 Absatz 6 Satz 3 vollständig egalisiert werden, kann sich ein hoher Basisfallwert für das Krankenhaus bei Fallzahlausweitungen durchaus auch nachhaltig rechnen: 25 Prozent der so in 2003 realisierten Mehrerlöse dürfen immerhin einbehalten werden. Die bei einer derartigen Entwicklung benachteiligten Kostenträger werden aus diesem Grunde versuchen, Krankenhäuser mit dem Ansatz unveränderter Fallzahlen bei niedrigem CMI und hohem Basisfallwert zum Abschluss eines höheren CMI zu bewegen.

Nicht über DRGs abbildbare Leistungen

Nach § 7 KHEntgG können im Jahr 2003 von den Optionshäusern im Rahmen des Vergütungssystems nach § 17 b KHG folgende Entgelte für ihre allgemeinen Krankenhausleistungen abgerechnet werden:

- DRG-Fallpauschalen für Haupt- und Belegabteilungen gemäß Anlage 1 KFPV
- Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG bzw. § 4 KFPV
- Ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzwelldauer der DRG-Fallpauschale gemäß Anlage 1 KFPV
- Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG für Leistungen, die nach Anlage 2 der KFPV noch nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog abgedeckt werden
- Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Absatz 1 Satz 5 KHG
- DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Absatz 5 KHG.

Für die Prüfung des Optionsrechtes und für die Aufteilung des Gesamtbetrages muss festgestellt werden, welche Leistungen des Hauses nicht über DRGs abbildbar sind.

Prüfung des Optionsrechtes

Von vornherein ausgeschlossen sind die nach § 17 b Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG genannten Leistungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin (Psych-Bereiche). Diese Leistungen spielen im Hinblick auf das Optionsrecht des Krankenhauses keinerlei Rolle, so dass z. B. auch Krankenhäuser mit einer großen psychiatrischen Abteilung, welche mehr als 10 Prozent des Gesamtbudgets erbringt, nicht per se aus dem Optionssystem ausgeschlossen werden. Ausschlaggebend für das Optionsrecht ist allein, ob der entsprechend § 3 Absatz 3 Satz 4 nach Abzug u. a. der Psych-Bereiche resultierende Gesamtbetrag für 2003 nach Verminderung um die relevanten Zusatzentgelte voraussichtlich zu mindestens 90 Prozent über Fallpauschalen abgerechnet werden kann. Umfassen die im Volumen dieses Gesamtbetrages enthaltenen Entgelte für Grenzwelldauerüberschreitungen und Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG mehr als 10 Prozent des nach Abzug der Zusatzentgelte für Dialysen nach § 4 KFPV verbleibenden Gesamtbetrages, kann das Krankenhaus nur noch mit Zustimmung der Krankenkassen in das Optionssystem einsteigen.

Die Tabelle listet die bei der Vereinbarung des Gesamtbetrages und der Festlegung der krankenhaushausindividuellen DRG-Rechengrößen hauptsächlich zu betrachtenden Stellgrößen mit den möglichen Auswirkungen bei ihrer Fehleinschätzung und bezüglich der für die

Wahrnehmung des Optionsrechts durch die Krankenhäuser zu beachtenden „90-Prozent-Schwelle“ auf.

Stellgröße	Auswirkung bei zu hoch angesehter Stellgröße	Auswirkung bei zu niedrig angesehter Stellgröße	Auswirkung auf das Optionsrecht („90-Prozent-Schwelle“)
Fallzahl	Casemix: + KBFW: -	Casemix: - KBFW: +	Ggf. ja
Kodierqualität	Casemix: + KBFW: -	Casemix: - KBFW: +	i.d.R. nein
Zusatzentgelte	Casemix: = KBFW: -	Casemix: = KBFW: +	nein
Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG	Casemix: = KBFW: -	Casemix: = KBFW: +	ja
DRG-Verlegungsabschlüsse	Casemix: - KBFW: +	Casemix: + KBFW: -	nein
Komplikationsfälle nach § 8 Absatz 5 KHEntgG	Casemix: - KBFW: +	Casemix: + KBFW: -	nein
Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzwelldauer	Casemix: + oder - KBFW: -	Casemix: + oder - KBFW: -	ja
Abschlüsse bei Unterschreitung der unteren Grenzwelldauer	Casemix: + oder - KBFW: -	Casemix: + oder - KBFW: -	nein

Tabelle: Wesentliche Stellgrößen des DRG-Optionsystems 2003 mit den möglichen Auswirkungen ihrer Fehleinschätzung und ihrer Bedeutung im Hinblick auf das einseitige Optionsrecht der Krankenhäuser. [+ Anstieg, - Abfall, = unverändert, KBFW Krankenhaushausindividueller Basisfallwert] Beispiel: Wird die Fallzahl bei der prospektiven Vereinbarung für das Jahr 2003 zu hoch angesetzt, hat dies die Auswirkung, dass auch der Casemix zu hoch und der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert zu niedrig festgelegt werden.

Abgrenzung DRG-externer Leistungen des Optionssystems 2003

Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG bzw. § 4 KFPV

Mangels aussagekräftiger Kalkulationsdaten ist es im Rahmen der Ersatzvornahme nicht gelungen, bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sowie für Dialysen, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist, oder für darüber hinaus gehende Leistungen vorzugeben. Nach § 4 Satz 1 KFPV sollen im Optionssystem 2003 für die beiden vorgenannten Leistungsbereiche Zusatzentgelte „in Höhe der entsprechenden, für das Jahr 2002 festgelegten oder vereinbarten Sonderentgelte“ abgerechnet werden. Diese Regelung lässt jedoch eines außer Acht: Zwar können die nach dem FPG zulässigen Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG durchaus in regional unterschiedlicher Höhe vorgegeben

diesen Regelungen und den Vorgaben des FPG gerichtlich prüfen zu lassen, sollte als Voraussetzung für den Eintritt in das Optionsmodell in jedem Fall vor Ort eine klare Vereinbarung über die Handhabung der Zusatzentgelte, ihre Definition, Bewertung, ihre Behandlung in Bezug auf das Erlösbudget und etwaige Ausgleichs getroffenen werden.

Ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale gemäß Anlage 1 KFPV

Die ergänzenden Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale sind bei der Aufteilung des Gesamtbetrages nach § 3 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG separat auszuweisen. Diese sind fallbezogen anhand der Spalten 9 und 10 (Hauptabteilungen) bzw. Spalten 11 und 12 (Belegabteilungen) des DRG-Fallpauschalen-Kataloges nach Anlage 1 der KFPV zu ermitteln. Ein fehlerhafter Ansatz des Gesamtvolumens der Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer führt zu Verfälschungen des Fallmengengerüstes und damit zu Fehlschätzungen von CMI und krankenhaushausindividuellem Basisfallwert. Daher muss dieses sehr sorgfältig abgeschätzt und festgelegt werden. Insbesondere wenn die 90-Prozent-Schwelle für die Wahrnehmung des Optionsrechtes nur knapp erreicht wird, muss die Berechnung hier gegenüber kritisch eingestellten Kostenträgern hieb- und stichfest sein.

Eine Schwierigkeit ergibt sich noch aus der Bewertung der Entgelte für Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, die gemäß der Spalten 10 bzw. 12 des Fallpauschalen-Kataloges für Haupt- bzw. Belegabteilungen nach Anlage 1 der KFPV mittels einer DRG-spezifischen Bewertungsrelation je Tag erfolgt, welche als Aufschlag auf das DRG-Kostengewicht zu verstehen ist und daher ebenfalls bei der Abrechnung mit dem Basisfallwert des Krankenhauses zu multiplizieren ist: Nach § 3 Absatz 4 KHEntgG ist der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert allerdings auf der Grundlage des berechtigten Erlösbudgets nach § 3 Absatz 3 Satz 5 KHEntgG festzulegen. Weil das berechnete Erlösbudget aber nur noch aus dem auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte entfallenden Anteil des Gesamtbetrages besteht und die Entgelte für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer gar nicht mehr enthält, stellt sich die Frage, wie ein Krankenhaus nun überhaupt sein Erlösbudget nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG errechnen soll: Ohne den sich nach § 3 Absatz 4 KHEntgG erst aus diesem Erlösbudget ergebenden Basisfallwert zu kennen, kann das Gesamtvolumen der Entgelte für Grenzverweildauerüberschreitungen (= Casemix-Anteil der Spalten 10 bzw. 12 der Anlage 1 zur KFPV x Basisfallwert) nämlich nicht ermittelt werden. Ohne das Gesamtvolumen der Entgelte für die Grenzverweildauerüberschreitungen zu kennen, kann aber das Erlösbudget erst gar nicht aus dem Gesamtbetrag extrahiert werden. Die Katze beißt sich damit in den Schwanz.

werden. Nach § 7 Satz 1 Nr. 2 und § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG sind die ergänzenden Zusatzentgelte jedoch eindeutig als Teil des auf der Bundesebene zu vereinbarenden Entgeltkataloges festzulegen und damit bundeseinheitlich zu definieren. Mit § 4 KFPV wird aber lediglich bundeseinheitlich geregelt, dass die im Jahr 2002 jeweils vor Ort geltenden Sonderentgelte dort im Jahr 2003 als Zusatzentgelte übernommen werden. Das bedeutet, dass vor Ort nun nicht nur unterschiedliche Zusatzentgeltbewertungen, sondern auch auf der Grundlage der bestehenden Sonderentgelte nach § 16 und ggf. sogar nach § 26 BpflV auch verschiedene Zusatzentgeltdefinitionen für die o. g. Leistungen zugelassen werden. So existieren insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren von Bundesland zu Bundesland höchst unterschiedliche Regelungen, die von der „Nulllösung“ bis hin zu sehr differenzierten Sonderentgelten für verschiedene Faktorpräparate reichen. Mit dem im FPG angelegten bundesweiten Zusatzentgeltkatalog kann die durch § 4 KFPV getroffene Festlegung nur unter Aufbringung einiger Kreativität vollends in Einklang gesehen werden.

Auch die in § 4 KFPV vorgenommene Differenzierung in zwei unterschiedliche Arten von Zusatzentgelten dürfte nicht unhinterfragt bleiben: Einerseits werden die Zusatzentgelte für Dialysen dem Erlösbudget nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG zugeordnet (§ 4 Satz 2 KFPV), andererseits werden die Zusatzentgelte für Blutgerinnungsfaktoren für die Behandlung von Blutern in diesem Kontext nicht erwähnt. Im Umkehrschluss würde es nahe liegen, dass die durch § 4 KFPV nicht in Verbindung mit dem Erlösbudget des Krankenhauses gebrachten Blutpräparate wohl, wie häufig auch bisher, außerhalb der vereinbarten Budgets abgerechnet werden können. An dieser Stelle sei betont, dass die Autoren eine solche Regelung sehr begrüßen würden, weil die außerordentlich aufwendige Behandlung von Blutern mit Faktorpräparaten schlecht planbar ist und daher nahezu unmöglich adäquat in einer prospektiven Budgetplanung berücksichtigt werden kann. Das Problem besteht jedoch darin, dass „die Zusatzentgelte nach § 17 b des KHG“ gemäß § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG eindeutig dem Gesamtbetrag des Krankenhauses zugeordnet sind. Extern neben dem Budget abrechenbare Zusatzentgelte sind laut FPG dagegen nicht vorgesehen. Um zu hohe Belastungen der Krankenhäuser durch Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern zu vermeiden, wurde im FPG ohnehin ausdrücklich geregelt, dass diesbezügliche Mehrerlöse nach § 3 Absatz 6 Satz 9 nicht ausgeglichen werden. Die vermeintliche Öffnung in § 4 KFPV für die außerbudgetäre Abrechnung von Zusatzentgelten für die Bluterbehandlung dürfte deshalb bei den Kostenträgern auf Widerstand stoßen: Krankenhäuser mit rückläufigen Erlösen könnten so nämlich im Jahr 2003 über die gesonderte Abrechnung von Faktorpräparaten außerhalb des Budgets ihren Mindererlösausgleich steigern.

Weil die Regelungen in § 4 KFPV in den genannten Punkten zu Irritationen führen können und von Seiten einzelner Kostenträger bereits erwogen wird, die Konformität zwischen

Um das Problem zu lösen, wird empfohlen, den Gesamtbetrag wie folgt aufzuteilen und daraus den krankenhaushausindividuellen Basisfallwert wie nachfolgend aufgezeigt zu ermitteln:

Aufteilung des Gesamtbetrages nach § 3 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG auf:

1. Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Erlösbudget) einschließlich der noch nicht ausgegliederten sonstigen Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG sowie Entgelte die bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschalen abgerechnet werden können (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3)

2. die voll- und teilstationären Leistungen, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet, jedoch noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG).

Danach ist die Berichtigung des Gesamtbetrags und des Erlösbudgets gemäß § 3 Absatz 3 Satz 5 durchzuführen.

Zur Ermittlung des krankenhaushausindividuellen Basisfallwertes wäre dann der benötigte Betrag nach Nr. 1 um die Zusatzentgelte zu vermindern. Der resultierende Betrag aus DRG-Fallpauschalen und Entgelten für die Grenzverweildauerüberschreitung ist anschließend durch die Summe der Bewertungsrelationen der vereinbarten DRG-Behandlungsfälle ein-schließlich der Summe der Bewertungsrelationen für die Überschreitung der oberen Grenz-verweildauer zu dividieren, woraus sich dann der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert ergibt.

Diese Lösung stellt zwar keine wortgetreue Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben dar, ist aber aufgrund des Umstandes, dass der Basisfallwert unter den gegebenen Voraussetzungen nicht anders nicht ermittelt werden kann, unumgänglich und, führt letztendlich zu demselben Ergebnis. Ist der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert so erst ermittelt, kann die Berechnung entsprechend der in § 3 Absatz 3 und 4 KHEntgG vorgegebenen Weise ohne Abweichung nachvollzogen werden.

Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG für Leistungen, die nach Anlage 2 der KFPV noch nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog abgedeckt werden

„Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete Leistungen“, für die nach § 6 Absatz 1 KHEntgG befristet auf die Jahre 2003 und 2004 ortsindividuelle fall- oder tagesbezogene Entgelte vereinbart werden, sind in Anlage 2 der KFPV ausgewiesen. Dies sind zum einen

- sämtliche Leistungen von Tages- oder Nacht-Kliniken oder
 - sämtliche Leistungen organisatorisch ausgegliederter teilstationärer Einrichtungen, zum anderen aber auch die
 - Behandlungsfälle, die den in Anlage 2 der KFPV aufgelisteten G-DRGs der Version 1.0 zugeordnet werden
- und darüber hinaus
- „sonstige nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog abgedeckte Leistungen“.

Bei Tages- oder Nacht-Kliniken sowie organisatorisch ausgegliederten teilstationären Einrichtungen ist der nach Anlage 1 der KFPV vorgegebene DRG-Fallpauschalen-Katalog damit nicht abrechnungsrelevant. Dies hat seine Ursache u.a. darin, dass im Vorfeld der KFPV keine ausreichenden Mengen an Kalkulationsdaten entsprechender Behandlungsfälle vorliegen bzw. die tagesklinischen Fälle nicht eindeutig waren. Durch die Abrechnung der an diesen Einrichtungen erbrachten Leistungen über „sonstige Entgelte“ wird vermieden, dass sich teilstationäre und vollstationäre Fälle im G-DRG-System vermischen, was eine erhebliche Verfälschung des Fallpauschalensystems ausmachen würde. Für sämtliche Leistungen dieser Einrichtungen – unabhängig davon, ob sie über DRGs dargestellt werden können oder nicht – sind somit ortsindividuell Entgelte zu vereinbaren. Hierbei können auch DRG-Fallpauschalen als Basis genommen werden, für welche dann allerdings eigene teilstationäre Bewertungsrelationen, (Grenz-)Verweildauerlösungen, Verlegungsabschläge und Bewertungsrelationen festgelegt werden müssten.

Die im Rahmen der KFPV vorgenommene Ausgliederung von Leistungen in die Entgelte nach § 6 Absatz 1 auf Basis der in Anlage 2 der KFPV aufgelisteten DRGs ist nicht unumstritten. Die über diese DRGs abgebildeten Behandlungsfallesollen deswegen separat vergütet werden, weil auch hier die Datenbasis des Kalkulationsverfahrens für zu dünn gehalten wurde, um eine allgemeinverbindliche DRG-Festlegung zu treffen. Da § 17 b Absatz 4 Satz 3 für den Fall, dass „eine Fallgruppe wegen zu geringer Fallzahlen bei den an der Kalkulation beteiligten deutschen Krankenhäusern voraussichtlich nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden“ kann, vorsieht, dass „dieses näherungsweise auf der Grundlage australischer Relativgewichte zu ermitteln und zu vereinbaren“ ist, haben bestimmte Krankenkassen

Von der in die Vorgaben der Anlage 2 der KFPV aufgenommenen Möglichkeit, auch für „sonstige nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog abgedeckte Leistungen“ Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG vereinbaren zu können, sollten sich Krankenhäuser keine zu großen Versprechungen machen. Entsprechend ihrer Formulierung, führt diese Öffnungsregelung praktisch fast vollständig ins Leere: Abgesehen von den in Anlage 2 der KFPV explizit ausgeschlossenen Fällen sowie den Fehler-DRGs 960Z „Nicht Gruppierbar“ und 961Z „Unzulässige Hauptdiagnose“ kann jeder Behandlungsfall im DRG-System – ob sachgerecht oder nicht – einer bewerteten DRG-Fallpauschale zugeordnet werden und ist damit rein faktisch „abgedeckt“. Die Fehler-DRG 962Z „Unzulässige geburtshilfliche Diagnosenkombination“ stellt einen Sonderfall dar. Diese wurde nur mit einer Bewertungsrelation für Hauptabteilungen und Belegabteilungen mit Belegoperator versehen. Eine Bewertungsrelation für Hauptabteilungen mit Beleghebamme, für Belegabteilungen mit Belegoperator und Beleghebamme sowie für Belegabteilungen mit Belegoperator, Beleganästhesist und Beleghebamme wurde unerklärlicherweise nicht festgelegt. Während die Belegabteilungen, Beleghebamme wurde unzulässigerweise nicht festgelegt. Während die Belegabteilungen, für welche die DRG 962Z nicht bewertet wurde, sich – vielleicht, weil nicht unstrittig – über den Umweg der Abrechnungsbestimmung nach § 1 Absatz 3 KFPV auf die Abrechnung der Fallpauschale für die Hauptabteilung berufen könnten, bleibt diese DRG für Hauptabteilungen mit Beleghebamme unvergütet. Weil die Fehler DRGs 960Z und 962Z Fälle mit unzulässigen Angaben im Entlassungsdatensatz abbilden, weshalb nicht nachvollziehbar ist, dass die DRG 962Z und die diesbezüglich ebenfalls betroffene DRG 963Z „Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht“ überhaupt abrechenbar sein werden, wird ein Abschluss über die Vergütung solcher Fälle mittels Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntG kaum realistisch sein. Allenfalls die Fälle, welche der DRG 960Z „Nicht gruppierbar“ zugeordnet werden, könnten daher eine Grundlage für die Vereinbarung gesonderter Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG darstellen. Auch dieses wird sich jedoch als nur schwer praktikabel erweisen, da sich ein Großteil der in die DRG 960Z eingruppierten Fälle in der Praxis als fehlerhaft kodiert und daher zu anderen DRGs zugehörig erweisen wird und die übrigen Fälle dieser lediglich hinsichtlich des Merkmals „Nicht gruppierbar“ einheitlichen DRG sehr leistungs- und kostenheterogen sind.

Kliniken, die dagegen darauf hoffen, ihre aufwändigen Spezialleistungen über diese Regelung separat abrechnen zu können, werden es schwer haben, die mehrheitlich von dieser Leistung betroffenen Kostenträger zu überzeugen. Dies können Leistungen sein, bei denen sehr teure Implantate verwendet werden (z. B. Spezialprothesen, Kunstherzen, Neurostimulatoren etc.) oder innovative Leistungen, die zurzeit nur an wenigen Zentren erbracht werden. Diese Leistungen sind nachweisbar nicht adäquat in den DRG-Kostengewichten berücksichtigt, da sie nur an einem kleinen Teil der Häuser erbracht werden und die Kalkulationsstichproben nicht oder nicht wesentlich beeinflusst haben können. Durch Spezial-

gefordert, die in Anlage 2 KFPV aufgelisteten DRGs mit oder auf Basis von australischen Kostengewichten zu bewerten und damit in den DRG-Fallpauschalen-Katalog der Anlage 1 KFPV zu integrieren, anstatt dafür sonstige Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG zuzulassen und behalten sich eine entsprechende rechtliche Prüfung offen. Im Interesse der wechselseitigen Planungssicherheit sollten daher in diesem Punkt etwaige Vorbehalte von Teilen der örtlichen Vertragsparteien frühzeitig ausgeschlossen werden.

Nach § 6 Absatz 1 Satz 2 KHEntG sind die für die in Anlage 2 der KFPV ausgewiesenen Behandlungsfälle ortsindividuell festzulegenden fall- oder tagesbezogenen Entgelte „sachgerecht zu kalkulieren“, wobei „die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4“ zu beachten sind. Diese sowohl für die „sonstigen Entgelte“ nach § 6 Absatz 1 KHEntG als auch für die ab 2005 abschließbaren fallbezogenen Entgelte für Innovationen geltenden „Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 [KHEntG] gesonderte Entgelte vereinbart werden können“ haben die Vertragsparteien der Selbstverwaltung auf der Bundesebene jedoch bis zum Inkrafttreten der KFPV noch nicht abgegeben. Die Vertragsparteien vor Ort müssen somit zunächst selbst zu einem Einvernehmen darüber finden, wie die Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG sachgerecht zu kalkulieren sind. Insbesondere für Krankenhäuser, die einen bedeutenden Budgetanteil über die Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG abrechnen müssen, kann hier eine „Pi-mal-Daumen-Regelung“ nicht in Frage kommen. Diese sollten für die betroffenen Bereiche bis zur Optionsentscheidung aktuelle und valide Kalkulationsdaten parat haben. Mangels Empfehlunggrundlage für die Kalkulation erscheint es am naheliegendsten, sich dabei am DRG-Kalkulationshandbuch Version 2.0 der Selbstverwaltung zu orientieren, falls fallbezogene Entgelte vereinbart werden sollen. Einige Kostenträger werden versuchen, die von ihnen im DRG-Erlösbereich gesehenen Liquiditätsrisiken zu mindern, indem sie die Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG möglichst tief ansetzen. Hier könnte gegenüber den Krankenhäusern auch mit der 90-Prozent-Schwelle für die Optionsentscheidung („Wer bei den Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntG nicht kooperiert, kommt nicht ins Optionssystem“), den Sicherungsmechanismen der budgetneutralen Einführungsphase sowie dem Verweis auf mögliche Abschlüsse mit der Konkurrenz argumentiert werden. Krankenhäuser, welche hier aus kurzfristigen strategischen Aspekten einen „Kunshandel“ abseits einer soliden Kalkulationsbasis eingehen, werden sich selbst und der Weiterentwicklung des Vergütungssystems einen „Bärendienst“ erweisen: Bei künftigen Neubewertungen der betroffenen Leistungen stehen die für 2003 vereinbarten Entgelte als Ausgangsbasis in der Welt und ein Blick in das Gesetz zeigt, dass diese „sachgerecht zu kalkulieren“ waren. Dies sollten im Hinblick auf das in Anlage 2 der KFPV aufgeführte Leistungsspektrum insbesondere Kliniken mit Transplantationsabteilungen beherzigen.

isierung können diese Leistungen aber in einigen Häusern in sehr überdurchschnittlicher Frequenz erbracht werden. Der Wunsch der betroffenen Krankenhäuser, solche Leistungen auszugliedern, erscheint nachvollziehbar: Verbleiben diese nämlich in den DRG-Fallpauschalen, hat das spezialisierte Haus einen tendenziell höheren Basisfallwert und wird im oberflächlichen Vergleich mit anderen Häusern in der Region ggf. schlechter abschneiden.

Es geht in dieser Regelung aber ausdrücklich nicht darum, ob eine spezielle Art von Behandlungsfällen nicht korrekt über DRGs abbildbar sind, sondern einzig darum, ob Leistungen nicht durch den Fallpauschalen-Katalog abgedeckt sind. Weil bis auf die vorgenannten Ausnahmen aber jeder Fall einer DRG-Fallpauschale zugeordnet wird, würden weitere Sonderregelungen wahrscheinlich aus der Sicht der betroffenen Kostenträger ein Liquiditätsrisiko darstellen. Da Krankenhäuser in der Regel hochaufwändige Leistungen ausgliedern würden, müssten die betroffenen Kostenträger diese Leistungen über ein im Vergleich mit der korrespondierenden DRG-Fallpauschale höher bewertetes Entgelt nach § 6 Absatz 1 KHEntG abrechnen. Gleichzeitig blieben aber die gesetzmäßig bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen der korrespondierenden DRG-Fallpauschale für das Krankenhaus trotz der Änderung des Fallmixes unverändert: Die nicht durch das Entgelt nach § 6 Absatz 1 KHEntG abgedeckten Leistungen, die das Krankenhaus regulär über die mit einem bundeseinheitlichen Relativgewicht bewertete DRG abrechnen würde, würden tendenziell überbezahlt werden. Andererseits würde jede Ausgliederung aufwändiger Leistungen aus dem DRG-Bereich auf Basis von § 6 Absatz 1 KHEntG das Erlösbudget nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 verhältnismäßig stärker senken als den diesbezüglich zu mindermenden Casemix. Die Folge wäre ein geringerer krankenhaushausindividueller Basisfallwert als vor der Leistungsausgliederung. Davon würden wiederum diejenigen Kostenträger profitieren, die weniger oder überhaupt nicht von der ausgliederten Leistung betroffen sind. Sofern für eine Ausgliederung vorgesehene Leistungen bevorzugt nur bestimmte Kostenträger betreffen, wird dies die Kostenträger u. U. in Befürworter und Gegner einer Ausgliederung spalten. Krankenhäuser, die sich solche Interessenunterschiede zu Nutze machen wollen, sollten dabei allerdings beachten, dass

- solche Uneinigigkeiten die Verhandlungen bis hin zum Schiedsstellenverfahren u. U. stark verzögern könnten,
- die 90-Prozent-Schwelle für die Ausübung des Optionsrechtes betroffen sein kann (Dies ist insbesondere zu beachten, wenn der Eintritt in das Optionsmodell 2003 zunächst auf Grundlage einer vorläufigen Vereinbarung nach § 12 KHEntG geregelt wird, das Volumen der Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG aber strittig bleibt und durch die Schiedsstelle festgesetzt werden soll.)

- die Ausgliederung von Leistungen, deren Behandlungsfälle durch die bundeseinheitlichen GDRG-Grupper einer regulären DRG-Fallpauschale aus Anlage 1 der KFPV zugeordnet werden, auch abrechnungstechnisch durch eine gesonderte Dokumentation und EDV-Lösung umgesetzt werden muss, damit die vereinbarten Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG dem Krankenhaus nicht über die standardisierte DRG-Abrechnung „verloren gehen“ und

- die von der Leistung betroffenen Kostenträger die in Frage kommenden Fälle gezielt in andere Einrichtungen steuern könnten, die diese Leistungen nicht ausgliedern haben, oder im BPIV-System kostengünstiger anbieten.

Eine über die in Anlage 2 der KFPV genannten Fälle hinausgehende Leistungsausgliederung muss daher grundsätzlich im Kontext mit der regionalen Versorgungs- und Wettbewerbssituation erfolgen. Krankenhäuser, die sich zunächst über hohe Abschlüsse für Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG freuen, verlieren über ihren geringeren Basisfallwert doppelt, wenn diese Entgelte später mangels Fällen nicht abgerechnet werden. Das Verlustrisiko ist durch den Mindererlösausgleich für das Jahr 2003 zwar stark begrenzt. Auch die realisierten 5 Prozent eines vermeidbaren Verlustes werden jedoch leidvoll genug sein.

Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG: Fall- oder tagesbezogene Festlegung?

Nach § 6 Absatz 1 KHEntG können die Vertragspartner vor Ort fall- oder tagesbezogene Entgelte für die ausgliederten Behandlungsfälle vereinbaren. Fällt die Wahl auf eine fallbezogene Vereinbarung, ist zu beachten, dass dann gemäß § 8 KFPV auch Vereinbarungen „zu den übrigen Bestandteilen des Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 [KFPV] getroffen werden“ müssen, „damit die Entgelte von den Abrechnungsprogrammen verarbeitet werden können, die für die DRG-Fallpauschalen vorgesehen sind.“ Das bedeutet, dass es in diesem Fall keineswegs ausreicht, nur krankenhaushausindividuelle Fallpauschalen zu vereinbaren. Es muss für jedes fallbezogene Entgelt entsprechend der Spalten 6 bis 11 des DRG Fallpauschalen-Katalogs für Hauptabteilungen bzw. 8 bis 13 des Katalogs für Belegabteilungen eine Festlegung zur mittleren Verweildauer, eine untere und obere Grenzverweildauerregelung sowie einen Abschlag für externe Verlegungen geben. Lediglich der Verlegungsabschlag kann entfallen, sofern das fallbezogene Entgelt ausdrücklich als eine im Verlegungsfall stets abschlagsfrei abrechenbare „Verlegungsfallpauschale“ nach § 1 Absatz 1 Satz 3 vereinbart wird. Die an die Vereinbarung krankenhaushausindividueller fallbezogener Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG geknüpften Bedingungen stellen, sofern sie der in § 6 Absatz 1 Satz 2 KHEntG genannten Voraussetzung der „sachgerechten Kalkulation“ entsprechen sollen, eine hohe Anforderung an die lokalen Vertragsparteien und die Datenaufbereitung durch die Krankenhäuser dar. Während bei der Vereinbarung fallbezogener Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG auf die Abrechnungsbestimmungen der KFPV für die DRG-Fallpauschalen

miert. Das häufig genannte Argument, durch den Umstieg bei den Ärzten, der Pflege und den Medizinassistentenberufen eine bessere Kodierqualität zu erzwingen, kann aus Sicht der Betroffenen sicherlich nicht ziehen. Auch diesen ist sehr wohl bekannt, dass der Umstieg freiwillig ist. Wenn die Administration sich entscheidet, freiwillig in das DRG-System ohne größere Vorbereitung und Anschaffung geeigneter Arbeitshilfen/EDV-Lösungen sowie ohne Rücksprache mit den eigentlich Betroffenen einzustiegen, wird dies auf Unverständnis und Widerstand stoßen. Es muss daher geprüft werden, ob ein Großteil der Mitarbeiter den Umstieg mitträgt. Für Krankenhäuser, die mangels bisheriger Vorbereitung und Einbeziehung ihrer Mitarbeiter nicht vom Optionsrecht Gebrauch machen, bedeutet dies keinesfalls, dass die Hände bis zur verbindlich ab 01. Januar 2004 vorgesehenen DRG-Einführung in den Schoß gelegt werden können: Um die Startbedingungen für 2004 zu optimieren, sollte das Optionsmodell 2003 in jedem Fall intern zur Simulation, Übung und Standortbestimmung – am besten im Vergleich mit anderen Krankenhäusern im Sinne eines Benchmarks – eingesetzt werden.

Technische Voraussetzungen für die DRG-Abrechnung

Gründlich zu prüfen ist, ob überhaupt die technischen Voraussetzungen für eine Abrechnung von DRGs erfüllt sind. Hierzu gehört einerseits die zeitnahe Verfügbarkeit der klinischen Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren (Online-Erfassung) sowie die Möglichkeit, diese Kodierdaten im Rahmen der Abrechnungsvorbereitung zeitnah überprüfen zu können. Je nach Klinikgröße muss die Kodierung in einem ein- oder mehrstufigen Verfahren überprüft werden. Zu empfehlen ist eine erste Prüfung vor Ort durch die dokumentierenden Ärztinnen und Ärzte mit einer kontrollierten Datenfreigabe, die bescheinigt, dass die Daten einer Prüfung unterzogen wurden und in der Weiterverarbeitung verwendet werden können. Eine zweite Prüfungsebene könnte der DRG-Beauftragte vor Ort sein, der die endgültige Freigabe des komplett dokumentierten Patienten veranlasst. Eine dritte und letzte Prüfungsebene könnte das Medizincontrolling sein, welches die endgültige Abrechenbarkeit der Daten bescheinigt, so dass eine Abrechnung über die Sachbearbeiter in der Abrechnungsabteilung erfolgen kann.

Die technischen und personellen Voraussetzungen müssen so gestaltet sein, dass die gesamte Prüfung und Freigabe möglichst kurzfristig durchgeführt wird und die Daten sehr zeitnah nach Entlassung des Patienten für die Abrechnung bereit stehen. Verzögerungen schränken die Liquidität des Krankenhauses ein, da Krankenkassen erst in Verzug gesetzt werden können, wenn auch Rechnungen gestellt wurden. Nach unseren Informationen sind in den großen Klinikinformationssystemen (KIS) bisher nicht die Möglichkeiten einer gestuften Freigabe implementiert. Darüber hinaus werden die notwendigen Informationen für eine

zurückgegriffen werden kann, darf bei der Festlegung tagesbezogener Entgelte vor Ort nicht vergessen werden, den Verlegungsfall in den DRG- oder BPIV-Bereich zu regeln. Der Ein-fachheit halber wird es sich bei Verlegungen zwischen DRG-Bereich und Bereichen, welche über tagesbezogene Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG finanziert werden, anbieten, diesen Sachverhalt in Anlehnung an § 3 KFPV für die Abrechnung bei Verlegungen zwischen dem KHEntG-Geitungsbereich dem Bereich der Bundespflegesatzverordnung zu regeln.

Bei der Festlegung der Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG – egal ob fall- oder tagesbezogen – ist weiterhin generell zu beachten, dass diese die über Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG bzw. § 4 KFPV abgeholte Leistungen nicht enthalten dürfen. § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntG, § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 3 KHEntG und § 7 Satz 1 Nr. 5 KHEntG regeln ausdrücklich, dass die Entgelte für Leistungen zu vereinbaren sind, die in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den auf der Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden. Im Umkehrschluss setzt dieses natürlich auch voraus, dass die Zusatzentgelte gleichermaßen neben DRG-Fallpauschalen und Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntG parallel abgerechnet werden können.

Zur Beurteilung der Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG ist darüber hinaus nach § 3 Absatz 1 Satz 2 KHEntG der Krankenhausvergleich nach § 5 BPIV anzuwenden. Auch dies muss bei der Wahl der Leistungen, der Festlegung der Forderungsbeträge und der Entscheidung zwischen einer fall- oder tagesbezogenen Festlegung unbedingt in das Kalkül mit einbezogen werden.

Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Absatz 1 Satz 5 KHG und DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Absatz 5 KHG

Die von der Selbstverwaltung noch festzulegenden Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Absatz 1 Satz 5 KHG, die Qualitätssicherungsabschläge nach § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V sowie der DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Absatz 5 KHG haben keine Auswirkungen auf die Aufteilung des Gesamtbetrages nach § 3 Absatz 3 Satz 4 KHEntG und das Optionsentscheidungsrecht des Krankenhauses. Nach § 17 b Absatz 1 Satz 5 KHG, zweiter Halbsatz, können die Qualitätssicherungszuschläge auch in die DRG-Fallpauschalen eingerechnet werden. Dieses ist im Rahmen der KFPV jedoch nicht erfolgt.

Unterstützung durch die Mitarbeiter

Neben der technischen Vorbereitung müssen insbesondere auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses vorbereitet sein und den Umstieg unterstützen. Basiert die Entscheidung für den Umstieg auf alleinig vom Krankenhausmanagement entwickelten Argumentationen und findet nicht den Rückhalt in der Ärzteschaft, sind Probleme vorprogram-

DRG-konforme Dokumentation teilstationärer Fälle in den meisten KIS-Systemen noch nicht adäquat abgebildet. Controllingwerkzeuge, die den o. a. Vorgang unterstützen können, liegen implementiert in den KIS-Systemen kaum vor.

Vorbereitungsgrad und Bereitschaft der Krankenkassen

Sehr gründlich ist im offenen Gespräch mit den Kassen zu prüfen, wie diese auf eine DRG-basierte Fallabrechnung vorbereitet sind. Insbesondere die Kassen, die das Budget des Krankenhauses am stärksten dominieren, sollten ihre uneingeschränkte Bereitschaft erklären, das Optionsmodell zu unterstützen. Fehlen Bereitschaft und technische Voraussetzungen, ist mit nicht kalkulierbaren Zahlungsverzögerungen zu rechnen, die einen Einfluss auf die Liquidität des Krankenhauses haben. In Vorgesprächen mit den lokalen Krankenkassen sollte daher eruiert werden, ob diese technisch überhaupt in der Lage sein werden, eine DRG-Abrechnung zu unterstützen. Grundsätzlich dürfte die Abrechnung kein Problem sein, wenn die Krankenkassen nicht vorhaben, die Rechnungen einer umfangreichen Überprüfung vor Ausgleich des Rechnungsbetrages zu unterziehen. Mit großer Wahrscheinlichkeit sind die technischen Voraussetzungen für umfangreiche Rechnungsüberprüfungen noch nicht gegeben, so dass hieraus erhebliche Liquiditätsprobleme für die Krankenhäuser resultieren können. Vertreter bestimmter Krankenkassen haben bereits angedeutet, dass es zumindest in den ersten Wochen der Umstellung auf Grund technischer Probleme zu nicht beabsichtigten Liquiditätsengpässen zu Lasten der Optionshäuser kommen könne.

Zur Sicherstellung der Liquidität könnte daher z. B. vereinbart werden, dass zumindest die großen Kassen monatliche Abschlagszahlungen auf den voraussichtlichen Jahresgesamterlös leisten. Damit würde für das Krankenhaus die Liquidität sichergestellt und es hätte etwas mehr Zeit, die Rechnungen zu erstellen. Die Krankenkassen gewinnen Zeit zur Rechnungsprüfung. Derartige Abschlagszahlungen müssten aber für die gesamten 12 Monate des Jahres 2003 garantiert werden, um Engpässe zum Jahresende zu vermeiden.

Letztendlich entscheidet das Krankenhaus zwar alleine, ob es die Option nutzen will oder nicht. Ohne Unterstützung der Krankenkassen wird das Verfahren sich aber nicht zur Zufriedenheit aller Beteiligten durchführen lassen, weil es technisch und inhaltlich blockiert werden kann.

Kann die Optionsentscheidung im Konsens aller Vertragspartner getroffen werden, muss allen Beteiligten bewusst sein, dass die termingerechte Umsetzung des Optionsmodells einer hohen Termin-, Arbeits- und Kommissdisziplin bedarf, damit mit Wirkung ab 01. Januar 2003 tatsächlich die ersten DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können. Mit Aufnahme der ersten Strukturgespräche sollten daher unter Abstimmung mit den mit der technischen Lösung beauftragten Softwareentwicklern und Beachtung der Antrags- und

Genehmigungsfristen der zuständigen Planungsbehörde möglichst sämtliche weitere Verhandlungsrunden bis hin zum Abschluss auf der Grundlage einer vertragsrelevanten zertifizierten G-DRG-Version 1.0-Gruppierung bereits terminiert werden.

Stationersetzende Leistungen

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist der Katalog der stationersetzenden Leistungen nach §115 b SGB V, der einen Einfluss auf die Anzahl und die Struktur (mittlerer Aufwand) der stationär zu behandelnden Fälle haben wird. Die dadurch mögliche Reduktion der stationären Behandlungsfälle (DRG-Fälle) ist nur schwer abschätzbar. Wenn der Katalog nach §115b SGB V vereinbart wird, fallen aus den einzelnen DRG Fallgruppen tendenziell die kostengünstigeren Leistungen heraus. Erfolgt danach nicht umgehend eine Anpassung der Kostengewichte oder tritt der Leistungskatalog nach § 115 b SGB V unterjährig in Kraft, sind die betroffenen Fallgruppen systematisch unterfinanziert. Gleichzeitig steigt die durchschnittliche Verweildauer der über die betroffenen DRGs weiterhin abgerechneten vollstationären Fälle. Auch der Anteil der wegen Unterschreitung der unteren Grenzwerteil-dauer mit Abschlägen zu versehenen Fälle der betroffenen DRGs wird sinken. Je nach der Größe des Anteils der „potenziell“ künftig nach § 115 b SGB V abrechenbaren Leistungen am für das Jahr 2003 festgelegten Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG, kann dies das vereinbarte DRG-Fallmengengerüst eines Krankenhauses nachhaltig verändern. In größerem Ausmaß hiervon betroffene Krankenhäuser sollten dies zur Verbesserung der Folgenabschätzung in ihr Kalkül einbeziehen. Eine Empfehlung zugunsten oder gegen den Eintritt in das DRG-Optionsmodell lässt sich vor dem Hintergrund des möglichen neuen Leistungskatalogs nach § 115 b SGB V jedoch nicht ableiten. Die saubere anteilige Extraktion der entsprechenden Leistungen aus den nach herkömmlicher Art verhandelten Gesamtbeträgen wird die Krankenhäuser vor ähnliche Schwierigkeiten stellen.

Übungsmodell / Lernen im Echtbetrieb

Als Argument für den Umstieg wird häufig die verlängerte Lernphase im Echtbetrieb ohne Budgetrisiko genannt. Neben der reinen Darstellung der Leistungen über die DRG-Gruppierung kann auch der hausinterne Datenfluss sowie die Abrechnungsvorbereitung und die Abrechnung selbst optimiert werden. Schwachstellen im Gesamttablauf werden offensichtlicher und können damit frühzeitiger beseitigt werden. Dieses Argument ist durchaus zu unterstützen, wenn es von einem Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mitgetragen wird.

Nach Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit und weiterer Akteure im Gesundheitswesen handelt es sich bei der G-DRG-Version 1.0, die im Jahr 2003 eingesetzt werden soll, lediglich um ein Übungsmodell, welches im Sinne eines Übergangs auf ein ausdifferen-

von Leistungsveränderungen und der Beurteilung der Höhe der nicht durch DRG-Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vergüteten Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG eine Anwendung. Das Gros des über DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte Gesamtbetrages der Optionshäuser bleibe im Unterschied zu den weiterhin vollständig betroffenen BPIV-Krankenhäusern vom Krankenhausvergleich unberührt.

Ausgleiche

Die vom vereinbarten Volumen des Gesamtbetrages abweichenden Erlöse werden nach § 3 Absatz 6 KHEntgG ohne Bezug zum Schweregrad der die Erlösabweichung verursachenden nicht bzw. zusätzlich behandelten Fälle ausgeglichen. Dies trifft für den Mindererlösausgleich ebenso zu wie für den Mehrerlösausgleich.

Mindererlösausgleiche

Der Mindererlösausgleich dürfte bei leistungsfähigen Krankenhäusern kaum zum Tragen kommen, da dort bei einigermaßen verlässlicher Abschätzung des Fallmengenrückstaus und damit einigermaßen verlässlicher Abschätzung eines Basisfallwertes gar keine Mindererlöse entstehen sollten. Bei Krankenhäusern mit rückläufigem Leistungs- bzw. Fallzahlvolumen ist anzunehmen, dass die Kostenträger die zu erwartende Minderleistung anhand von Zeitreihen frühzeitig erkennen und bereits bei den Budgetverhandlungen eine niedrigere (auf die Realität angepasste) Leistungsmenge fordern und mit den entsprechenden Budgetkonsequenzen vereinbaren werden. Insofern ist auch bei diesen Krankenhäusern nur sehr eingeschränkt zu erwarten, dass sie von dem verbesserten Mindererlösausgleich in erheblichem Umfang profitieren.

Allenfalls Krankenhäuser, die sich vorgenommen haben, im Jahr 2003 „gesundzuschumpfen“ und die Kostenträger damit im Laufe des Jahres zu überraschen, könnten in wesentlichem Umfang von den verbesserten Mindererlösausgleichssätzen profitieren. Allerdings wird es auch von diesen Häusern nicht viele geben, da die verminderten Fallzahlen bei der Budgetfindung 2004 als Leistungsrückgang berücksichtigt würden, die zu entsprechenden Budgetkorrekturen führen würden.

Krankenhäuser, die darauf spekulieren, die wegen geplanter Bau- oder Sanierungsmaßnahmen im Krankenhaus zu erwartenden Mindererlöse zu 95% ausgeglichen zu bekommen, sollten damit rechnen, dass die Kostenträger versuchen werden, die Zahlung von Mindererlösausgleich aus solchen o. ä. Gründen zu verweigern. Ob sie eine Chance haben, dies durchzusetzen, ist sicherlich vor dem Hintergrund der geltenden Rechtslage eher fraglich. Zum guten Verhandlungsklima wird ein solches Vorgehen aber sicherlich nicht beitragen. Außerdem sollte sich das Krankenhaus bereits heute fragen, ob es ggf. bereit wäre, seinen

ziertes Modell 2004 zu verstehen ist. Vielfältige Einwände gegen den bisher publizierten G-DRG-Katalog wurden mit diesen Argumenten kommentiert. Daraus wird deutlich, dass sich für 2004 erhebliche Änderungen in der Fallstruktur aber auch bei den Abrechnungsregeln und insbesondere den Relativgewichten ergeben können. Die Übung in 2003 würde nur mit einem Modell erfolgen, welches vorläufigen Charakter hat und nicht geeignet ist, strategische Ausrichtungen des Hauses zu unterstützen. Damit besteht für Optionshäuser neben dem möglichen Vorteil eines frühzeitigen Lernens im „Echtbetrieb“ der mögliche Nachteil, dass sich in Bezug auf das provisorische Optionssystem in 2003 Verhaltensweisen insbesondere bezogen auf die Falldokumentation, das Fall- und Verlegungsmanagement etablieren, die in 2004 nur schwer wieder rückgängig gemacht werden bzw. geändert werden können. Erhebliche Personalkapazitäten werden ohne einen wirklich positiven Effekt im Haus gebunden. Befürworter eines Späteintritts in das DRG-Vergütungssystem erst ab 2004 argumentieren deshalb, dass sie das in vielen Punkten noch anzupassende Optionssystem ohne den für die Wahrnehmung der Option erforderlichen Aufwand einer „doppelten Budgetverhandlung“ nach herkömmlichem und neuem Muster für das Jahr 2003 und ohne die Zwänge und Risiken einer kurzfristig bis Ende Oktober zu treffenden Optionsentscheidung zu internen Simulationszwecken anwenden können. Auf diese Weise könnten Erfahrungen ohne direkte Auseinandersetzung mit den aus den noch offenen Fragen des Optionsmodells resultierenden Reibungsverlusten gesammelt werden.

Komplette Transparenz

Mit der Vorlage des Fallmengenrückstaus und der korrespondierenden Budgetanteile vermittelt das optierende Krankenhaus der Krankenkassenseite sehr weitgehende Informationen. Diese Informationen liegen den einzelnen Kassenarten derzeit nur in Teilen über die jeweilig Versicherten vor, da die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen bisher ihre Daten nicht zusammenführen. Ist das komplette Leistungsspektrum eines Krankenhauses unter Bezug auf das Krankenhausbudget in einem auch nach Aussage des BMG noch sehr unvollständig ausdifferenzierten DRG-Fallgruppensystem nicht annähernd korrekt abgebildet, vermittelte der Basisfallwert einen verzerrten Eindruck von der Effektivität eines Hauses und gibt Anlass zu Fehlinterpretationen.

Krankenhausvergleich nach § 5 BPIV

Für Krankenhäuser, die sich im bisherigen Vergütungssystem mögliche Nachteile im Rahmen des Krankenhausvergleichs nach § 5 BPIV ausrechnen, ergibt sich im DRG-Optionssystem eine Erleichterung. Nach § 3 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG findet der Krankenhausvergleich in der budgetneutralen DRG-Einführungsphase lediglich bei der Beurteilung

Anspruch auf den Mindererlösausgleich in der Schiedsstelle durchzusetzen. Abgesehen davon wird auch der Umstand, dass Krankenhäuser, die bei rückläufigen Fallzahlen ihren Casemix durch ein strategisches Upcoding stabilisieren, mangels diesbezüglicher Ausgleichsregelungen zum möglicherweise unverdienten Gewinner des Optionseinstieges werden können, die Kostenträger dazu veranlassen, solche Häuser gezielt im Rahmen einer Fallprüfung auf Stichprobenbasis nach § 17 c KHG zu analysieren um dort sanktionsfähige Schwachstellen in der Abrechnungs-, Aufnahme- und Entlassungspraxis offen zu legen.

Mehrerlösausgleiche

Mehr als der Mindererlösausgleich dürfte bei der Mehrheit der Krankenhäuser daher die Regelung des Mehrerlösausgleiches bei der Entscheidung über den DRG-Früheinstieg eine Rolle spielen. Diese wird von vielen Krankenhäusern als Chance für eine bessere Finanzierung von im bisherigen System nicht finanzierten Mehrleistungen gesehen. Es muss jedoch grundsätzlich beachtet werden, dass über die vereinfachte Ermittlung des vom Krankenhaus einzubehaltenden Anteils der anrechnungsfähigen „sonstigen Mehrerlöse“ nach § 3 Absatz 6 Satz 4 und 6 KHEntgG lediglich die durch eine Fallzahlausweitung entstandenen Mehrerlöse angerechnet werden können. Alle nicht auf eine Fallzahlausweitung zurück zu führenden Mehrerlöse – egal ob durch eine optimierte Fallkodierung oder durch eine fallzahlneutrale Verschiebung des behandelten Fallspektrums z. B. durch eine Ausweitung von Komplexfällen zu Lasten von Routinefällen mit tatsächlicher Aufwandssteigerung verursacht – werden über das vereinfachte Ermittlungsverfahren für „sonstige Mehrerlöse“ vollständig zu Lasten des Krankenhauses ausgeglichen. Auf dieser Grundlage kann sich jedes Krankenhaus bereits bei Abschluss seiner Pflegesatzverhandlungen zum Optionsmodell 2003 auf Grundlage seines prospektiv festgelegten CMI und krankenhaushausindividuellen Basisfallwerts ausrechnen, dass je zusätzlich behandeltem Fall folgender Mehrerlösanteil einbehalten werden kann:

Einzubehaltender Mehrerlösanteil je zusätzlichem Fall in 2003 = 0,25 x CMI x Basisfallwert

Weil diese Berechnung ohne Rücksicht auf den Schweregrad und Erlös der von der Mengenausweitung betroffenen Fälle bzw. DRG-Fallpauschalen, sondern undifferenziert allein über den prospektiv festliegenden Casemixindex angestellt wird, steht fest, dass zusätzlich erbrachte Fallpauschalen, deren Relativgewicht nicht mehr als 25 Prozent des CMI betragen, vollständig vom Krankenhaus einbehalten werden können. Umgekehrt muss das Krankenhaus bei jeder zusätzlichen Fallpauschale, deren Bewertung diese Marke übertrifft, die darüber hinaus gehenden Kosten selbst tragen. Dies bevorzugt Krankenhäuser, die gezielt Mehrerlöse bei weniger aufwändigen Leistungen anstreben und benachteiligt

Kliniken mit Fallzahlausweitungen im Hochleistungsbereich, in welchem die DRG-Bewertungen ein Vielfaches des krankenhaushausindividuellen CMI ausmachen können. Insbesondere Krankenhäuser der höheren Versorgungsstufen, bei denen die letztgenannte Situation überwiegen dürfte, sollten daher bereits in den ersten Gesprächen mit den Kostenträgern abstimmen, inwieweit ein von der pauschalen vereinfachten Ermittlung der anrechnungsfähigen „sonstigen Mehrerlöse“ abweichender Modus entweder nach

- § 3 Absatz 6 Satz 5 KHEntgG (prospektive Vereinbarung abweichender Mehrerlös-ausgleiche insbesondere für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil) oder nach
- § 3 Absatz 6 Satz 7 KHEntgG (Soweit das Krankenhaus oder eine andere Vertragspartei nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 infolge von Veränderungen der Leistungsstruktur mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen.)

vereinbart werden kann.

Eine Regelung nach § 3 Absatz 6 Satz 5 KHEntgG ermöglicht es, z.B. DRG-spezifisch abweichende Mehrerlösregelungen zu treffen. Da der Wortlaut der Regelung auf „Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil“ abhebt, könnte eine solche auf DRG-Basis festgelegte Regelung z. B. durch Bindung an die jeweils in Frage kommenden OPS-Kodes sogar auf spezifische Leistungen eingegrenzt werden. Dieses würde den Vertragsparteien insbesondere bei sehr leistungsheterogenen DRGs die notwendige Flexibilität für maßgeschneiderte Vertragslösungen einräumen. Zeichnet sich für den Fall einseitiger Mengenausweitungen im stark sachkostenlastigen Hochleistungsbereich wie z. B. in der Herzchirurgie hier keine Einigungsmöglichkeit ab, kann der Verbleib des Krankenhauses im bisherigen Vergütungssystem hinsichtlich der Mehrerlösausgleiche durchaus günstiger sein. Dies ist insbesondere dann gegeben, wenn für die eventuell betroffenen Leistungen im bisherigen Fallpauschalen- und Sonderentgeltsystem, welches solche Leistungen oft spezifischer abbildet als das DRG-System, Entgelte vorliegen, bei denen der Selbstbehalt des Krankenhauses aus Mehrerlösen auf Grund der Festlegungen nach § 11 Absatz 8 Satz 2 weitaus höher ausfällt (teilweise > 60 Prozent des jeweiligen Erlöses) als auf Basis der vereinfachten Ermittlung „sonstiger Mehrerlöse“ im DRG-Vergütungssystem.

Ausgleiche bei Upcoding und Rolle der Kodierqualität

Upcodingeffekte, die zu Mehrerlösen führen, sind nach § 3 Absatz 6 Satz 3 und 5 KHEntG vollständig zu Lasten des Hauses auszugleichen. Dieser Mechanismus wirkt unabhängig davon, ob die Kodierqualität im Budgetzeitraum 2003 stark oder weniger stark ansteigt. Auch das Ausgangsniveau der Kodierqualität, auf deren Grundlage das Krankenhaus in das Optionssystem eintritt und auf dessen Basis das Fallmengengerüst sowie der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert festgelegt werden, spielt beim Ausgleich der Upcoding-Effekte keine Rolle. Krankenhäuser mit schlechter Kodierqualität müssen allerdings beachten, dass sie bei dem daraus resultierenden geringeren CMI und höheren Basisfallwert im Vergleich zu Kliniken mit geringerem Basisfallwert aus Sicht der Kostenträger unattraktiver sind. Je nach regionaler Wettbewerbssituation könnte dies wie bei den Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntG einen Anreiz zur Leistungssteuerung darstellen. Dieses könnte insbesondere Krankenhäusern, die in der Hoffnung auf erhöhte Mehrerlöse auf der Grundlage eines strategisch herunterkodierten CMI in das System starten, einen dicken Strich durch die Rechnung machen. Aus diesem Grunde ist zu erwarten, dass auch schon vor Beginn der Konvergenzphase diejenigen Krankenhäuser die Nase vorn haben werden, die von Seiten der Kodierqualität her gut vorbereitet in das DRG-System einsteigen.

Für Krankenhäuser, deren Investitionskosten weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach dem Hochschulbauförderungsgesetz oder die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Absatz 1 Satz 2 KHG nur teilweise gefördert werden, besteht darüber hinaus ein weiterer Anreiz zum DRG-Einstieg auf der Basis infolge hoher Kodierqualität niedriger Basisfallwerte: Nach § 3 Absatz 5 KHEntG können diese Häuser für neue Investitionsmaßnahmen auf Antrag in ihrem Gesamtbetrag zusätzlich Investitionskosten nach § 17 Absatz 5 Satz 3 KHG in Verbindung mit § 8 BPIV berücksichtigen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass das DRG-Optionsmodell noch eine wesentliche unbekannte Größe aufweist: Die Abrechnungs-, Fehlbelegungs- und Entlassungsprüfungen auf Stichprobenbasis nach § 17 c KHG. Weil die nach Fallprüfungen gemäß § 17 c KHG an die Kostenträger zurückfließenden Beträge nicht dem Mindererlösausgleich des Krankenhauses unterliegen, könnte auf diesem Gebiet auch manch Begehrlichkeit ausgefochten werden. Die Wirkung dieses Kontrollinstruments kann noch nicht genau abgesehen werden, weil das Prüfverfahren erst noch vereinbart werden muss und den Krankenhäusern mit großer Sicherheit erst nach dem Ablauf der Entscheidungsfrist hinsichtlich des Eintritts in das Optionsmodell 2003 bekannt werden wird. Die neuen Fallprüfungen betreffen ab 01.01.2003 zwar gleichermaßen Optionshäuser wie auch die im bisherigen System verbleibenden Krankenhäuser. Die Abrechnungs- und Entlassungsprüfungen werden jedoch speziell auf das DRG-System zugeschnitten und mit ihren Sanktionsmechanismen im Jahr 2003 speziell die Optionshäuser betreffen.

Ansonsten sollte insbesondere für den Nachweis und das Anpassungsverfahren nach § 3 Absatz 6 Satz 7 KHEntG bereits im Vorfeld eine einvernehmliche Methodik abgestimmt werden, die

- Krankenhäuser vor ungerechtfertigten Nachteilen infolge notwendiger fallzahneutraler Umschichtungen mit einseitiger Übergewichtung von Hochleistungs- und Komplexfällen, deren Mehrerlöse trotz realer Aufwandsvermehrung durch das vereinfachte Verfahren zur Ermittlung „sonstiger Mehrerlöse“ vollständig neutralisiert würden sowie die

- Kostenträger vor ungerechtfertigten Nachteilen infolge notwendiger einseitiger Mengenausweitungen von mit unterhalb 25 Prozent des CMI bewerteten Routinefällen gleichermaßen schützt. So kann verhindert werden, dass Krankenhäuser und Kostenträger bei Abschluss des Budgetzeitraums 2003 diesbezüglich jeweils ihre „eigene Rechnung“ aufmachen und sich die Budgetverhandlungen für das Jahr 2004 bis hin zum Schiedsstellenverfahren unnötig erschweren. Das erstgenannte Problem könnte deutlich reduziert werden, indem der vollständige Ausgleich von auf Grundlage einer fallzahneutralen Steigerung des Gesamt-Casemixes entstehenden Mehrerlösenallein auf die isoliert für jede Basis-DRG zu ermittelnde Basis-DRG-spezifische-Casemix-Erhöhung angewendet wird. Dies würde bewirken, dass Upcodingeffekte innerhalb der gleichen Basis-DRG vollständig zu Gunsten der Krankenkassen ausgeglichen werden. Treten allerdings Leistungsverschiebungen zwischen verschiedenen Basis-DRGs, MDC-Partitionen oder gar MDCs auf, welche mehrheitlich nicht auf reine Upcodingeffekte, sondern auf ein tatsächlich geändertes Leistungsspektrum zurück zu führen sein werden, könnten die resultierenden Mehrerlöse wie „sonstige Mehrerlöse“ nach § 3 Absatz 6 Satz 4 behandelt werden und dem Krankenhaus ein Anteil davon verbleiben. Der zweitgenannte Sachverhalt, welcher vornehmlich die Kostenträger betrifft, könnte z. B. durch eine pauschal abgestaffelte Steigerung des Mehrerlösausgleichssatzes nach § 3 Absatz 6 Satz 4 KHEntG geregelt werden, sobald der durchschnittliche Mehrerlös je zusätzlich erbrachtem Fall gewisse Schwellenwerte, insbesondere die 25-Prozent-Marke des prospektiv festgelegten CMI, unterschreitet. Hilfreich wäre in diesem Zusammenhang eine Rahmenempfehlung der Selbstverwaltung auf Bundesebene über ein differenziertes Ermittlungsverfahren für „sonstige Mehrerlöse“ und modifizierte Ausgleichsregelungen. Solange eine solche nicht vorliegt, sind die örtlichen Vertragsparteien hier jedoch noch auf die Entwicklung eigener Lösungen angewiesen.

Fazit

Zur Beurteilung der Chancen aber auch der Risiken, die aus der Wahrnehmung der Option resultieren können, sind neben ökonomischen auch andere Kriterien anzulegen. Ökonomische Kriterien wären Vor- oder Nachteile, die sich aus den besonderen Ausgleichsregelungen für das Jahr 2003 ergeben. Ein über das Jahr 2003 hinaus wirksames ökonomisches Kriterium könnte die verlängerte Vorbereitungsphase für den Echtbetrieb sein. Eine verbesserte Vorbereitung der internen Ablaufstrukturen kann sich insbesondere in den Folgejahren nach 2003 "auszahlen". Wie bei allen Entscheidungen müssen Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen werden. Dabei sind auch insbesondere die hausindividuellen und die regionalen Wettbewerbsbedingungen zu prüfen.

Die Wahrscheinlichkeit, ob sich der Grundsatz „Früh übt sich“ mehr auszahlen wird als das Motto „Aus Problemen anderer zu lernen schmerzt nicht“, muss jedes Krankenhaus individuell abschätzen. Eine pauschale Ablehnung oder Zustimmung zum Optionsmodell scheint nicht angebracht. Da durch den Kompressionseffekt bei der DRG-Kostenkalkulation Maximalversorgungsleistungen und Spezialleistungen nicht adäquat in den Kostengewichten abgebildet sind, müssen Maximal- und Spezialversorger besonders gründlich prüfen, welche Auswirkungen die Wahrnehmung der Optionen auf die Darstellung der Effektivität ihres Hauses hat. Es ist davon auszugehen, dass die Kostenträger die durch das DRG-Optionssystem neu gewonnene Preistransparenz von Anfang an zur Fallsteuerung nutzen werden. Weil der hausindividuell errechnete Basisfallwert gleichermaßen für alle im Haus erbrachten Leistungen gilt, verteuert die ungenügende Berücksichtigung aufwändiger Leistungen im DRG-Katalog bzw. der Kostengewichtskalkulation gleichermaßen auch adäquat kalkulierte und damit korrekt bewertete Leistungen. Inwieweit Krankenkassen dann bereit sein werden, für einen Hüftgelenkersatz oder eine Leistenhernien-OP auch schon in der budgetneutralen Phase in einem Haus vielleicht 40 % mehr als im Nachbarhaus zu bezahlen, wird die Praxis zeigen. Bei der Beurteilung der Sachgerechtigkeit der Bewertung der Leistungen sollten allerdings nicht einzelne Leistungen oder Leistungskomplexe die Entscheidung dominieren, sondern immer die Gesamtsituation des Krankenhauses. Aus diesem Grunde sind die Umsatzzanteile der einzelnen Fallgruppen in die Beurteilung mit einzubeziehen. Der letztendlich unter Berücksichtigung des Fallmengenerrüstes und des korrespondierenden DRG-Budgets errechnete hausindividuelle Basisfallwert spiegelt die Gesamtsituation auch im Wettbewerbsumfeld wider und kann daher als aussagekräftige Kennzahl für die Vorbereitung der Entscheidung herangezogen werden. In jedem Fall ist jedoch der Konsens mit den Kostenträgern über die technische Umsetzung und die einvernehmliche Regelung wichtiger noch offener Fragen die zwingende Voraussetzung dafür, dass der Start in das Optionsmodell 2003 auch ein erfolgreicher Start wird.

Autoren:

Dr. Bernhard Rochell, Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln
Telefon: +49 (0)221-4004-454
Fax: +49 (0)221-4004-455
Email: bernhard.rochell@baek.de
Web: <http://www.bundesaeztekammer.de>

PD Dr. N. Roeder, Universitätsklinikum Münster
Stabsstelle Medizincontrolling des Klinikumsvorstandes
DRG-Research-Group
Domagkstr. 20
48129 Münster
Telefon: +49 (0)251 83-52022
Fax: +49 (0)251 83-52019
EMail: NR@smc.uni-muenster.de
Web: <http://drg.uni-muenster.de>

Dieser Text ist als PDF-Datei im Internet verfügbar unter :

<http://drg.uni-muenster.de/Optionsmodell2003>



www.creative-communication.de

Umdenken heißt umsetzen

Sitzen Sie gut? Oder finden Sie das Umdenken hin zur Einführung des neuen Klassifikationssystems (DRG) unbequem? Zugegeben: Jede Art von Klassifikationssystem hat ihre Eigenheiten, vor denen auch wir Sie nicht gänzlich bewahren können.

Doch daher ist es um so wichtiger für Sie, bei der Umsetzung dieser neuen Anforderungen den richtigen Partner zu haben, der für Sie ein breites Consultingangebot bereithält.

Einen Partner, der Ihnen Anwendungen der neusten Generation bietet, mit denen Sie auch übermorgen noch up-to-date sind.



Von 0 auf 1000 in 1 Sek.

Batchgrouping-Datensätze

Schnell, intelligent, verständlich – so sollte eine innovative Software sein.
Und mit Produktvorteilen, die sich für Sie auszahlen. So und nicht anders
haben wir unseren neuen Grouper konzipiert:

- ▷ **Vorteil Geschwindigkeit** | 1000 Batchgrouping-Datensätze pro Sekunde
- ▷ **Vorteil Sicherheit** | Anzeige der Codiergültigkeit für alle Diagnosen & Prozeduren
- ▷ **Vorteil Übersicht** | Darstellung der DRG-Relevanz für Nebendiagnosen & Prozeduren
- ▷ **Vorteil Integration** | OLE-Schnittstelle für die einfache Einbindung in Ihr KIS-System
- ▷ **Vorteil Cost-Weights-Vergleich** | Verschiedene Kostengewichte hinterlegt
- ▷ **Vom InEK lizenziert**

Jetzt
erhältlich!

3M™ G-DRG Grouper 2.1

[basierend auf der Vers. 1.0 des G-DRG Systems]

30 Jahre weltweite sowie 10 Jahre australische DRG-Erfahrung inklusive.

3M Medica
Zweigniederlassung der
3M Deutschland GmbH
Hauptabteilung 3M HIS Institut
Hammfelddamm 11
41453 Neuss
Telefax 021 31 / 14 42 42
www.3m-drg.de
drg-info@mmm.com



Jetzt Demo-Version anfordern:

T. 021 31/14 42 41

3M Innovation