UKM
Universitätsklinikum Münster

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Abbildung der Pflege in der Krankenhausfinanzierung

Interprofessioneller
Gesundheitspflegekongress
28.04.2017

DRG Research Group
Universitätsklinikum Münster

Judith Babapirali
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster
Mitglied DPR Fachkommission DRG

DRG-Einführung - Ziele des Gesetzgebers

- Leistungsorientierte Vergütung
- Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- Verkürzung der Verweildauern
- mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser
- Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern

DRG-Einführung - Ziele des Gesetzgebers

- Leistungsorientierte Vergütung

Aktuelle Themen der Gesundheitsreform

Qualität

Patientensicherheit

Mengensteuerung

Zuwendung

Etc.

der Krankenhäuser

- Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern

Anreize zur kostenoptimierten Behandlung

- Bewertung der Fallpauschale wird extern vorgegeben
- Nur wenige Entgelte erfordern die Vorhaltung von Strukturen
  - Z.B. Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Ständige ärztliche Verfügbarkeit, Qualifikation des Personals
- Wirtschaftlicher Einsatz sämtlicher Ressourcen (alle Kostenarten) führt zur Verbesserung des ökonomischen Ergebnisses
- Bei hohen Fixkosten ist ein Krankenhaus in der Regel nur dann erfolgreich, wenn die Auslastung der Ressourcen überdurchschnittlich ist

→ (Qualitäts-)Wettbewerb um Patienten

Anspruch an das Management

- Einsparungen um jeden Preis führen zu Qualitätseinbußen
- Im Wettbewerb um den Patienten hat man dann das nachsehen
- Zwischen den Berufsgruppen ausgewogene, leistungsorientierte Personalausstattung muss das Ziel sein

Kalkulation der IST-Kosten

Einheitliche Kalkulationsvorgaben

KALKULATION VON FALLKOSTEN

Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern

InEK

Version 3.0

10. Juli 2007

Prinzip der Kalkulation

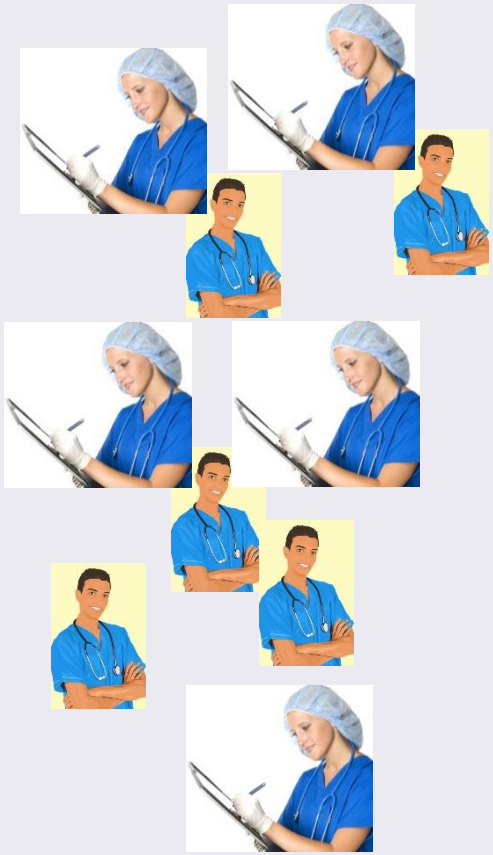
- Vollkosten auf Ist-Kosten-Basis
- Sämtliche DRG relevante Kosten
- Nur **Ist** kein **Soll**
- Pflegedienst wird über PPR oder andere „ähnlich sachgerechte“ Systeme auf die Behandlungsfälle verrechnet

Spezifische Kalkulationsvorgaben

Anlage 5		Personal-kosten ärztlicher Dienst	Personal-kosten Pflegedienst	Personal-kosten med.-techn. Dienst/ Funktions-dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b[1]	5[1]	6a	6b[1]	7	8
Normalstation	1	Pflegetage	PPR-Minuten[2]	Pflegetage	PPR-Minuten[2]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	PPR-Minuten[2]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Intensivstation	2	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung[3]	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Intensivstunden	Intensivstunden
Dialyse-abteilung	3	Gewichtete Dialysen[4]	Gewichtete Dialysen[4]	Gewichtete Dialysen[4]	Gewichtete Dialysen[4]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Gewichtete Dialysen[4]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Gewichtete Dialysen[4]	Gewichtete Dialysen[4]
OP-Bereich	4	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit[5]	nicht relevant	Schnitt-Naht-Zeit/HLM-Zeit mit GZF[6] und Rüstzeit[5]	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit[5]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit[5]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit[5]	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit[5]
Anästhesie	5	Anästhesio-logiezeit[7] und GZF[8]	nicht relevant	Anästhesio-logiezeit[7]	Anästhesio-logiezeit[7]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Anästhesio-logiezeit[7]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Anästhesio-logiezeit[7]	Anästhesio-logiezeit[7]
Kreißsaal	6	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog
Radiologie	9	Punkte lt. Leistungs-katalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs-katalog	Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungs-katalog	Punkte lt. Leistungs-katalog
Laboratorien	10	Punkte lt. Leistungs-katalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs-katalog	Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung[9]	Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungs-katalog	Punkte lt. Leistungs-katalog
Übrige diagnost. und therapeut. Bereiche	11	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungs-katalog

Äquivalenzziffernkalkulation

Summe PPR-Minuten: 1.226.415



Summe Pflegedienst-Kosten: 650.000€

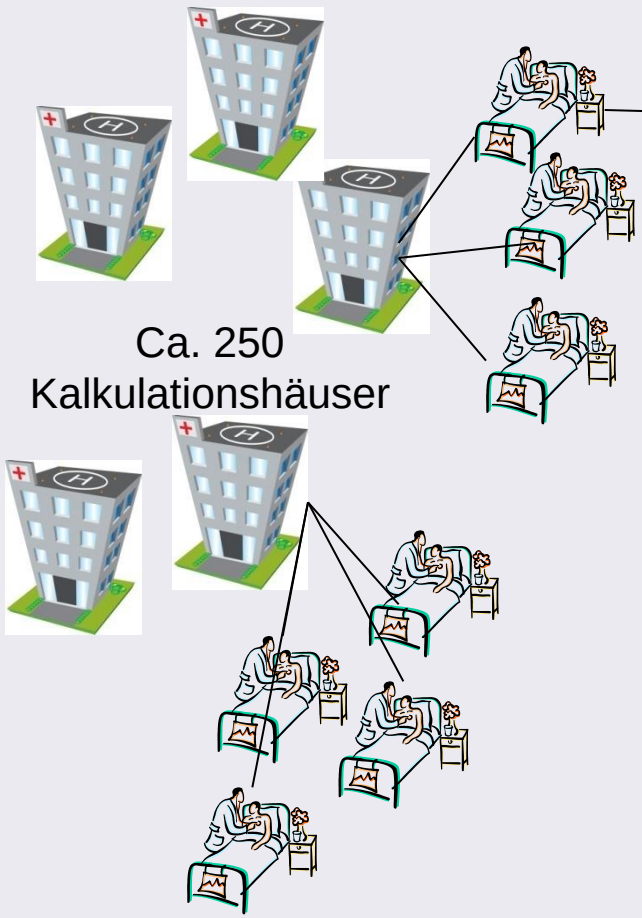
0,53€ je PPR-Minute

DRG Research Group
Universitätsklinikum Münster

Äquivalenzziffernkalkulation

	PPR-Minuten	Verrechnungs-satz	Kosten Pflegedienst
	600	0,53€	318€
	1.100	0,53€	583€
	350	0,53€	185,50€
	2.200	0,53€	1.166€

Von der Kalkulation zur Bewertungsrelation



Modul	Kosten
Ärztlicher Dienst auf Normalstation	125,25€
Pflegedienst auf Intensivstation	270,56€
Implantate im OP	1.270,25€
Nicht medizinische Infrastruktur in der Radiologie	92,75€
Etc. **Fallkosten in 99 Module unterteilt**	

Kosten zu ca. 4 Mio. Fällen

InEK

GROUP
Universitätsklinikum
Münster

Von den Kosten zur Bewertungsrelation

G-DRG-Report-Browser 2016

Datei Daten Report ?

DRG-Filter

MDC: | Hauptdiagnose: | Nebendiagnose: | Prozedur: | Abteilungsart: Hauptabteilung

DRG: eingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P. , Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler

Kennzahlen - F03E

05 MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems — Anz. DRGs: 147 N: 379.566

Fallzahl Normallieger

	2.408
von MDC:	0,63%
von gesamt:	0,09%

Bewertungsrelation

5,648

Verweildauer

Kurzlieger:	1,52%
Normallieger:	89,05%
Langlieger:	9,43%
1. Tag mit Abschlag:	4
1. Tag mit zusätzlichem Entgelt:	26
Mittlere arithmetische Verweildauer:	14,70
Standardabweichung Verweildauer:	5,30

Geschlecht

Anteil (%)

Männlich:	66,82%
Weiblich:	33,18%
Unbestimmt:	0,00%

Fallkosten

Arithmetischer Mittelwert:	16.184
Standardabweichung:	4.075

PCCL

0:	11,34%
1:	7,93%
2:	14,99%
3:	28,53%
4:	32,43%
5:	4,73%
6:	0,04%

Alter (%)

< 28 Tage	0,00%	30-39 Jahre	2,03%
28 T.-1 Jahr	0,00%	40-49 Jahre	5,94%
1-2 Jahre	0,00%	50-54 Jahre	5,81%
3-5 Jahre	0,00%	55-59 Jahre	7,52%
6-9 Jahre	0,00%	60-64 Jahre	10,05%
10-15 Jahre	0,00%	65-74 Jahre	34,63%
16-17 Jahre	0,33%	75-79 Jahre	23,09%
18-29 Jahre	1,54%	>= 80 Jahre	9,05%

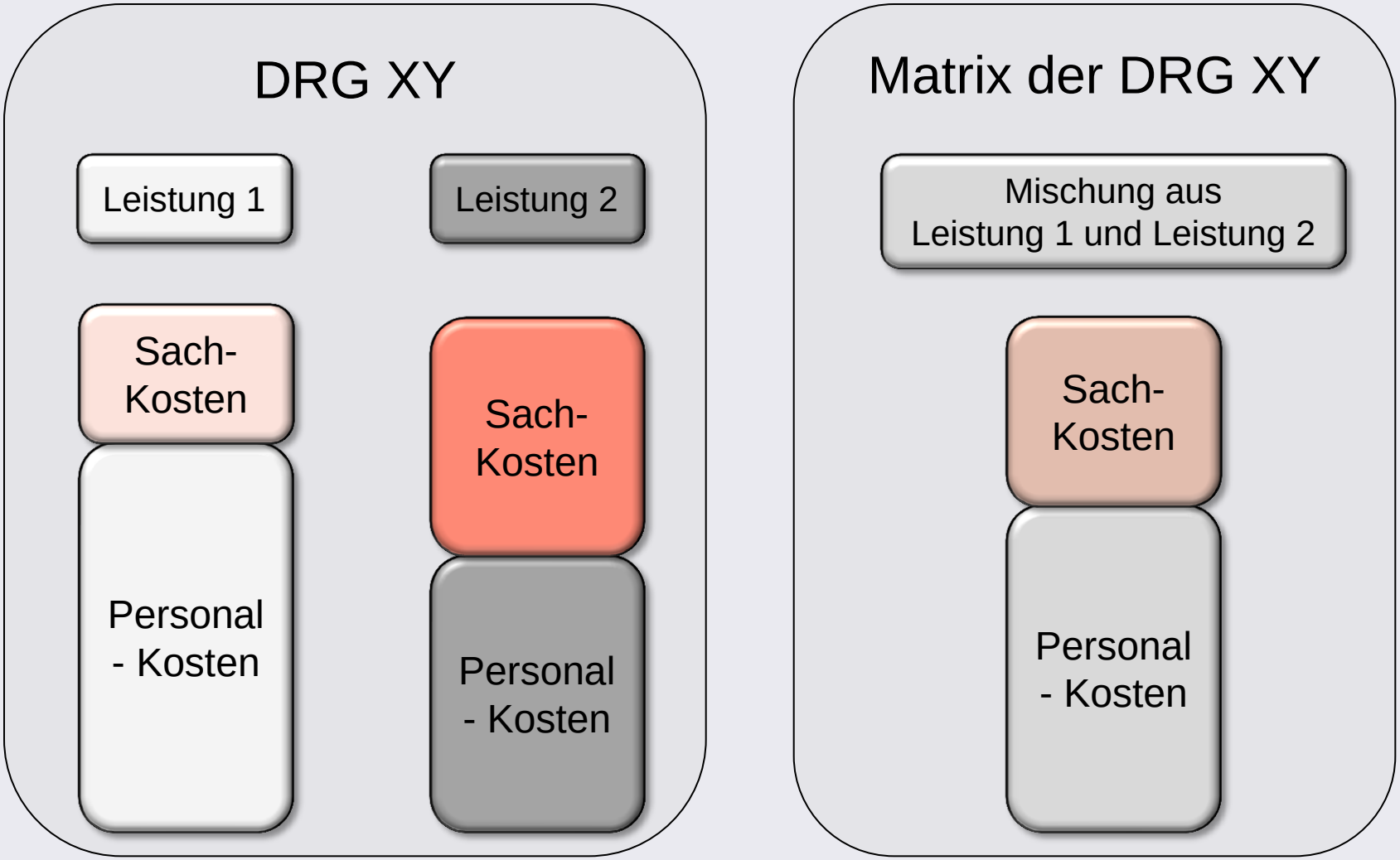
Hauptdiagnosen | Nebendiagnosen | Prozeduren | Kosten

	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8	Summe
01. Normalstation	594,46	1214,23	75,72	[illegible]	53,11		113,56	3,49	351,03	908,65	3.426,80
02. Intensivstation	502,61	1232,52	27,94	112,55	107,25		224,92	5,01	251,36	538,34	3.002,50
04. OP-Bereich	1000,52		945,73	100,81	86,89	1815,19	686,30	1026,17	425,90	628,84	6.716,35
05. Anästhesie	573,37		351,58	52,08	36,09		150,62	26,73	92,81	146,63	1.429,91
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	42,03		46,86	3,38	0,16	22,99	21,34	47,27	19,12	34,29	237,44
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	1,45		1,49	0,04	0,05		0,44	[illegible]	0,47	0,94	5,08
09. Radiologie	64,16		83,29	0,72	0,15	1,37	8,90	[illegible]	32,72	41,21	235,88
10. Laboratorien	39,50		178,13	9,38	246,14		163,71	[illegible]	[illegible]	78,28	779,53
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	91,79	0,73	155,06	1,11	0,03		[illegible]	10,33	[illegible]	59,34	350,85
Summe	2.909,89	2.447,48	1.865,80	392,62	529,87	1.839,55	1.377,60	1.158,57	[illegible]	[illegible]	16.184,34

: Bezugsgröße

DRG Research Group
Universitätsklinikum Münster

Effekte der Mischkalkulation



Folgen inkompletter Kodierung Dekubitus/Delir/Clostridien

S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein
F05.0	Delir ohne Demenz
A04.79	Enterokolitis durch Clostridien
5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert

Gruppierungsergebnis

I47B

Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC= PCCL<4, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff

BWR:2,259

Erlös: 7.627€

I05A

Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC = PCCL4

BWR: 3,251

Erlös: 10.975 €

+ 3348 €

Basisfallwert: 3.376,11 €

C07A Auswirkungen von CC-relevanten Nebendiagnosen, die einen hohen Pflegeaufwand haben (können)

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2014)						
MDC	02	Krankheiten und Störungen des Auges				
DRG	C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)				
PCCL	4	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2014) (GetDRG V14.2.5)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	**5**	1. Tag Abschlag:	**1**	1. Tag Zuschlag:	**8**
	mittl. VWD (arith.):	**3.5**	untere GVWD:	**2**	obere GVWD:	**7**
Kostengewicht	Basiskostengewicht:	0.64	**eff. Kostengewicht:**	**0.64**	(Zuschlag: 0)	
Entgelt	Basisentgelt:	2067.97 €	**eff. Entgelt:**	**2067.97 €**	(Zuschlag: 0.00 €; Basisfallpreis: 3231.2 €)	

Diagnosen (ICD-10-GM 2014)

	Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
	H26.2	Cataracta complicata	N	0	gültig
	D89.3	Immunrekonstitutionssyndrom	N	0	gültig
	H21.5	Sonstige Adhäsionen und Abriss der Iris und des Ziliarkörpers	N	0	gültig
	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	N	0	gültig

Prozeduren (OPS Version 2014)

	Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
	5-144.5a:r	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	J	OP	5-144.5a:r
	5-137.1:r	Andere Operationen an der Iris: Iridoplastik, chirurgisch	J	OP	5-137.1:r

DRG-Grafik

C07A Auswirkungen von CC-relevanten Nebendiagnosen, die einen hohen Pflegeaufwand haben (können)

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2014)						
MDC	02	Krankheiten und Störungen des Auges				
DRG	C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)				
PCCL	4	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2014) (GetDRG V14.2.5)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	**5**	1. Tag Abschlag:	**1**	1. Tag Zuschlag:	**8**
	mittl. VWD (arith.):	**3.5**	untere GVWD:	**2**	obere GVWD:	**7**
Kostengewicht	Basiskostengewicht:	0.64	**eff. Kostengewicht:**	**0.64**	(Zuschlag: 0)	
Entgelt	Basisentgelt:	2067.97 €	**eff. Entgelt:**	**2067.97 €**	(Zuschlag: 0.00 €; Basisfallpreis: 3231.2 €)	

Diagnosen (ICD-10-GM 2014)

Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
H26.2	Cataracta complicata	N	0	gültig
D89.3	Immunrekonstitutionssyndrom	N	0	gültig
H21.5	Sonstige Adhäsionen und Abriss der Iris und des Ziliarkörpers	N	0	gültig
H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	N	0	gültig
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	N	2	gültig
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	N	4	gültig
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	N	1	gültig
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	N	3	gültig

Keine Gruppierungs-relevanz

Prozeduren (OPS Version 2014)

Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-144.5a:r	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	J	OP	5-144.5a:r
5-137.1:r	Andere Operationen an der Iris: Iridoplastik, chirurgisch	J	OP	5-137.1:r

DRG-Grafik

C07A Auswirkungen von CC-relevanten Nebendiagnosen, die einen hohen Pflegeaufwand haben (können)

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2014)

MDC

DRG

PCCL

Verweilda

Kostenge

Entgelt

Diagnose

gültig
gültig
gültig
gültig
gültig
gültig
gültig
gültig

Keine Gruppi relev

Allerdings ist aus Sicht der Vergütungsgerechtigkeit nur dann eine Differenzierung erforderlich, wenn ein Schieflage in der Verteilung der Patienten mit und ohne Komorbiditäten zwischen den Krankenhäusern besteht !

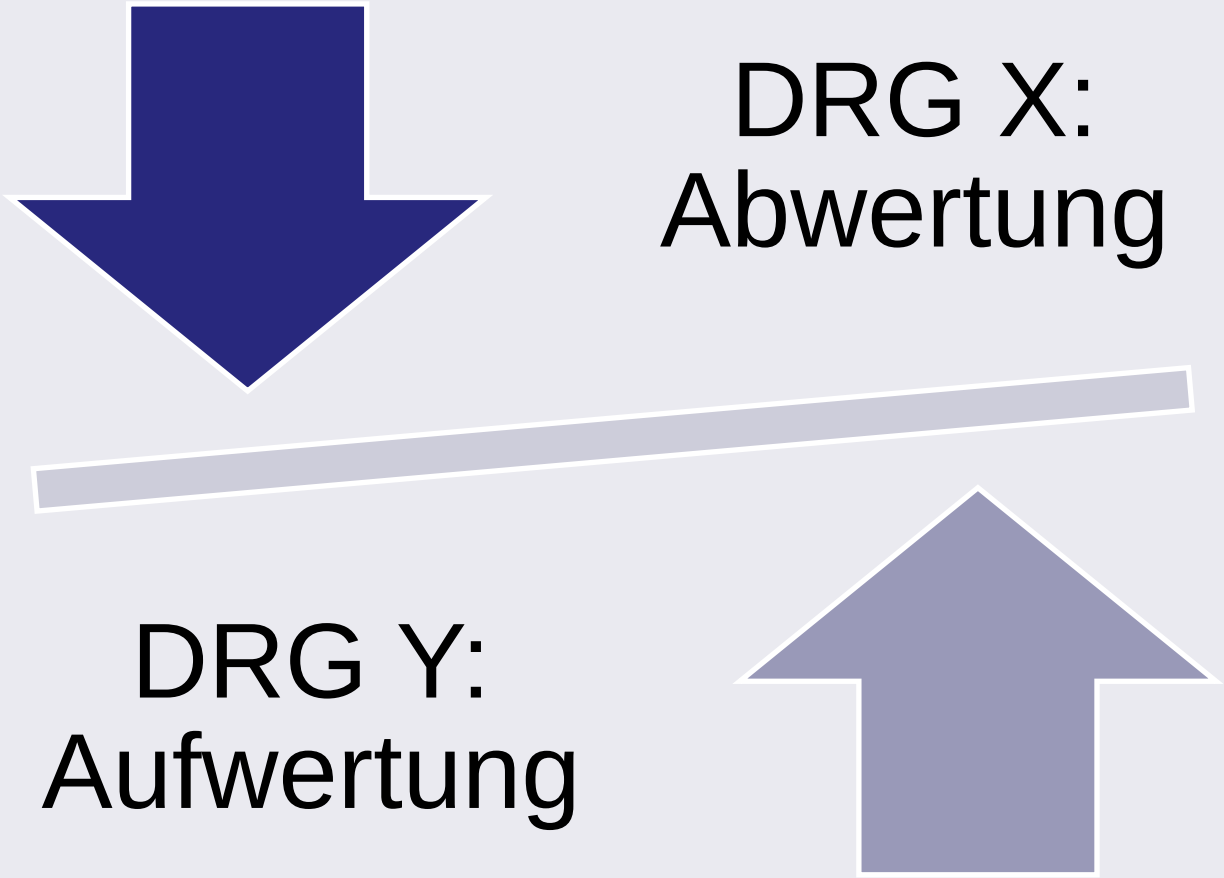
Stichwort: Mischkalkulation

Prozeduren (OPS Version 2014)

	Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
	5-144.5a:r	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	J	OP	5-144.5a:r
	5-137.1:r	Andere Operationen an der Iris: Iridoplastik, chirurgisch	J	OP	5-137.1:r

DRG-Grafik

Effekte einer angepassten Kostenzuordnung und Kostensteigerungen



Zusammenfassung

- Das DRG-System wird auf Ist-Kosten kalkuliert
- Förderprogramme sollten Personal gezielt dort aufbauen, wo der Bedarf am größten ist
  - Dort entstehen dann „Ist-Kosten“, die in der DRG-Systementwicklung berücksichtigt werden können
- Wenn der Bedarf operationalisiert darstellbar ist, bietet das DRG-System ausreichend Freiheitsgrade zur zielgerichteten Abbildung der Pflegeleistungen
- Noch mehr Bürokratie durch Aufbau von Parallelsystemen sollte vermieden werden

Pflegepersonalausstattung: Was bringt das KHSG

KHSG -Krankenhausstrukturgesetz

Wesentliche Inhalte

- Fixkostendegressionsabschläge
- Veränderungen Verhandlung LBFW
- **Veränderungen DRG-Kalkulation**
- **Pflegestellenförderprogramm**
- **Pflegezuschlag**
- Einführung Qualitätsverträge
- Überarbeitete Mindestmengenregelung
- Unangemeldete MDK-Kontrollen
- Neue Inhalte Qualitätsberichte
- Refinanzierung von G-BA-Beschlüssen
- Neuregelungen Zentrumszuschlag
- Innovationsfond
- Weiterentwicklung Orientierungswert
- Verlängerung Hygieneförderprogramm
- Teilweise Refinanzierung von Tarifabschlüssen
- Vorgaben Chefarztverträge
- Abschaffung Schlichtungsausschüsse

Krankenhausstrukturgesetz

Pflegestellen-Förderprogramm und Pflegezuschlag

Die Schwerpunkte des Gesetzes, u.a.:

Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.

Der **Versorgungszuschlag** von 500 Millionen Euro wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflege-ausstattung vorzuhalten.

Eine bereits eingerichtete Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein ***erhöhter Pflegebedarf*** von ***demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten*** und der ***allgemeine Pflegebedarf*** in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die **Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms**, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

Hoch pflegeaufwendige Patienten
Ausgangssituation

- Patienten mit hohem Pflegebedarf und hohem Pflegeaufwand sind oft mit hohen Kosten verbunden.
- Fälle müssen sicher und trennscharf in den Kalkulationsdaten zu identifizieren sein.
  - ⇨ Attribute, die erhöhten Pflegebedarf und erhöhten Pflegeaufwand beschreiben, z.B. PKMS
  - ⇨ Attribute, die einen erhöhten Pflegebedarf beschreiben und in der Höhe abschätzbar machen, z.B. Barthel-Index
  - ⇨ Attribute, die einen möglichen erhöhten Pflegebedarf beschreiben, aber nicht qualifizieren, z.B. Diagnosekodes

Fazit InEK: „Die verbesserte Abbildung der hochaufwendigen Pflege steht im Fokus der weiteren Entwicklung der Entgeltsysteme“ Quelle: InEK 2016

Hoch pflegeaufwendige Patienten
Ausgangssituation

- Instrumente zur Quantifizierung motorischer und kognitiver Funktionseinschränkungen:
- - Barthel- Index (motorisch / kognitiv)
- - Functional Independence Measure (FIM)
- - MMSE (Mini Mental State Examination)

- dienen der patientenindividuellen Einschätzung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- ermöglichen breite Erfassung des individuellen Pflegebedarfs

Quelle: InEK 2016

Hoch pflegeaufwendige Patienten
Ergebnis

- Trotz Schieflage Aufwertung wo immer aufgrund von Kosten und Fallzahlen möglich
- Allerdings nur Berücksichtigung höherer Schweregrade möglich

- - U50.4- Schwere motorische Funktionseinschränkung
- - U50.5- Sehr schwere mot. Funktionseinschränkung
- - U51.2- Schwere kognitive Funktionseinschränkung

- Aufnahme in CCL-Matrix (Wert 1)
- Bewertung in 22 Basis-DRGs möglich

Quelle: InEK 2016

Hoch pflegeaufwendige Patienten
Ergebnis

- Trotz Schieflage Aufwertung wo immer aufgrund von Kosten und Fallzahlen möglich
- Allerdings nur Berücksichtigung höherer S[illegible]regrade möglich

- - U50.4- Schwere m[illegible]ränkung
- - U50.5- Sehr[illegible]chränkung
- - U51.2- S[illegible]einschränkung

- Aufnahme in CCL-Ma[illegible])
- Bewertung in 22 Basis-D[illegible]s möglich

Nur einmal pro Aufenthalt zu erfassen!

Quelle: InEK 2016

9-984 Pflegebedürftigkeit

✓ Seit 2016 zu kodieren

9-984	**Pflegebedürftigkeit**
	Hinw.: Diese Kodes sind für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einem Pflegegrad zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes der Pflegegrad, ist der Kode für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstuf en Pflegegrad vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Kode 9-984.b anzugeben. Wurde Höherstufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist neben dem zutreffenden 9-984.9 zusätzlich der Kode 9-984.b anzugeben
9-984.6	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-984.7	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
9-984.8	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
9-984.b	Erfolgter Antrag auf Einst

©DIMDI, OPS Katalog 2017

Zudem steht mit dem Prozedurencode (OPS) ***9-984 „Pflegebedürftigkeit“*** seit dem 1. Januar 2016 auch im Bereich der Somatik eine Kodierung zur Verfügung, anhand derer der Pflegegrad von Patientinnen und Patienten erfasst werden kann. Der Pflegegrad wird auf diese Weise in die DRG-Kalkulation für das Jahr 2018 einbezogen.

9-984 Pflegebedürftigkeit PEPP

- Differenzierte Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit (bis 2016 Pflegestufe, ab 2017 Pflegegrade)
- Pflegestufe 1 / Pflegegrad 2 erstmalig berücksichtigt
- Berücksichtigung in weiteren PEPP
- Differenzierte Berücksichtigung ab Pflegegrad 4 in PA15A

<table>
<tr><td>Pflegestufe I</td><td>Pflegegrad 2</td><td></td><td>PA02B</td><td rowspan="3">PA03A</td><td>PA04B</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Pflegestufe II</td><td>Pflegegrad 3</td><td rowspan="2">PA01A</td><td rowspan="2">PA02A</td><td rowspan="2">PA04A</td><td rowspan="2">PA14A</td><td>PA15B</td></tr>
<tr><td>Pflegestufe III (+H)</td><td>Pflegegrad 4 + 5</td><td>PA15A</td></tr>
</table>

Quelle: InEK 2016

Hoch pflegeaufwendige Patienten
Ausblick

- Begrenzte, aber nicht unbedeutende Aufwertung des Barthel-Index und weiterer Indizes für Funktionseinschränkungen und damit Pflegebedarf
- Weitere Analysen in den folgenden Kalkulationen
- ab Datenjahr 2016 liefern OPS-Kodes für Pflegestufen/Pflegegrade weitere Informationen

⇨ Ausblick InEK:„Berücksichtigung ersetzend wie auch ergänzend denkbar“

⇨ DAHER WICHTIG: OPS-Kodes für Pflegestufen/Pflegegrade (9-984 Pflegebedürftigkeit) und U50/51 Motorische/kognitive Funktionseinschränkung müssen auch kodiert werden

Quelle: InEK 2016

Aufwendige Behandlung Extremkostenfälle

- Die Fälle mit kostenauffälligen Leistungen zeigten erheblich unterschiedliche Mehrkosten
- Umsetzung in 19 DRGs der medizinischen Partition, in der Regel als Ergänzung bereits bestehender Splitkriterien

Tabelle	Beispielhafte Inhalte
„Hochaufwendige Behandlung“	Lange kontinuierliche Dialysen, Super-SAPS und Kinder-SAPS ab 369 / 393 Punkten, SAPS ab 553 Punkten, PKMS ab 159 Punkten (Kinder ab 130 Punkten)
„Aufwendige Behandlung“	Transfusionen ab 15 EK/TK, Super-SAPS und Kinder-SAPS ab 185 / 197 Punkten, SAPS ab 369 Punkten, Stroke Unit ab 72 Stunden, PKMS ab 101 Punkten (Kinder ab 72 Punkten)
„Mäßig aufwendige Behandlung“	Komplett parenterale Ernährung, Komplexbehandlungen bei Epilepsie / Parkinson / MRE / Rheuma / Palliativ, Stroke Unit bis 72 Stunden, PKMS Erwachsene ab 72 Punkten

Quelle: InEK 2016

Auswirkungen KHSG
Sachkostenkorrektur

- Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015

⇨ § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG: sachgerechte Korrektur der Bewertungsrelationen zur Vermeidung systematischer Übervergütung der Sachkosten (Sachkostenkorrektur)

- Hintergrund des Auftrages ist eine „Hebelwirkung“ im DRG-System:
  - im Unterschied zu in Euro bewerteten Zusatzentgelten, die nach den kalkulierten Ist-Kosten vergütet werden
  - erfahren Sachkosten zur Abrechnung innerhalb einer DRG durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem abzurechnenden Landesbasisfallwert einen „Hebel“ auf ihre Ist-Kosten

Kalkulation der Bewertungsrelationen
Beispiel (ReportBrowser)

	ÄD	PD	MTD							
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
01. Normalstation	813,56	1661,77	76,29	93,82	3,78		93,83	12,10	308,44	1362,71
02. Intensivstation	2,91	5,55	0,14	0,46			0,76	0,04	0,88	2,64
04. OP-Bereich	0,36		0,28	0,02			0,26	0,05	0,23	0,27
05. Anästhesie	0,44		0,24	0,02			0,06		0,04	0,12
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,41		0,23	0,01		0,02	0,14	0,09	0,05	0,17
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	7,39		4,36	0,19		0,01	1,85	0,43	2,41	4,40
09. Radiologie	37,91		49,61	0,37	0,04	0,08	6,01	27,43	14,66	35,30
10. Laboratorien	4,73		30,17	1,83	6,38		21,72	43,63	3,29	11,73
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	73,03	5,97	530,50	1,43	0,01		20,05	74,83	28,77	192,49

Personalkosten

Sachkosten

Infra-
struktur-
kosten

Quelle: InEK 2017

G-DRG-Report-Browser
Kostenmatrix

Personalkosten Aufwertung

Personal-/ Infrastrukturkosten Aufwertung

	Personalkosten			Sachkosten			Pers.-u. Sachkosten	
Kostenbereich	**Ärztlicher Dienst**	**Pflege-dienst**	**Medizinisch-technischer Dienst/ Funktionsdienst**	**Arznei-mittel**	**Implantate/ Transplantate**	**Sachkosten übriger medizinischer Bedarf**	**medizinische Infrastruktur**	**nicht-medizinische Infrastruktur**
01. Normalstation								
02. Intensivstation								
04. OP-Bereich								
05. Anästhesie								
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie								
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie								
09. Radiologie								
10. Laboratorien								
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche								

Sachkosten Abwertung

Anpassungen DRG-Kalkulation
Sachkostenkalkulation

- Ergebnis der Sachkostenkorrektur:
-
- Personalkostenaufwertung von durchschnittlich +1,31%
- Aufwertung der Infrastrukturkosten von durchschnittlich +1,31%

Sachkostenkorrektur führt zu einer Aufwertung von Leistungen/DRGs mit geringem Sachkostenanteil
In erster Linie DRGs mit sehr hohem Anteil an Pflegekosten
Dies wirkt zum einen systemweit, zum anderen wird die Aufwertung besonders pflegeaufwendiger Patienten zusätzlich unterstützt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

DRG RESEARCH GROUP
Universitätsklinikum Münster