

Fortschritt erLeben

Februar 2017
Seite 1

EDITORIAL.

Sehr geehrte Damen und Herren,



die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und das damit einhergehende Studium mit den Änderungen wird ab dem Jahr 2017 wieder ein wenig komplexer. Hierzu sorgen schon die durch das

Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten Maßnahmen zur Mengensteuerung im Krankenhaus. Unsere Mitgliedsunternehmen berichten in diesem Zusammenhang von einer zunehmenden Unsicherheit und fehlenden Klarstellung zu den Auswirkungen der neuen Regelungen auf die Versorgung mit hochwertigen Medizinprodukten.

Der Hintergrund: Seit dem Jahr 2004 erstellt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Katalog für eine Vergütung der Behandlungsleistungen im Krankenhaus auf der Basis von Behandlungsfallpauschalen, sog. DRGs und Zusatzentgelte. Mit dem KHSG wurden nun ohne empirische Datengrundlagen komplette Behandlungsverfahren unter Generalverdacht gestellt, überfinanziert oder unnötig erbracht zu werden und teilweise in der Vergütung eingeschränkt. Gleichwohl sind Fallzahlsteigerungen hauptsächlich begründet mit der demographischen Entwicklung, dem medizinischen Fortschritt und einem geänderten Anspruchsverhalten der Patienten.

Die vorliegende Ausgabe des Newsletters „Fortschritt erLeben“ widmen wir den Fragen zu den Auswirkungen des KHSG auf die Vergütung der Medizinprodukte im G-DRG-System. Weitere vertiefende Informationen bietet Ihnen unsere Broschüre auf unserer Website: www.bvmed.de

Mit freundlichen Grüßen

JOACHIM M. SCHMITT
Geschäftsführer und
Vorstandsmitglied des BVMed

HINTERGRUND.

Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2017

1

Welche Auswirkung hat die Sachkostenkorrektur für mein Verfahren?

Die Bewertung der Vergütung über pauschalisierte DRGs wird mit den Ist-Kosten der Kalkulationskrankenhäuser ermittelt und daraus der DRG-Katalog erstellt. Mit dem KHSG werden pauschal auf alle DRGs angenommene Übervergütungen auf der Sachkostenseite zugunsten von Personal und Infrastruktur abgewertet. Die Abkehr vom Ist-Kostenansatzes der DRG-Kalkulation kann bei der isolierten Betrachtung der Sachkostenkorrekturwerte zu Fehlinterpretationen führen.

Die DRG ist eine Pauschalvergütung. Sie ist nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte abzubilden. Auch der G-DRG-Report-Browser weist keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Es handelt sich somit immer noch um Kostenmittelwerte ggf. mehrerer Verfahren und Produkte innerhalb einer DRG. Die Sachkostenkorrektur-Prozentwerte sind isoliert betrachtet irrelevant. Nur der Erlösvergleich zum Vorjahr, unter Berücksichtigung einer krankenhausespezifischen Kostenträgerrechnung oder Prozesskostenanalysen, lässt eine Beurteilung der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit eines einzelnen Behandlungsverfahrens zu.

Unbewertete DRGs oder nicht mit DRG vergütete Leistungen, Zusatzentgelte und NUB sind von der Sachkostenkorrektur ausgenommen. Eine umfassende Analyse der DRG-Kostenbestandteile der eigenen Leistungserbringung kommt eine wichtige Bedeutung zu, um Fehlsteuerungsanreize in der Versorgung zu vermeiden.

2

Was ändert sich durch die Absenkung oder Abstufung von DRGs mit angenommener wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerung für mich?

Der Gesetzgeber hat wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen unterstellt, die nicht nur auf medizinischer Notwendigkeit beruhen. Dementgegen belegen Zahlen im Weißbuch Endoprothetik keine Fallzahlensteigerungen der Hüft- und Knieendoprothetik seit dem Jahr 2007. Diese Ergebnisse werden durch eine weitere Untersuchung des Universitätsklinikums Münster bestätigt. Es ergibt sich kein Hinweis auf einen „systematischen“ Fehlanreiz durch das G-DRG-System, der zu einem relevanten Anteil an ökonomisch-determinierten Fallzahlausweitungen geführt hätte.

Folgende Fallpauschalen wurden von der Selbstverwaltung ausgewählt: operative Eingriffe an der Wirbelsäule (I10D-I10H), primäre Hüftendoprothetik (I47C) und konservative Behandlung der Wirbelsäule (I68D, I68E). Für die konservative Behandlung der Wirbelsäule werden die Bewertungsrelationen bei krankenhausespezifischer Überschreitung einer festgelegten Median-Fallzahl abgestuft.

Die Pauschalvergütung „DRG“ bildet einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte nicht ab. Der Erlösvergleich mit dem Vorjahr, unter Berücksichtigung krankenhausespezifischer Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen, ist vorzuziehen. Krankenhäuser deren Fallzahl im Kalkulationsjahr mit abgestuften Bewertungsrelationen (I68D und I68E) unter oder auf dem Median lag, können eine Meldung an das InEK machen, die diese an die Krankenkassen meldet. Diese Krankenhäuser können weiterhin die nicht abgesenkte "normale" Bewertungsrelation für diese DRGs abrechnen.

Achtung
Ausnahme-
tatbestände
für MedTech



Schwerpunkte des KHSG

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat die Bundesregierung die im Koalitionsvertrag vereinbarte Krankenhausreform umgesetzt. Zentrale Themen des Krankenhausstrukturgesetzes sind die Qualitätssicherung im Krankenhaus, die Krankenhausplanung und die Sicherung der Finanzierung der Betriebskosten.

KHSG
www.gesetze-im-internet.de

Fallpauschalenkatalog
www.g-drg.de

Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und Report Browser
www.g-drg.de

Alles neu in 2017 – DRG-Kalkulation 2.0, Das Krankenhaus 1.2017
www.dkgev.de

Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2017



Welche Auswirkung hat der Fixkostendegressionabschlag auf meine prospektiv (geplante) Mehrleistung im Krankenhaus?

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ersetzt den Mehrleistungsabschlag, um die Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene zu verlagern. Kostenvorteile, durch Erbringung zusätzlicher Leistungen mit vorhandenen Strukturen und Personal, sollen bei dem Krankenhaus berücksichtigt werden, welches diese Leistung vereinbart hat.

Der Abschlag ist bundeseinheitlich auf 35 % für die Dauer von drei Jahren festgesetzt. In den Jahren 2017 und 2018 kann für Leistungen mit einer höheren Fixkostendegression oder für Leistungen mit erhöhten wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen, soweit es sich nicht um bereits abgesenkte oder abgestufte Leistungen handelt, ein höherer Abschlag von maximal 50 % über einen längeren Zeitraum vereinbart werden.

Medizinprodukte sind im Krankenhaus variable Kosten und keine Fixkosten. Diese variablen Kosten sollen nach Wunsch des Gesetzgebers weiterhin finanziert werden. Eine Analyse der tatsächlich betroffenen DRG wird empfohlen; insbesondere der Kostenbestandteile von Misch-DRGs. Hierbei sollte der Fixkostenanteil / die Fixkostendegression für ein sachgerechtes und für alle Seiten faires Verhandlungsergebnis (Abschlagshöhe) je DRG oder Methode ermittelt werden. Kostenträgerrechnungen und Prozesskostenanalysen können eine gute Unterstützung sein.

Der FDA gilt nicht für:

- > ambulante Leistungen im Krankenhaus
- > unbewertete DRGs, Zusatzentgelte, NUB-Entgelte oder nicht mit DRG vergütete Leistungen
- > bereits abgesenkte oder abgestufte DRGs
- > vom InEK ausgewiesene DRGs mit zwei Drittel Sachkostenanteil

Wirkung von Mehrleistungsabschlag (MLA) vs. Fixkostendegression (FDA)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
MLA	25 %*	25 %*	25 %*						
	100 % im Budget								
MLA		25 %*	25 %*	25 %*					
	100 % im Budget								
FDA			35 %*	35 %*	35 %*				
	100 % im Budget								
FDA höher vereinbart			max. 50 %	max. 50 %	max. 50 %				
	... ggf. über längeren Zeitraum								

Unser neuer Leitfaden zum KHSG

Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2017

Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

Vergütungsregelungen für Medizintechnologien im Krankenhaus

www.bvmed.de