

Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.



Corona und die Krankenhausfinanzierung

Das Jahr 2020 stand ganz im Zeichen der Corona-Pandemie. Viele geplante Änderungen und Neuerungen in der Krankenhausfinanzierung wurden dadurch zeitlich verschoben oder ausgesetzt. Auch in 2021 wird die Corona-Pandemie voraussichtlich noch einen erheblichen Einfluss auf das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern sowie die Leistungsabrechnung haben.

Rheumakliniken werden vermutlich teilweise weiterhin von einem erheblichen Fallzahlrückgang betroffen sein, unter anderem auch, weil Patienten aus Furcht vor einer COVID-19-Infektion einen Krankenhausaufenthalt meiden. Eine steuerfinanzierte Freihaltepauschale, die höher ist als ein Erlös aus der Behandlung von Patienten, wird es jedoch sicherlich nicht noch einmal geben. Neben der Frage nach einem Defizitausgleich am Ende des Jahres wird damit auch zunehmend die Sicherung der Liquidität in den Vordergrund rücken. Die finanziellen Unsicherheiten werden noch dadurch verstärkt, dass wichtige Faktoren der Finanzierung in den Entgeltverhandlungen vereinbart werden müssen. Unterjährige Budgetvereinbarungen werden jedoch zunehmend seltener. Auch hier hemmen Komplexität und Rechtsunsicherheiten Lösungsmöglichkeiten vor Ort.

Die Corona-Pandemie hat die Akzeptanz des G-DRG-Systems als Instrument der Krankenhausfinanzierung weiter geschwächt. Viele Akteure fordern eine Abschaffung oder zumindest eine grundlegende Reform der Krankenausfinanzierung. 2021 ist Wahljahr und sukzessive werden neue Ideen zu einer veränderten Post-Corona-Krankenhausfinanzierung in den Ring geworfen. Bis zur Bundestagswahl hingegen sind nur noch coronabedingte Adjustierungen in Finanzierungsfragen zu erwarten. Eine größere Reform der Krankenhausfinanzierung wird aufgrund der Komplexität bestenfalls in der nächsten Legislaturperiode angesto-

ßen werden können. Auch die DRGs wurden über einen viele Jahre dauernden Zeitraum eingeführt.

Parallel findet eine Diskussion über die Finanzierung der Investitionskosten und die Krankenhausplanung statt. Während der Bundesrechnungshof eine Zusammenführung von Krankenhausplanungs- und Finanzierungsverantwortung (mit einhergehendem Mitspracherecht des Bundes und der Krankenkassen) fordert, versucht das Bundesland Nordrhein-Westfalen durch Abkehr von der Bettenplanung und einem stärkeren Leistungsbezug bzw. einer stärkeren Leistungsteuerung einen Strukturwandel auf Landesebene herbeizuführen. Ob die Krankenhausplanung in NRW als Blaupause für andere Bundesländer dienen kann und letztlich auch zu einer adäquaten Finanzierung der Investitionskosten führen wird, wird sich noch zeigen müssen. Zeit und Geld werden knapper. Ungesteuerte Marktaustritte von Krankenhäusern können die Folge sein.

Der „Pflerix“ und das neue aG-DRG-System

Die aG-DRG-Systemversion 2021 ist die 2. DRG-Systemversion, die ohne Pflegepersonalkosten kalkuliert wurde. Bei der Kalkulation zeigte sich, dass die engen zeitlichen Vorgaben des Gesetzgebers gepaart mit einer fehlenden präzisen Definition von „Pflege am Bett“ zu erheblichen Problemen bei der Kalkulation und Normierung des aG-DRG-Systems geführt haben. Dennoch ist am Ende eine Vereinbarung der neuen aG-DRG-Systemversion gelungen. Ob die gewünschte Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Ebene des DRG-Systems und der Verhandlung des Pflegebudgets auf Ortsebene schlussendlich gelingt, bleibt abzuwarten. Der Nutzen des komplexen Zusammenspiels im Hinblick auf möglicherweise er-

neute Mindererlösausgleiche aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie ist zu hinterfragen. Sicherlich werden die Kostendaten aus 2020 und 2021 für die Kalkulation der zukünftigen G-DRG-Systemversionen und der Pflegeentgelte wenig repräsentativ sein. Auch Kennzahlen, wie der geplante Pflegepersonalquotient, lassen sich mit Kostendaten aus der Zeit der Corona-Pandemie kaum sachgerecht berechnen.

Der Blick auf den aG-DRG-Fallpauschalenkatalog 2021 und die tagesbezogenen Pflegeentgelte offenbart jedoch erneut, dass aus den typisch rheumatologischen G-DRGs sehr wenig Pflegepersonalkosten ausgegliedert wurden. Die rheumatologischen G-DRGs I66E, I66G, I69A, I79Z und I97Z gehören zu den 11 G-DRGs (1 %) mit den niedrigsten tagesbezogenen Pflegeerlösen aller 1225 bewerteten vollstationären DRGs. Die G-DRG I79Z (Fibromyalgie) weist dabei sogar die zweitniedrigste und die G-DRG I97Z (Rheumatologische Komplexbehandlung) die drittniedrigste tagesbezogene Pflege-Bewertungsrelation aller vollstationären DRGs auf. Entsprechend gehen nicht so viele Erlöse durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten verloren wie bei anderen G-DRGs. Von der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen der „Inneren Medizin“ betroffene Rheumakliniken werden hingegen unter Umständen zu einer medizinisch-pflegerischen Fehlallokation von Pflegepersonal gezwungen.

Klassifikatorische Änderungen an den „rheumatologischen“ DRGs gab es für 2021 kaum. Lediglich in der Basis-DRG I66 wurden kinderrheumatologische Fälle teilweise höher bewerteten DRG-Splits (I66C/D) zugeordnet. Die Bewertungsrelationen der häufig abgerechneten rheumatologischen DRGs (I69A, I66G und I97Z) weisen geringere Veränderungen auf als in den Vorjahren. Teilweise kam es zu leichten Abwertungen, die jedoch durch die Absenkung der oberen

Grenzverweildauern (und damit früheren Langliegerzuschlägen) in vielen DRGs kompensiert werden könnten.

Teilstationäre pädiatrische DRGs

Für 2021 wurde eine eigene Hauptdiagnosekategorie (MDC 25) mit 10 DRGs (740Z–749Z) ausschließlich für die teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung geschaffen. Für die Abrechnung ist die Kodierung von OPS-Zusatzcodes erforderlich, für deren Kodierung wiederum die Erfüllung von Struktur- und Mindestmerkmalen gefordert wird. Zwingende Voraussetzung für die Kodierung der relevanten OPS-Zusatzcodes ist das Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses. Die Vergütung für sämtliche teilstationäre pädiatrische DRGs ist krankenhaushausindividuell zu verhandeln. Über die neue teilstationäre DRG 748Z können auch bestimmte Injektionen (z. B. Gelenk/Schleimbeutel), Transfusionen und Infusionen durch Kinder-Rheumatologen bei Autoimmunerkrankungen abgerechnet werden.

Im Kontext der Corona-Pandemie und der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten dürfte der Einfluss der Änderungen des

neuen aG-DRG-Systems auf die wirtschaftliche Situation der Rheumakliniken begrenzt sein. Allenfalls kinder- und jugenderheumatologische Einrichtungen können auf eine nennenswert bessere Erlössituation über das G-DRG-System hoffen.

2021 wird weiter von vielen finanziellen Unsicherheiten geprägt sein. Nach der Bundestagswahl werden voraussichtlich die sinkenden Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend Einfluss auf die Krankenhausfinanzierung nehmen.

Dr. med. Wolfgang Fiori, DRG-Research-Group, Roeder & Partner – Ärzte Part G, Am Dorn 10, 48308 Senden

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek

Prof. Dr. med. Norbert Roeder, DRG-Research-Group, Roder & Partner – Ärzte Part G, Am Dorn 10, 48308 Senden

Literatur

- [1] Bundesrechnungshof: Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung (Finanzierung von Investitionen) vom 10. September 2020, Gz.: IX 1–2019 – 0919 <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2020/kranken>

haeuser-seit-jahren-unterfinanziert-und-ineffizient

- [2] <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung>
[3] G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2021, www.g-drg.de

KONTAKTADRESSE

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Geschäftsstelle

Schumannstr. 18, 10117 Berlin

Tel./Fax: 030/20 62 98-79/-82

E-Mail: gf@vraev.de

Internet: www.vraev.de

IMPRESSUM

Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek,

Direktor, Universitätsklinik für

Geriatrie, Johannes Wesling Klinikum

Minden