

Vorwort zur Version 2022

Krankenhausplanung und -finanzierung

Auch 2021 hat die COVID-19-Pandemie die stationäre Versorgung weiter deutlich geprägt und es ist auch in Anbetracht neuer Virus-Varianten noch nicht absehbar, wie es 2022 weitergehen wird. Der Fallzahlrückgang in Rheumakliniken ist ausgeprägt. Offen bleibt, ob nach einer Überwindung der Pandemie jemals wieder und - wenn doch - das stationäre Fallzahlniveau von 2019 erreicht werden wird. Hinzu kommt die Diskussion um die weitere Ambulantisierung in der Medizin und Fortschritte in der medikamentösen Behandlung rheumatischer Erkrankungen. Unvermeidbar wird daher die Diskussion über die notwendigen Versorgungskapazitäten in den nächsten Jahren die politische Bühne bestimmen. Befeuert wird die Diskussion durch den immer weiter fortschreitenden Fachkräftemangel, der selbst bei verfügbaren Betten limitierend auf das Leistungsangebot wirkt. Ein ruhiges Fahrwasser ist für Krankenhäuser daher auch in der neuen Legislaturperiode kaum zu erwarten. Die Ampel-Regierungskoalition plant über eine Regierungskommission Empfehlungen und „Leitplanken“ für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung zu erarbeiten, die sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientieren soll.

Das G-DRG-System mit seinen wettbewerblichen Anreizen und der fast ausschließlich an die Art und Anzahl der behandelten Patienten gekoppelten Finanzierung kann bei zurückgehenden Fallzahlen nicht mehr passen.

Entsprechend lauter werden die Stimmen, die eine Ablösung der Fallpauschalierung fordern. Mangels praktikabler Alternativen erscheint eine komplette Abkehr von der DRG-basierten Finanzierung jedoch unwahrscheinlich. Nach dem Willen der Koalitionäre soll die Regierungskommission auch Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung erarbeiten, die das bisherige Finanzierungssystem über DRGs um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Für die Notfallversorgung sowie die Pädiatrie und Geburtshilfe sollen kurzfristig bessere Finanzierungsbedingungen geschaffen werden. Im Rahmen der Reform der Krankenhausvergütung sollen auch die in den DRGs enthaltenen Mittel für die (ärztliche) Weiterbildung künftig nur noch an die Kliniken anteilig ausgezahlt werden, die auch tatsächlich weiterbilden.

Die Rheumatologie zeichnet sich durch eine nennenswerte Zahl an kurz im Krankenhaus verweilenden Fällen aus (z.B. DRG I66H). Die neue Regierung plant („für geeignete Leistungen“) „zügig“ eine sektorengleiche Vergütung über sogenannte Hybrid-DRGs einzuführen, was sich auch auf dieses Fallspektrum auswirken könnte.

Über die Zukunft der Pflegepersonalkostenfinanzierung, die Pflegepersonaluntergrenzen und den Pflegepersonalquotient findet sich im Koalitionsvertrag wenig. Allerdings soll eine Personalbemessung über die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes kurzfristig eingeführt werden. Dies könnte auch eine

Veränderung der aktuellen Finanzierung der Pflege nach sich ziehen.

Änderungen in den Krankenhausstrukturen und dem System der Betriebskostenfinanzierung werden jedoch Zeit benötigen. Wie Krankenhäuser bis dahin bei weiter steigenden Defiziten finanziert werden sollen, ist noch offen. Ohne eine ausreichende Anzahl von Fällen und der daraus resultierenden Kostenrefinanzierung, werden viele Wirtschaftspläne nicht aufgehen.

Auch Fragen der Liquiditätssicherung werden zu adressieren sein. Die nächsten Jahre werden alles andere als einfach für die Krankenhäuser, zumal auch die Überschüsse der Krankenkassen weggeschmolzen sind.

Neue Krankenhausplanung in NRW

Die Krankenhausplanung obliegt traditionell den Bundesländern, obwohl der Bund bereits seit einigen Jahren fördernd über Struktur- und Zukunftsfonds sowie über Regelungen und Richtlinien des G-BA oder auch direkter über Pflegepersonaluntergrenzen und OPS-Strukturprüfungen fordernd in der Krankenhausplanung mitmischte. Auch in der neuen Legislaturperiode ist davon auszugehen, dass der Bund seinen Einfluss auf die Krankenhausstrukturen ausbauen wird. Insofern kann die neu gestaltete Krankenhausplanung im größten Bundesland NRW auch als ein Versuch gesehen werden, das Mandat über die Strukturierung der Krankenhausversorgung zu sichern. NRW stellt die Planung von Betten auf Fälle pro definierte medizinische Leistungsgruppen um. Insgesamt wurden 64 medizinische Leistungsgruppen definiert. Für alle Leistungsgruppen wurden qualitative Vorgaben vorgegeben, die erfüllt sein müssen,

wenn sich ein Krankenhausstandort um einen Versorgungsauftrag bewerben möchte. 2022 soll mit der Umsetzung des neuen Krankenhausplans begonnen werden, 2023 erste Feststellungsbescheide erstellt werden. In dieser Umsetzung sollen alle Krankenhausstandorte ihre Versorgungsaufträge neu beantragen. Der Zeitplan ist hoch ambitioniert. Daher sollten sich die Krankenhäuser in NRW gut auf die bevorstehenden Veränderungen vorbereiten. Auch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hält bei der Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren) Leistungsgruppen als Grundlage für die Definition von krankenhauserischen Leistungen für geeignet. Der VRA wird zeitnah die konkretere Informationen in den Verbandsnachrichten (arthritis + rheuma) veröffentlichen.

Das neue aG-DRG-System 2022 – Was ändert sich für die Rheumatologie?

Für 2022 konnten sich die gemeinsamen Partner der Selbstverwaltung erneut nicht auf ein neues DRG-System verständigen, so dass das Bundesministerium für Gesundheit gezwungen war, dieses über eine Ersatzvornahme in Kraft zu setzen. Dabei lag kein Dissens über die DRG-Klassifikation oder die Methodik der Weiterentwicklung unter den Prämissen der Corona-Pandemie vor. Strittig war wie im Vorjahr die Frage der Normierung des Systems und damit der Justierung des Niveaus der Bewertungsrelationen im Kontext der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System. Die aG-DRG-Systemversion 2022 ist nun schon die dritte DRG-Systemversion, die ohne Pflegepersonalkosten kalkuliert wurde. Trotzdem zeigt sich erneut, 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. Ob die gewünschte Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Ebene des aG-DRG-Systems und der Verhandlung des Pflegebudgets auf Ortsebene schlussendlich gelingt, bleibt abzuwarten.

Das aG-DRG-System 2022 basiert – anders als alle Vorversionen – auf den Kostendaten von vor drei Jahren. In Zeiten der Corona-Pandemie würden Fallkostenskalkulationen, bei denen im Wesentlichen Vorhaltekosten auf einzelne Fälle verrechnet werden, zu kaum verwertbaren Ergebnissen führen, da diese eher die Auslastung als die medizin-ökonomische Komplexität der Fälle widerspiegeln. Auch Kennzahlen, wie der veröffentlichte Pflegepersonalquotient, lassen sich mit Kostendaten aus der Zeit der Corona-Pandemie kaum sachgerecht berechnen. Wie mit diesen Problemen bei weiter großem Einfluss der Pandemie 2021 und vermutlich auch 2022 umgegangen werden soll, ist noch offen. Kostendaten aus den Jahren seit 2020 sind für eine Kalkulation zukünftiger G-DRG-Systemversionen und Pflegeentgelte/-last kaum nutzbar.

Durch die geringen Änderungen im G-DRG-System 2022 gehören die rheumatologischen G-DRGs I66E, I66G, I69A, I79Z und I97Z weiterhin zu den 11 G-DRGs (1 %) mit den niedrigsten tagesbezogenen Pflegeerlösen aller 1.232 bewerteten vollstationären DRGs. Die G-DRG I79Z (Fibromyalgie) weist immer noch die zweitniedrigste und die G-DRG I97Z (Rheumatologische Komplexbehandlung) die drittniedrigste tagesbezogene Pflege-Bewer-

tungsrelation aller vollstationären DRGs auf. Entsprechend werden nicht so viele DRG-Erlöse durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in das Pflegebudget verschoben, wie bei anderen G-DRGs. Andererseits werfen diese Werte die Frage auf, ob die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen in der internistischen Rheumatologie zu einer sinnvollen Ressourcenallokation beiträgt.

Klassifikatorische Änderungen an den „rheumatologischen“ DRGs gab es für 2022 nur wenige und mit geringer Relevanz.

In der Basis-DRG I66 wurden Fälle mit einem systemischen Lupus erythematodes (ICD-Kategorie M32.-) dem bislang von orthopädischen Fällen dominierten F-Splitt zugeordnet. Nominell kommt es dabei für bislang im G-Splitt abgebildeten Fällen zu einer geringfügigen Aufwertung, jedoch nur bis zum 13. Belegungstag. Bei Fällen mit längeren Verweildauern resultiert eine deutlichere Abwertung. Bundesweit sind davon mehr als 2.600 Fälle betroffen.

Desweiteren wurden Fälle mit einer organbegrenzten Amyloidose (E85.4) und einem Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] (M31.4) innerhalb der Basis-DRG I66 aufgewertet (zumeist vom G-Splitt in den E-Splitt). Bundesweit sind davon weniger als 1.000 Fälle betroffen (überwiegend mit E85.4).

Fälle mit der Hauptdiagnose M19.08 (Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule) wurden aus der Basis-DRG I69 in die Basis-DRG I68 verschoben. Davon waren bundesweit jedoch nur ca. 150 Fälle betroffen.

Auch für die Basis-DRG I68 gab es kleinere klassifikatorische Änderungen, die die Rheumatologie aber nur

mittelbar über ihren Einfluss auf die kalkulierten Bewertungsrelationen betreffen dürften.

Zur besseren Abbildung der Versorgung von Patienten mit SARS-CoV-2 und COVID-19 wurden Fälle in der Hauptdiagnosekategorie (MDC) 08 („I-DRGs“) mit dem Sekundärkode U07.1! (COVID-19, Virus nachgewiesen) und einer Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (OPS-Klasse 8-98g) häufig höherwertigeren DRG-Splits zugeordnet. Für Fälle mit einer Behandlungsdauer ab 15 Behandlungstagen wurde eine eigenständige (vermutlich temporäre) aG-DRG geschaffen (I87Z). Fälle mit dem Sekundärkode U07.1! ohne die Komplexbehandlung, dafür aber mit der Diagnose einer Pneumonie (ICD-Kategorien J12-J18) werden innerhalb der Basis-DRG I66 der aG-DRG I66E zugeordnet.

Die Bewertungsrelationen, mittleren Verweildauern und Grenzverweildauern der häufig abgerechneten rheumatologischen DRGs (I69A, I66G und I97Z) weisen kaum Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahren auf. In der Regel kam es zu leichten Abwertungen, die überwiegend durch die Ausgliederung aufwendiger Fälle (z.B. Corona-Patienten) und die Normierung des aG-DRG-Systems bedingt sein dürften.

Erneut dürften die diesjährigen Änderungen in der Klassifikation des aG-DRG-Systems nur einen sehr geringen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Rheumakliniken haben. Im Vordergrund dürfte bei vielen Kliniken der Rückgang in der Belegung stehen.

Einzelfallprüfungen, Prüfquoten und Strafzahlungen nach dem MDK-Reformgesetz – Update 2022

Ab diesem Jahr gelten quartalsbezogene vom Anteil ungekürzter Rechnungen abhängige krankenhausbezogene Prüfquoten und Strafzahlungen. Aus den Statistiken¹ der Kostenträger kann entnommen werden, mit welchen Prüf- und „Aufschlagsquoten“ (Strafzahlungen) ein Krankenhaus rechnen muss. Die Strafzahlung beträgt minimal 300 € für jeden Fall mit Rechnungskürzung. Aufgrund der geringen Vergütungen für rheumatologische Fälle, sollten Strafzahlungen selten und dann meist nur geringfügig höher ausfallen². Das gesamte System der Strafzahlungen ist hoch komplex, streit- und strategieanfällig. Eine Entlastung der administrativen Prozesse und der Gerichte dürften kaum zu erwarten sein.

Neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)

Hinzu kommt die neue PrüfvV, die für Fälle gilt, die seit dem 1. Januar 2022 aufgenommen wurden. Diese sieht nun ein verbindliches fallbezogenes Erörterungsverfahren mit neuen (Ausschluss-)Fristen und neuen umfangreichen Dokumentationsverpflichtungen vor, bevor eine gerichtliche Auseinandersetzung über eine Krankenhausabrechnung erfolgen kann. Ohne Mitwirkung am Erörterungsverfahren sind die Chancen für Krankenhäuser

¹ www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/kh_pruefung_statistik/pruefquoten_und_statistik.jsp

² Über die Höhe von 300 € hinaus wird die Strafzahlung auf maximal 10% des resultierenden Rechnungsbetrages begrenzt. D.h. erst bei einem resultierenden Rechnungsbetrag von > 3.000 € (z.B. bei der Abrechnung von ZE oder NUB für Biologika) entfalten die unterschiedlichen Sanktionsquoten (25%/50% des Differenzbetrags zwischen Ursprungsrechnung und gekürzter Rechnung) in der Rheumatologie eine relevante Wirkung.

in einem folgenden Gerichtsverfahren die Abrechnung begründen zu können schlecht. Für Krankenhäuser wird es zudem essentiell, die Fristen einzuhalten, insbesondere innerhalb von sechs Wochen einem Leistungsentscheid der Krankenkasse nach MD-Prüfung zu widersprechen und den Widerspruch zu begründen. Wird die Frist versäumt, dürfen Krankenkassen verrechnen und das Krankenhaus ist mit Einwendungen und Tatsachenvortrag endgültig ausgeschlossen. Ansonsten wurden die Möglichkeiten der Krankenkassen beschnitten, Aufrechnungen von Krankenhausabrechnungen vorzunehmen. Korrespondierend existieren für Krankenhäuser kaum noch Möglichkeiten, Schlussrechnungen zu korrigieren, was zur Folge hat, dass die Erstellung der Schlussrechnung qualitativ hochwertig erfolgen muss mit perfekter Organisation der Prozesse. Gemeinsame Umsetzungshinweise der Selbstverwaltungspartner, deren Veröffentlichung zum Zeitpunkt der Erstellung des Kodierleitfadens noch ausstanden, sind zu beachten.

Ab Mitte des Jahres 2022 wird die Kommunikation und der Unterlagenversand mit den Medizinischen Diensten (MD) über ein Portal in digitalisierter Form möglich werden.

Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD)

Seit 2022 dürfen nur noch solche Krankenhäuser die rheumatologischen oder andere OPS-Komplexbehandlungen abrechnen, die eine Strukturprüfung durch ihren lokalen Medizinischen Dienst fristgerecht beantragt und positiv durchlaufen haben. Für die rheumatologischen Komplexbehandlungen war einzig das „Team unter

fachärztlicher Behandlungsleitung“ nachzuweisen. Krankenhäuser, die bereits in der Vergangenheit die rheumatologischen Komplexbehandlungen erbracht und die Strukturprüfung nicht erst nach einer Wiederholungsprüfung bestanden haben, brauchen erst wieder 2023 (für 2024) eine Strukturprüfung beantragen. In allen anderen Fällen und bei anderen OPS-Komplexcodes kann u.U. ein erneuter Antrag 2022 (für 2023) notwendig sein. Aufgrund möglicherweise abweichender Interpretationen der Struktur- und Mindestmerkmale der OPS-Klasse 8-983 haben sich der VRA und die DGRh als Schöpfer der OPS-Klasse berufen gesehen, ihre Auslegungshinweise aus fachmedizinischer und DRG-Systemsicht zu veröffentlichen³. Diese differenzierten Empfehlungen sind nun auch in den neuen Kodierleitfaden eingeflossen.

Schlichtungsausschuss Bund

Seit Beginn des Jahres 2021 kann auch jedes einzelne Krankenhaus den Schlichtungsausschuss Bund über Kodier- und Abrechnungsfragen von „grundsätzlicher Bedeutung“ anrufen. Das Verfahren ist kostenpflichtig (1.190 €). Entgegen der Vorstellung des Gesetzgebers musste auch der neue Schlichtungsausschuss Bund trotz sicherlich weiter bestehender unterschiedlicher Interpretationen der Kodier- und Abrechnungsregeln 2021 nur hinsichtlich einer Frage entscheiden. Ob sich dies 2022 durch die Einführung der Prüfquoten und Aufschlagszahlungen sowie Streitigkeiten im Rahmen der Strukturprüfungen ändern wird, bleibt abzuwarten. Da der Kodierleitfaden Rheumatologie nur jährlich überarbeitet wird, können Entscheidungen aus 2022 dann erst

³ https://www.vraev.de/index_htm_files/VRA_Verbandsnachr_04_2021 OPS_8_983.pdf

in die Revision für 2023 einfließen. Es kann daher unter Umständen notwendig werden, in Einzelfällen von Empfehlungen dieses Kodierleitfadens abzuweichen, wenn unterjährig neue Informationen verfügbar werden.

Zusatzkodierung seltene Erkrankungen

Seltene Erkrankungen (Orphan Diseases) sind in der Rheumatologie nicht selten. Die zunächst vom Bundesministerium für Gesundheit geplante verpflichtende zusätzliche Kodierung der Orpha-Kennnummern bei seltenen Erkrankungen (Neuerung in § 301 Abs. 2 SGB V durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz vom 3. Juni 2021) wurde für 2022 noch nicht eingeführt. Wahrscheinlich ist jedoch eine Einführung für das Jahr 2023. Beispielhaft wurden die Orpha-Kennnummern schon für 2021 in diesem Kodierleitfaden im Kapitel für **Periodische Fiebersyndrome und weitere seltene Erkrankungen des angeborenen Immunsystems** aufgenommen. Für den Kodierleitfaden 2022 wurden nun durchgängig die Orpha-Kennnummern aufgenommen, um eine Gewöhnung an die neue Klassifizierung zu ermöglichen. Zudem sollen die Kliniken unterstützt werden, die als Zentren für „Seltene Erkrankungen“ (gem. G-BA-Beschluss) fungieren.

Der VRA hofft, Sie mit dieser Neuauflage des Kodierleitfadens erneut bei den gestiegenen Anforderungen an die korrekte Klassifizierung und Kodierung in der Rheumatologie unterstützen zu können.

Prof. Dr. med.
H.-J. Lakomek
Geschäftsführer des VRA

Gastherausgeber:

Prof. Dr. med.
N. Roeder
DRG-Research-Group
Roeder & Partner

Dr. med.
W. Fiori
DRG-Research-Group
Roeder & Partner