

## Indikator 11.6 (K)

### DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Der Indikator zu DRG-Fallpauschalen dient dem Ziel, Einblick in die Krankenhausfinanzierung über DRGs zu geben.

Nach dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRG) für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23.4.2002, geändert durch das Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003 zuletzt geändert durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15. Dezember 2004, ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß § 9 KHEntgG ein Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG und ein Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG zu vereinbaren.

Mit einer Fallpauschale werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen stationären oder teilstationären Behandlungsfall vergütet. Zusatzentgelte sind z. B. für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse vorgesehen, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist.

Zum ersten Januar 2003 wurde das neue Fallpauschalensystem optional, zum 1. Januar 2004 verbindlich für alle Krankenhäuser budgetneutral eingeführt. Das Erlösbudget wird in den Jahren 2005 - 2008 schrittweise einem landeseinheitlichen, krankenhausesübergreifenden Basisfallwert und dem sich daraus ergebenden Erlösvolumen angeglichen. Der Basisfallwert wird von den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart und für jedes Land gesondert festgelegt. Die Anzahl der abgerechneten DRGs gibt an, wie viele Positionen der stationären Behandlung über DRGs abgerechnet werden. Die Summe der abgerechneten Relativgewichte entspricht den effektiv abgerechneten Bewertungsrelationen laut Aufstellung der Entgelt- und Budgetberechnung (AEG). Daraus wird ein durchschnittliches Relativgewicht berechnet. Die Summe der DRG-Erlöse zeigt an, wie hoch das Finanzierungsvolumen über DRGs im Rahmen der Krankenhausfinanzierung ist.

In den Jahren 2003 und 2004 wurde zur Umsetzung der Budgetneutralität ein krankenhausspezifischer Basisfallwert nach einem vereinbarten Verfahren den Fallpauschalen zugrunde gelegt. Der landeseinheitliche Basisfallwert wurde erstmals für das Jahr 2005 durch die Vertragsparteien auf Landesebene gemäß § 10 KHEntgG vereinbart.

Die Leistungsentwicklung im DRG-System wird über die Summe der abgerechneten Relativgewichte dargestellt. DRG-Fallpauschalen werden für stationäre und für teilstationäre Behandlungsfälle eingeführt. Mit den DRG-Fallpauschalen werden nicht alle Krankenhausleistungen erfasst; in der Psychiatrie erbrachte Leistungen sind entsprechend § 17 b Absatz 1, Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgeschlossen.

#### Datenhalter

- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK)
- Landesverbände der Krankenkassen (Vertragsparteien)

#### Datenquelle

- Statistik zu DRG-Fallpauschalen
- Daten der Vertragsparteien auf Landesebene (zum Basisfallwert) gemäß § 21(3) Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Periodizität

Jährlich, 01.07.

#### Validität

Ab dem Jahr 2005 haben alle Krankenhäuser im Abstand von zwei Jahren einen Bericht zur Qualitätssicherung zu publizieren, in dem auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sind.

Der Medizinische Dienst ist lt. SGB V befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Basierend auf den Erfahrungen aus der Erstkalkulation ist davon auszugehen, dass die Validität des Indikators erst mit der Dauer der Einführung des DRG-Systems zunehmen wird.

#### Kommentar

Die Fallpauschalen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BpflV) ergeben sich aus der Multiplikation einer bundesweit gültigen Punktzahl (festgelegt in indikationsbezogenen Entgeltkatalogen) und einem auf Landesebene vereinbarten Punktwert. Durch Fallpauschalen sollen die Behandlungszeiten verringert und damit Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus erschlossen werden. Die Fallpauschalen nach BpflV wurden in den Jahren 2003 - 2005 von DRG-Fallpauschalen abgelöst.

Mit dem zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (BGBl. 2004 Teil I Nr. 69 S. 3429 ff.) wurden die Rahmenbedingungen der DRG-Einführung in Deutschland erneut verändert. Die Konvergenzphase, das heißt die ab dem Jahr 2005 geplante schrittweise Heranführung der Krankenhausbudgets an die landesweiten Fallpreise wurde um ein weiteres Jahr bis 2008 verlängert. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde ermächtigt, vorläufige Landesbasisfallwerte durch Rechtsverordnung vorzugeben, sofern sich die Selbstverwaltung nicht einigen kann. Fehlschätzungen des Landesbasisfallwertes können im Folgejahr durch eine nachträgliche

Gelöscht: ✓

← **Formatiert:** Aufgezählt + Ebene: 1 + Ausgerichtet an: 0 cm + Tabstopp nach: 0,63 cm + Einzug bei: 0,63 cm

← **Formatiert:** Aufgezählt + Ebene: 1 + Ausgerichtet an: 0 cm + Tabstopp nach: 0,63 cm + Einzug bei: 0,63 cm

che Korrekturmöglichkeit berichtigt werden. Außerdem legt das Gesetz sogenannte Kappungsgrenzen fest, die die maximalen Budgetverluste eines Hauses begrenzen. Zusatzentgelte sind bisher nur für wenige Leistungen vorgesehen und werden deshalb im Indikator nicht berücksichtigt. Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikator. Im bisherigen GMK-Indikatorensatz gab es keinen derartigen Indikator.

**Originalquellen**

- Angaben des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH nach Schaffung gesetzlicher Grundlagen für die Datenübergabe an die Länder
- Angaben der Landesverbände der Krankenkassen zum Basisfallwert

**Formatiert:** Aufgezählt +  
Ebene: 1 + Ausgerichtet an: 0  
cm + Tabstopp nach: 0,63 cm  
+ Einzug bei: 0,63 cm

**Dokumentationsstand: ....**