

DRG-System – Diagnosis Related Groups

Die sogenannten DRG's (Diagnosis Related Groups/ Diagnosebezogene Fallgruppen) dienen dazu, die Erlöse von Krankenhäusern für ihre medizinischen Leistungen zu berechnen. Hierbei spielen die Bewertungsrelation und der Landesbasisfallwert eine wichtige Rolle.

Die erbrachten Leistungen werden direkt mit den Krankenversicherungen abgerechnet. Zusätzlich erhalten Krankenhäuser einen Pflegeerlös pro Patienten (seit 2020), welcher die Pflegepersonalkosten decken soll.

Was sind die Bewertungsrelation und der Landesbasisfallwert?

Um die Höhe der Vergütung berechnen zu können, besitzt jeder DRG eine „**Bewertungsrelation**“, diese wird anhand von Aufwand und Kosten der medizinischen Behandlung ermittelt.

Diese Bewertungsrelation wird nun mit dem **Landesbasisfallwert** (*wird jährlich angepasst, abhängig vom Bundesland - z.B. NRW 2024 LBFW in Höhe von 4.206,- Euro*) multipliziert. Hieraus ergibt sich eine Summe, welche als **pauschale Vergütung** (*unabhängig von den tatsächlichen Kosten*) gezahlt wird.

$$\text{DRG-Vergütung} = \text{Landesbasisfallwert} \times \text{Bewertungsrelation (DRG)}$$

Beispiel:

DRG G23A (Appendektomie)

$$4.206,- \text{ (LBFW NRW)} \times 0,983 \text{ (Bewertungsrelation)} = 3750,60 \text{ Euro}$$

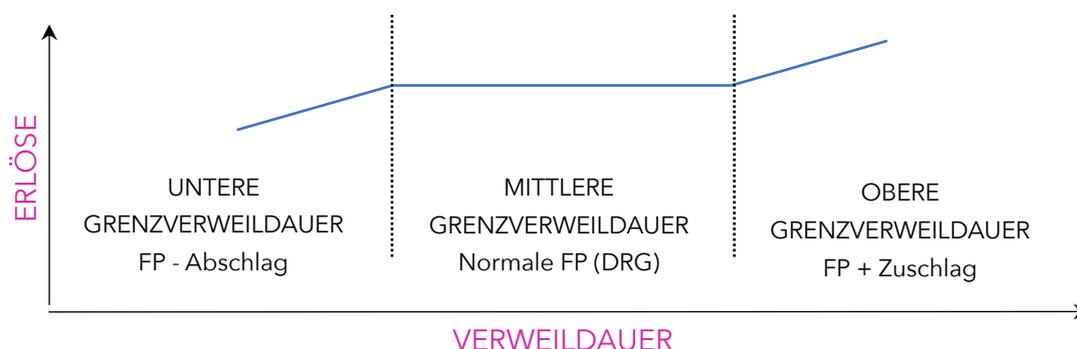
Auf die Höhe der Vergütung kann die *Verweildauer* des Patienten im Krankenhaus Einfluss nehmen. Zusätzlich wird noch ein *Pflegeerlös* entsprechend der DRG gezahlt, welcher gesondert berechnet wird.

Was ist die Grenzverweildauer?

Bei den DRG-Erlösen handelt es sich um eine pauschale Vergütung (*Fallpauschale unabhängig von den tatsächlich anfallenden Kosten*) für eine bestimmte Verweildauer (*Mittlere Grenzverweildauer*). Die Erlöse (Fallpauschale) sind also so berechnet, dass sie im Bereich der mittleren Grenzverweildauer rein theoretisch kostendeckend und gewinnbringend sind.

Sollte ein Krankenhaus einen Patienten jedoch vor der „**Unteren Grenzverweildauer**“ entlassen, erfolgt ein **tagesbezogener Abschlag** bei den Erlösen. Hierdurch soll vermieden werden, dass die Krankenhäuser ihre Patienten zu früh entlassen um das Bett neu zu belegen.

Sollte ein Krankenhaus einen Patienten erst nach der „**Oberen Grenzverweildauer**“ entlassen, erhält das Krankenhaus einen **tagesbezogenen Aufschlag** bei den Erlösen. Hierdurch soll das Krankenhaus für zusätzliche Kosten entschädigt werden, die durch die Behandlung über die „Mittlere Grenzverweildauer“ hinaus erfolgen.



Was sind das Pflegebudget und der Pflegeerlös?

Seit 2020 sind die Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert. Die Krankenhäuser besitzen seitdem ein individuelles Pflegebudget nach dem **Selbstkostendeckungsprinzip**.

Jedes Krankenhaus verhandelt ein individuelles Pflegebudget, hierzu werden die voraussichtlichen Pflegepersonalkosten für das zukünftige Jahr herangezogen. Im laufenden Jahr wird dieses Pflegebudget dann aufgebraucht.

Die Berechnung des Pflegeerlöses erfolgt folgendermaßen:

$$\text{Pflegeerlösbewertungsrelation} \times \text{Anzahl Verweildauertage} \times \text{Pflegeentgeltwert}$$

Beispiel:

DRG G23A (Appendektomie)

$$1,0726 \text{ (Pflegeerlösbewertungsrelation)} \times 4 \text{ (Tage)} \times 230 \text{ (Pflegeentgeltwert)} = 986,79 \text{ Euro}$$