

DRG-System

Transparenz bei der Rückvergütung medizinischer Produkte



von Nicole Eisenmenger, Reimbursement Institute

Die Medizinprodukte-Industrie ist in der Lage, durch innovative Produkte die Versorgungsqualität zu steigern. Doch die Krankenhäuser sind gezwungen, die Gesundheitsausgaben zu senken und gleichzeitig die Qualität zu steigern. Die Wirtschaftlichkeit steht beim Wirtschaftsunternehmen „Krankenhaus“ ebenso im Fokus wie die Genesung des Patienten. Zwei Paradigmen, die seit diesem Jahr noch um die Forderung nach einem Nachweis der Qualität ergänzt wurden.

Diesen Spagat spüren auch die Hersteller mehr denn je. Bei Verkaufsgesprächen mit Krankenhäusern kommt deshalb nach den Informationen zu den positiven Produkteigenschaften häufig die Frage hinsichtlich der Rückvergütung. Darauf sollte der Außendienst vorbereitet sein. Die Autorin zeigt auf, welche Möglichkeiten die Hersteller haben, um ihr Produkt in den Rückvergütungsregelungen des G-DRG-Systems darzustellen.

Medizinprodukte-Hersteller liefern qualitativ hochwertige Produkte in Deutschlands Kliniken. Diese wiederum realisieren im internationalen Vergleich hochgeschätzte Spitzenmedizin. Produkt-Entwicklung, Zertifizierung und evidenzbasierte Studien sind aber kostenintensiv und schlagen sich auf den Preis der Produkte nieder. Diese Kosten wollen die Krankenhäuser möglichst rasch wieder einspielen. Die Rückvergütung ist neben den Produkteigenschaften ein wesentlicher Teil der Kaufentscheidung.

Wie funktioniert die stationäre Rückvergütung?

Die Rückvergütung der deutschen Krankenhausleistungen erfolgt über ein pauschaliertes System. Das G-DRG-System fasst ökonomisch vergleichbare Fälle in Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups) zusammen. Der Rückvergütungsbetrag für eine Leistung wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst.

Für die Ermittlung der DRG, welche die Höhe des Erlöses bestimmt, sind u. a. folgende Informationen notwendig:

- Hauptdiagnose: Grund des Klinikaufenthaltes?
- Nebendiagnose: Welche Begleiterkrankungen wurden behandelt?
- Operations- und Prozedurenschlüssel: Welche Therapien/Behandlungen wurden durchgeführt?

Die Weiterentwicklung des Systems

Es gibt verschiedene Gremien und Institutionen, die vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Ausarbeitung des stationären Abrechnungssystems beauftragt wurden. Die Möglichkeiten der Einflussnahme auf das System im Hinblick auf Medizinprodukte sind fast ausschließlich den Krankenhäusern, Fachverbänden und Gesellschaften des deutschen Gesundheitssystems vorbehalten. Die Hersteller sehen in der Regel keine Möglichkeiten, sich ins Spiel zu bringen. Sie müssen aber die Regelmechanismen kennen, in die ihre Produkte eingebettet sind. Was ist zu tun, wenn die Frage nach der Rückvergütung des Produktes im Raum steht?

Richtig kodieren

Der Operations- und Prozedurenschlüssel, kurz OPS, dient der Verschlüsselung einer im Krankenhaus erbrachten Therapie/Prozedur. Diese finden sich im OPS-Katalog mit einer Verfahrensbeschreibung wieder. Genau hier liegt der Knackpunkt. Der Einsatz eines Produktes im Krankenhaus wird über die OPS-Verschlüsselung vorgenommen. Die Kodierkräfte eines Krankenhauses tun sich, nicht zuletzt auch wegen der Vielfalt der OPS, schwer, den richtigen Code zu identifizieren. Fehlt aber die richtige Kodierung, kann keine relevante Fallzahl ermittelt werden! Achten Sie deshalb darauf, dass richtig kodiert wird.

Kosten korrekt zuordnen

Weiter können die Hersteller mit Hinweisen auf die korrekte Kostenstelle helfen. Das zur Verfügung gestellte Datenmaterial ist die Basis zur positiven Weiterentwicklung des Systems. Bleibt aber die richtige Kostenzuteilung aus, können kei-

ne relevanten Kosten ermittelt werden! Tragen Sie deshalb Sorge, dass die Kosten der richtigen Kostenstelle zugeordnet werden.

Fazit: Fakt ist, dass viele Kodierungen in Deutschlands Krankenhäusern fehlerhaft sind. Daher ist es wichtig, dass die Hersteller hinsichtlich ihres Produkts den Krankenhäusern auch die notwendigen Informationen zur korrekten Verschlüsselung/Kostenstellzuteilung liefern.

Informationstransfer, Analyse der Daten, Schulung

Das Online-Tool „reimbursement.info“ bietet hier Hilfestellung. Hersteller können mithilfe des Online-Tools den Leistungserbringern korrekte, wertvolle, zeitsparende und strategisch wichtige Informationen zukommen lassen. Beantwortet werden die Fragen: Welches ist der richtige OPS- oder ICD-Kode für das Produkt? Welches ist die korrekte Kostenstelle? Zusätzlich können Anhänge mit wichtigen Zusatzinformationen übermittelt werden.

Die Interaktionsdarstellung der Regelwerke OPS-/ICD-Katalog, G-DRG-Definitionshandbuch und Fallpauschalenkatalog gibt Aufschlüsse, welche Kodierungen in welche DRGs münden oder gar ein Zusatzentgelt auslösen.

Ob und in welcher Anzahl ein Krankenhaus in der Vergangenheit die richtige Kodierung vorgenommen hat, verrät der

Einflussmöglichkeiten auf das G-DRG System durch die Hersteller



Fallzahlen- und Kostenrelevanz entscheiden neben Qualität und Nutzen über die Aufnahme und den Verbleib im Leistungskatalog.

ebenfalls auf dieser Plattform installierte Klinik-Guide. Die Analyse der kodierten Daten ermöglicht eine gezielte Ansprache der Häuser und erlaubt nebenbei eine Gebiets- und Key-Account-Analyse.

Zusammen mit einer auf die Außendienst- und Marketingmitarbeiter der

Medizintechnik-Lieferanten zugeschnittenen Schulung zu den Grundlagen des G-DRG-Systems sowie zur Vorgehensweise der Medizincontroller und Einkäufer in der Klinik gibt reimbursement.info Sicherheit bei den Beratungs- und Verkaufsgesprächen im Krankenhaus.