

G-DRG-Version 2012 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet

Zusammenfassung

Der DRG-Katalog 2012 enthält nur moderate Anpassungen der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte. Es stehen nun 1.195 DRGs und 150 Zusatzentgelte zur Verfügung. Schwerpunkte in der klassifikatorischen Weiterentwicklung waren insbesondere die Bereiche Intensivmedizin, Extremkosten, Behandlung von Kindern und der Abbau von Konfliktpotential bei der Kodierung. Gemessen an den Veränderungen der letzten Jahre, ergeben sich 2012 nur wenige, aber zum Teil bedeutsame Neuerungen für unser Fachgebiet. Um auch im Jahr 2012 unser Fachgebiet leistungsgerecht im DRG-System darstellen zu können, müssen die Änderungen der Kodievorschriften in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

Summary

The DRG-2012 catalogue contains only moderate adjustments to DRGs and additional fees. 1,195 DRGs and 150 additional charges are now available. Priorities in classificatory development were particular areas of intensive care, extreme costs, treatment of children and the reduction of conflict potential in the encoding.

As measured against the changes of the recent past, this year's DRG-catalogue contains only a few innovations for our specialty. In order to be able to represent our area of expertise in the DRG system in accordance with our performances in 2012 also, the changes in this year's system must be adopted into our documentary routine.

G-DRG Version 2012 – Its impact on our specialty

H. Mende¹ · A. Schleppers² · G. Geldner³ · J. Martin⁴

Einleitung

Die jährliche Weiterentwicklung der stationären Krankenhausvergütung hat inzwischen die zehnte DRG-Version gebracht. Die jährliche Überarbeitung ergab im Entwurf des DRG-Katalogs 2012 nur moderate Änderungen in den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten.

Das Ende des Pflegeförderprogramms (§ 10 Abs. 12 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)) und die geplante Einberechnung dieser Mittel in die Landesbasisfallwerte und der gleichzeitig bestehende Auftrag an das InEK, Kriterien für die zielgerichtete Zuordnung der Mittel zu den Bereichen mit erhöhtem pflegerischem Aufwand zu entwickeln (§ 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG), führten zum Dissens der Partner der Selbstverwaltung. Die Einberechnung der Pflegeförderprogrammmittel in den Landesbasisfallwert (LBFW) und die Abrechnung von Zusatzentgelten für hochaufwendige Pflege bergen die Gefahr der Doppelfinanzierung in einer geschätzten Höhe von ca. 230 Millionen Euro. Dieses Doppelfinanzierungsrisiko war dem BMG bekannt, es vertrat jedoch die Meinung, dass eine Lösung des Problems durch die Selbstverwaltungspartner möglich sein sollte.

Bezüglich der Abrechnungsbestimmungen herrschte Konsens zwischen den Vertragspartnern.

Der GKV-Spitzenverband erklärte am 04.11.2011 das teilweise Scheitern der Fallpauschalenverordnung 2012. Am 09.11.2011 übermittelte das BMG einen

1 Leitung Medizincontrolling & Qualitätsmanagement, Regionale Kliniken Holding GmbH, Ludwigsburg

2 Ärztlicher Geschäftsführer des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

3 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin, Klinikum Ludwigsburg
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. Geldner)

4 Geschäftsführer der Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH

Interessenkonflikt

H. Mende versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Schlüsselwörter

Diagnosis-Related-Groups (DRGs) – Anästhesie – Intensivmedizin

Keywords

Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Anaesthesia – Intensive Care Medicine

Tabelle 1

Entwicklung der Anzahl der DRGs seit Einführung des DRG-Systems.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
DRGs gesamt	664	824 (+160)	878 (+54)	954 (+76)	1082 (+128)	1137 (+55)	1192 (+55)	1200 (+8)	1194 (-6)	1193 (-1)
DRGs bewertet	642	806 (+164)	845 (+39)	913 (+68)	1036 (+123)	1090 (+54)	1147 (+57)	1155 (+8)	1151 (-4)	1149 (-2)
DRGs unbewertet	22	18 (-4)	33 (+15)	41 (+8)	46 (+5)	47 (+1)	45 (-2)	45 --	43 (-2)	44 (+1)
Basis-DRGs	411	471 (+60)	614 (+143)	578 (-36)	593 (+15)	604 (+11)	609 (+5)	593 (-16)	594 (+1)	595 (+1)

Referentenentwurf für die Verordnung zum DRG-Katalog 2012. Die daraus resultierende Ersatzvornahme zum DRG-Entgeltsystem 2012 wurde am 28.11.2011 durch den Bundesminister für Gesundheit unterzeichnet und die DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 am 16.12.2011 im Bundesanzeiger Nr. 190a veröffentlicht. Diese enthält den Verordnungstext, die vom InEK veröffentlichten Kataloge inklusive der Zusatzentgelte für die hochaufwendige Pflege (ZE 130/131).

Die aktuelle Version des ICD-10- und des OPS-301-Katalogs wurden im Oktober 2011 veröffentlicht.

Die Auswertung der Daten nach § 21 KHEntG zeigt weiterhin einen Rückgang der mittleren Verweildauer. Diese beträgt nun auf der Datenbasis des Jahres 2010 für Hauptabteilungen 6,96 Tage (2009: 7,09 Tage).

Die erforderliche Leistungsdifferenzierung erfolgte auch in diesem Jahr. Die Überarbeitung der DRG-Systematik führt 2012 erneut zu einer Verringerung der DRG-Anzahl. Die Zahl der Basis-DRGs blieb stabil auf dem Vorjahresniveau (Tab. 1).

Die Bewertungsrelationen des DRG-Kataloges 2012 wurden so justiert, dass der effektive Gesamt-Casemix auf Bundesebene bei identischer Datenlage durch den Katalogwechsel nur unwe sentlich verändert wird. Die Spreizung zwischen höchster und niedrigster Bewertungsrelation wurde wie in den Vorjahren abgesenkt und verringerte sich in diesem Jahr um 10% auf 65,197 (2011: 72,786).

Die DRG-Version 2012 zeichnet sich durch eine weitere Systemverbesserung aus.

Beispiele hierfür sind die klassifikatorische Überarbeitung verschiedener Bereiche wie z.B. der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter, der Abdominalchirurgie, der hochaufwendigen Pflege von Kindern und Erwachsenen und der Auflösung streitbefangener Konstellationen. Es werden 2012 erneut weitere Zusatzentgelte geschaffen und Leistungen aus dem Verfahren für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“ in das System integriert. Die Überarbeitung der Schweregrad-Matrix (CCL) wurde, wie bereits 2007 begonnen, weitergeführt, um Nebendiagnosen sachgerechter im System darstellen zu können. Für das Jahr 2012 wurden vom InEK knapp 320 Diagnosen untersucht und in mehr als 75.000 Einzelrechnungen hinsichtlich der CCL-Relevanz bewertet. Dabei wurden 86 Kodes ermittelt, deren CCL-Werte aufwandsgerecht angepasst wurden. 36 Kodes wurden aus der CCL-Matrix gestrichen und sind somit

nicht mehr CCL-relevant. Dies betrifft beispielsweise Kodes für Komplikationen eines Eingriffs oder den Dekubitus ersten Grades. 42 Kodes wurden neu in die CCL-Matrix aufgenommen. Hierzu gehören Kodes für die viralen Infektionen des zentralen Nervensystems oder das hämorrhagische Fieber mit renalem Syndrom. 6 Kodes wurden abgewertet (z.B. E87.6: Hypokaliämie) und 2 aufgewertet; dies betrifft die Kodes A04.7 Enterokolitis durch Clostridium difficile sowie A08.1 Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus], um eine aufwandsgerechte Abbildung zu erreichen.

An der Funktion „Globale Funktionen“, um komplexe und aufwendige Fälle sachgerecht darzustellen, wurde nichts verändert. Diese Funktion bleibt weiterhin wichtiger Bestandteil des Systems, damit bestimmte Sachverhalte weiterhin MDC-übergreifend in den Gruppierungsalgorithmus eingebunden werden können. Nachdem im DRG-System 2004 mit 2 globalen Funktionen begonnen wurde (Geburtsgewicht, OR-Prozedur ohne Bezug), sind seit 2009 22 globale Funktionen eingesetzt. In der Entwicklung hat sich ein Trend zur prozedurengestützten globalen Funktion gezeigt. Für 2012 wurde die globale Funktion der intensivmedizinischen Komplexbehandlung geändert. Sie ist nun in die intensivmedizinische Komplexbehandlung für Kinder und die intensivmedizinische Komplexbehandlung für Erwachsene differenziert. Damit ist die intensivmedizinische Komplexbehandlung wichtiger Bestandteil des Systems, um komplexe Sachverhalte MDC-übergreifend aufwandsgerecht abzubilden.

Tabelle 2

Zahl der Zusatzentgelte nach Leistungskomplex.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Medikamente	1	31	39	53	57	62	73	75	77
Sachmittel	12	25	25	23	27	30	31	31	31
Diagnostische Verfahren	0	0	1	1	1	1	1	2	2
Therapeutische Verfahren	13	15	18	28	30	34	38	38	40
Gesamt	26	71	83	105	115	127	143	146	150

Tabelle 3

Neu geschaffene Zusatzentgelte 2012 aus dem NUB-Verfahren.

NUB-Leistung	Status 2011	ZE 2012	Bezeichnung des ZE
Micafungin	1	ZE128	Gabe von Micafungin, parenteral
Tocilizumab	1	ZE129	Gabe von Tocilizumab, parenteral
Dasatinib	1	ZE2012-91	Gabe von Dasatinib, oral
Catumaxomab	1	ZE2012-92	Gabe von Catumaxomab, parenteral
Intraarterielle Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanologa (Aufnahme in bestehendes unbewertetes ZE)	1	ZE2012-71	Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanologa

Die Zahl der Zusatzentgelte (ZE) hat sich 2012 um 4 auf 150 erhöht. Davon werden 86 Zusatzentgelte bundeseinheitlich bewertet. 64 Zusatzentgelte sind definiert, konnten aber bislang nicht sachgerecht kalkuliert werden und müssen daher krankenhausindividuell vereinbart werden. Bei den Zusatzentgelten lassen sich vier Leistungskomplexe identifizieren:

- teure Medikamente (inkl. Blutprodukte)
- teure Sachmittel
- diagnostische Verfahren
- therapeutische Verfahren.

Die Entwicklung der Zusatzentgelte nach Leistungskomplexen ist in Tabelle 2 dargestellt.

Dieses Jahr wurden von 85 Methoden/Leistungen aus dem NUB-Verfahren mit Status 1 für die sachgerechte Abbildung im DRG-System 2012 fünf als neue Zusatzentgelte definiert oder in bestehende Zusatzentgelte integriert (Tab. 3).

Drei Leistungen wurde in das System überführt, in dem diese in der DRG-Definition Berücksichtigung finden. Dazu gehören:

- Eximer-Laser-Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden in die Definition mehrerer DRGs für Schrittmacherimplantation bzw. -revision (F12C, F12E und F18A/B)
- Endovaskuläre Implantation einer iliakalen Stent-Prothese mit Seitenarm in die A. iliaca interna ohne

Beteiligung der Aorta in die F51B Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination sowie

- Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation für bestimmte Fälle der Basis-DRG F12 Implantation eines Herzschrittmachers.

Relevante Änderungen des G-DRG Katalogs 2012, des OPS-301-, des ICD-10-Katalogs sowie der DKR für unser Fachgebiet

Anästhesie, Schmerztherapie und Palliativmedizin

Die Anästhesieleistung ist weiterhin mit dem operativen Eingriff in der jeweiligen DRG kalkuliert.

Die perioperative Schmerztherapie (8-919) ist in die jeweilige Fallpauschale kalkuliert und nicht erlösrelevant.

Palliativmedizinisch behandelte Fälle sind über viele DRGs verteilt und unterscheiden sich hinsichtlich der Verweildauer und des notwendigen Aufwandes zum Teil erheblich. Im System 2010 wurden innerhalb des ZE 60 drei differenzierte Beträge entsprechend den jeweiligen OPS-Kodes kalkuliert. Zur Kalkulation der ZE für 2012 stand dem InEK erneut eine breitere Datenbasis mit deutlich mehr Fällen aus mehr Kliniken zur Kalkulation zur Verfügung. Bei un-

veränderter Kalkulationsmethodik ergab sich für 2012 eine geringe Erhöhung der Beträge für das ZE mit einer Behandlungsdauer von 7 bis 13 Tagen (+ 0,41%) und mehr als 20 Tagen (+3,71%). Für die Behandlungsdauer zwischen 14 und 20 Tagen wurde das Entgelt um 7,62% abgesenkt.

Neu in der OPS-Version 2012 ist der Kode 8-98e.ff für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung. Dieser Kode ist auch nach Behandlungstagen gesplittet und führt wie die Palliativmedizinische Komplexbehandlung in das Zusatzentgelt ZE 60.

Die Anforderungen sind jedoch erheblich höher. So werden neben einer kontinuierlichen, 24-stündigen Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mind. 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles Team sowohl eine höhere Qualifikation des Personals als auch eine von montags bis freitags tagsüber mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit gefordert. Weitere Inhalte des OPS-Kodes sind zum Beispiel die tägliche dokumentierte multiprofessionelle Fallbesprechung und die Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator.

Mit Hilfe der dann im Jahr 2013 vorliegenden Daten und fallbezogenen Informationen wird es möglich sein, die Fälle mit diesem Kode der „spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ zu analysieren und zu bewerten.

Eine wichtige Änderung für die Anästhesie stellt die Streichung der CCL-Relevanz der schwierigen oder misslungenen Intubation dar (T88.4).

Intensivmedizin

Die Weiterentwicklung der Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorger Patienten war auch 2012 einer der wesentlichen Schwerpunkte.

Meilensteine der Weiterentwicklung waren die Etablierung der Funktion Komplizierende Prozeduren (2005) sowie die Einbindung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Aufwandspunkte nach TISS und SAPS) in den Jahren 2006 und 2007.

Gemessen an den Umbauten der Vorjahre, gibt es im Bereich der Intensivmedizin in der G-DRG-Version 2012 nur wenige, aber bedeutsame Veränderungen:

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Zur aufwandsgerechten Abbildung intensivmedizinischer Leistungen wurden in den zurückliegenden Jahren der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems mehrere Wege parallel beschritten:

- Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC
- Berücksichtigung der Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score)
- Einbeziehen der ab 2008 erstmals gültigen Kodes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter
- Etablierung intensivmedizinisch bedeutsamer Zusatzentgelte
- Analyse intensivmedizinisch relevanter, aufwendiger Prozeduren mit nachfolgender Berücksichtigung in zahlreichen DRG-Definitionen oder Splitkriterien, z.B. im Rahmen der Funktion Komplizierende Konstellationen.

Auch nach mehrjähriger Anwendung haben sich diese Lösungsansätze alle im Grundsatz als weiterhin geeignet zur sachgerechten Abbildung der Intensivmedizin gezeigt. Die für 2012 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter Lösungen dar.

2012 gab es keinen systematischen Umbau im Bereich Intensivmedizin. Die wesentlichen Änderungen ergaben sich durch die Ergänzung der intensivmedizinischen DRGs für Erwachsene um die entsprechenden Punkteklassen für Kinder. Damit sind nun in allen intensivmedizinischen DRGs intensivmedizinisch versorgte Kinder berücksichtigt, was eine erhebliche Aufwertung aufwendiger intensivmedizinischer Leistungen bei Kindern bedeutet.

Des Weiteren fanden kleinere Verfeinerungen durch Detaillösungen statt. Es erfolgte beispielsweise die Aufwertung

bestimmter aufwendiger Konstellationen, wie zum Beispiel der extrakorporalen Membranoxygenation innerhalb der Basis-DRGs A09, A11 und A13.

Heimbeatmung

Die Kontrolle einer bestehenden Heimbeatmung bot bei der Kodierung erhebliches Konfliktpotential, da oftmals eine respiratorische Insuffizienz bei einer zugrunde liegenden Erkrankung vorlag. Die sachgerechte Abbildung dieser Fälle war aufgrund der unterschiedlichen Kodierung uneinheitlich. Es lag je nach Kodierung ein deutlicher Erlösunterschied vor. Wurde zum Beispiel die respiratorische Insuffizienz mit J96.1- als Hauptdiagnose mit einer Verweildauer von 3 Tagen kodiert, ergab sich die DRG E64C (RG 0,681). Wurde dagegen die zugrunde liegende chronisch-obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35% des Sollwerts als Hauptdiagnose bei gleicher Verweildauer kodiert, ergab sich die DRG E65B (RG 0,841). Aus diesem Unterschied in den zu erzielenden Relativgewichten lässt sich leicht das bestehende Konfliktpotential erkennen.

Daher wurden bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems 2012 folgende Ziele verfolgt:

- einheitliche und sachgerechte Vergütung, unabhängig von der Hauptdiagnose
- Beseitigung von Konfliktpotential
- keine Benachteiligung spezialisierter Kliniken durch einen Umbau
- keine Abwertung komplexer Fälle, wie zum Beispiel der Ersteinstellung einer Heimbeatmung.

Das Ergebnis dieser Weiterentwicklung ist die neu geschaffene DRG E78Z Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage (RG 0,296). Diese DRG wird definiert über den entsprechenden Prozedurenkode (Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung; OPS: 8-716.1). Bei einer Verweildauer >2 Tage erfolgt die DRG-Zuordnung entsprechend der Definition der jeweiligen Hauptdiagnose.

Bluter

Im Rahmen der Vertragsverhandlungen ist der definitorische Umgang mit den sogenannten „Bluterentgelten“ nach § 17b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) konfliktbehaftet. Aktuell werden Indikationen, Präparate und Preise auf lokaler Ebene verhandelt. Der Begriff „Bluter“ lässt eine Interpretation in der Definition zu. Ist die Definition des „angeborene Bluters“ unstrittig, bergen die temporär und dauerhaft erworbenen Gerinnungsstörungen (Mangel an Gerinnungsfaktoren im Blutplasma), die zellulären (Blutplättchenmangel und -defekte) und gefäßbedingten Blutgerinnungsstörungen, die im engeren Sinne keine „Bluter“ darstellen, erhebliches Konfliktpotential.

Die Vereinbarung für 2012 sieht vor, die Bezeichnung des ZE2012-27 unverändert zur Katalogversion 2011 zu belassen: „Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren“. Die Definition des Bluterbegriffs sowie die Detektion von Fällen mit besonders hohen Sachkosten für Gerinnungsfaktoren werden für die Katalogversion 2013 erneut zur Diskussion gestellt.

Änderungen im OPS

- BIS-Monitoring wurde dem OPS 8-920 (EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h) als Inklusivum hinzugefügt.
- Differenzierung der PECLA nach Stunden und nicht mehr nach Tagen
- Neuschaffung eines Kodes „Nicht-Invasive Kühlung durch Anwendung eines Kühlpadsystems (8-607.3)“;

Hinweis: Es muss eine Messung der Körperkerntemperatur über eine Sonde erfolgen, und die Kühlpads müssen adhäsig sein.

Zusammenfassung

Im ICD und OPS gibt es 2012 nur wenige für unser Fachgebiet relevante Änderungen. Es hat weitere Änderungen (Abwertung, Aufwertung und Streichungen von Codes) in der CCL-Matrix gegeben, um Nebendiagnosen aufwandsgerechter darstellen zu können und einige

streitbehaftete Konstellationen zu beseitigen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass auch in diesem Jahr ein großer Schritt zur leistungsgerechten Vergütung unseres Fachgebiets gemacht wurde. Die Neuerungen müssen nun rasch in die tägliche Routine umgesetzt werden, um einen leistungsgerechten Erlös für unser Fachgebiet bzw. die Klinik erzielen zu können.

Wie gewohnt, stellen wir Ihnen den DRG-Fachkommentar 2012 zu Verfügung, der Ihnen wieder einen (fast) vollständigen Überblick über alle relevanten Änderungen bietet.

Neuigkeiten rund um das Thema DRG finden Sie auch auf der neu gestalteten Seite des Referats Krankenhausmanagement unter www.bda.de. Hier erhalten Sie aktuelle Informationen z.B. zum Vorschlagsverfahren, zu Terminen und Muster-Anträgen für das NUB-Verfahren.

Downloads für weitere Informationen:

www.g-drg.de

G-DRG-Katalog Version 2012

Deutsche Kodervorschriften 2012

Abschlussbericht G-DRG-System 2012

www.dimdi.de

ICD-10 Version 2012

OPS-301 Version 2012

www.bda.de

Erklärung und Kodervorschrift

OPS-8-980

www.dgai.de

und Fachkommentar DRG 2012.

Korrespondenz- adresse



**Dr. med.
Hendrik Mende**

Leiter Medizincontrolling
 Regionale Kliniken Holding GmbH
 Posilipostraße 4
 71640 Ludwigsburg, Deutschland
 Tel.: 07141 99 60100
 Fax: 07141 99 60119
 E-Mail: dr.mende@gmail.com