

G-DRG-Version 2013 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet

Zusammenfassung

Der DRG-Katalog 2013 enthält nur moderate Anpassungen der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte. Es stehen nun 1.187 DRGs und 156 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 2013 nur wenige, aber zum Teil bedeutsame Neuerungen für unser Fachgebiet. Um auch im Jahr 2013 unser Fachgebiet leistungsgerecht im DRG-System darstellen zu können, müssen die Änderungen der Kodievorschriften in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

Summary

The DRG-2013 catalogue contains only moderate adjustments of DRGs and additional fees. There are now 1.187 DRGs and 156 additional charges available. Priorities in the classificatory development were in particular the areas of intensive care, extreme costs, treatment of children and the reduction of conflict potential in regard to encoding.

In comparison with the changes made over the past few years, few innovations are to be found in this year's DRG-catalogue for our specialty. In order to be able to represent our area of expertise in the DRG system in accordance with our performances in 2013 as well, the changes in this year's system must be adopted in our documentary routine.

G-DRG-Version 2013 – Its impact on our specialty

H. Mende¹ · A. Schleppers²

Einleitung

Die jährliche Weiterentwicklung der stationären Krankenhausvergütung hat inzwischen die zehnte DRG-Version gebracht. Die jährliche Überarbeitung ergab im Entwurf des DRG-Katalogs 2013 nur moderate Änderungen in den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten.

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) haben sich am 29.10.2012 auf das Fallpauschalsystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 verständigt. Verhandlungsgegenstand war vor allem das vor allem auf Landesebene konfliktbehaftete Thema der Vergütung der Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren. Hier wurde eine Lösung erzielt. Es wird nun mittels zwei Zusatzentgelten unterschieden. Zum einen die Behandlung von Blutern mit Gerinnungspräparaten und zum anderen die Therapie mit Blutgerinnungsfaktoren bei erworbenen Blutgerinnungsstörungen. Hierbei ist jedoch ein Schwellenwert vorgesehen.

Die aktuelle Version des ICD-10- und des OPS-301-Katalogs wurden im Oktober 2012 veröffentlicht.

Die Auswertung der Daten nach § 21 KHEntG zeigt weiterhin einen Rückgang der mittleren Verweildauer. Diese beträgt nun auf der Datenbasis des Jahres 2011 für Hauptabteilungen 6,69 Tage (2010: 6,87 Tage).

Die erforderliche Leistungsdifferenzierung erfolgte auch in diesem Jahr. Die Überarbeitung der DRG-Systematik führt

¹ Geschäftsbereichsleiter DRG-Management, AlbFilsKliniken GmbH, Göppingen

² Ärztlicher Geschäftsführer, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

Weitere Informationen:

www.g-drg.de

G-DRG-Katalog Version 2013,
Deutsche Kodievorschriften 2013
Abschlußbericht G-DRG-System 2013

www.dimdi.de

ICD 10 Version 2013,
OPS Version 2013

www.bda.de

Erklärung und Kodievorschrift
OPS 8-980

www.dgai.de

und

Fachkommentar DRG 2013.

Interessenkonflikt:

Der Autor 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

2013 erneut zu einer Verringerung der DRG-Anzahl. Die Zahl der Basis-DRGs blieb stabil auf dem Vorjahresniveau (Tab. 1).

Die Bewertungsrelationen des DRG-Kataloges 2013 wurden erneut so justiert, dass der effektive Gesamt-Casemix auf Bundesebene bei identischer Datenlage durch den Katalogwechsel nur unweitlich verändert wird. Die Spreizung zwischen höchster und niedrigster Bewertungsrelation wurde wie in den Vorjahren abgesenkt und verringerte sich in diesem Jahr um 4% auf 62,332 (2012: 65,197).

Die DRG-Version 2013 zeichnet sich durch eine weitere Systemverbesserung aus. Beispiele hierfür sind die klassifikatorische Überarbeitung verschiedener Bereich wie z.B. der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter, der Abdominalchirurgie, der hochaufwändigen Pflege von Kindern und Erwachsenen und der Auflösung streitbefangener Konstellationen. Es werden 2013 erneut weitere Zusatzentgelte ge-

schaffen 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 2013 wurden vom InEK knapp 1.000 Diagnosen untersucht. Dabei wurden 624 Kodes ermittelt, deren CCL-Werte

aufwandsgerecht angepasst wurden. Dabei wurde die bisherige pauschale Auf- bzw. Abwertung von Diagnosen verlassen und die Methodik der CCL-Matrix-Überarbeitung geändert. Die Bewertung von Nebendiagnosen erfolgt nun spezifischer, das heißt die globale Änderung durch Zeilenverschiebungen in der CCL-Matrix wurde durch spezifische Neubewertungen abgelöst.

Tabelle 1

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
DRGs gesamt	664 (+160)	824 (+54)	878 (+76)	954 (+128)	1082 (+55)	1137 (+55)	1192 (+8)	1200 (-6)	1194 (-1)	1193 (-6)	1187 (-6)
DRGs bewertet	642 (+164)	806 (+39)	845 (+68)	913 (+123)	1036 (+54)	1090 (+57)	1147 (+8)	1155 (-4)	1151 (-2)	1149 (-2)	1143 (-6)
DRGs unbewertet	22 (-4)	18 (+15)	33 (+8)	41 (+5)	46 (+1)	47 (-2)	45 --	45 (-2)	43 (+1)	44 (+1)	44 (-)
Basis-DRGs	411 (+60)	471 (+143)	614 (-36)	578 (+15)	593 (+11)	604 (+5)	609 (-16)	593 (+1)	594 (+1)	595 (+1)	592 (-3)

Tabelle 2

Zahl der Zusatzentgelte nach Leistungskomplex.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Medikamente	1	31	39	53	57	62	73	75	77	80
Sachmittel	12	25	25	23	27	30	31	31	31	34
Diagnostische Verfahren	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2
Therapeutische Verfahren	13	15	18	28	30	34	38	38	40	40
Gesamt	26	71	83	105	115	127	143	146	150	156

Neu aufgenommen in die CCL-Matrix wurden die beiden folgenden Diagnosekodes: A04.3 Darminfektionen durch enterohämorrhagische Escherichia coli und J98.50 Mediastinitis.

An der Funktion „Globale Funktionen“, um komplexe und aufwändige Fälle sachgerecht darzustellen, wurde nichts verändert. Diese Funktion bleibt weiterhin wichtiger Bestandteil des Systems, um bestimmte Sachverhalte weiterhin MDC-übergreifend in den Gruppierungsalgorithmus eingebunden werden können. Nachdem im DRG-System 2004 mit zwei 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. 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.

Die Zahl der Zusatzentgelte (ZE) hat sich 2013 um 6 auf 156 erhöht. Davon werden 90 Zusatzentgelte bundeseinheitlich bewertet. 66 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 2013 vier als neue Zusatzentgelte definiert (Tab. 3).

Zwei Leistungen wurde in das System überführt, in dem diese in der DRG-Definition Berücksichtigung finden. So wurden die Verfahren

- Perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz und die Leistung
- Transapikaler Mitralklappenersatz in die Definition der DRG F98Z Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzkäppen

aufgenommen.

Das Verfahren Eximer-Laser-Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden konnte in diesem Jahr weiter aufgewertet werden.

Relevante Änderungen des G-DRG Katalogs 2013, 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 dem notwendigen Aufwand zum Teil erheblich. Im System 2010 wurden innerhalb des ZE 60 drei differenzierte Beträge entsprechend der jeweiligen OPS-Kodes kalkuliert. Zur Kalkulation der ZE für 2013 stand dem InEK erneut eine breitere Datenbasis mit deutlich mehr Fällen (+16,5%) aus mehr Kliniken zur Kalkulation zur Verfügung. Bei unveränderter Kalkulationsmethodik ergab sich für 2013 ein leicht bis deutlich geringerer Betrag für das ZE60.

Der Kode 8-98e.ff für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung führt weiterhin wie die Palliativmedizinische Komplexbehandlung in das Zusatzentgelt ZE 60. Eine Analyse dieses Kodes kann mit dem

Tabelle 3

Neu geschaffene Zusatzentgelte 2013 aus dem NUB-Verfahren.

NUB-Leistung	Status 2012	ZE 2013	Bezeichnung des ZE
Vinflunin	1	ZE135	Gabe von Vinflunin, parenteral
Eculizumab	1	ZE2013-93	Gabe von Eculizumab, parenteral
Plerixafor	1	ZE2013-94	Gabe von Plerixafor, parenteral
Romiplostim	1	ZE2013-95	Gabe von Romiplostim, parenteral

Datenjahr 2012 erfolgen. Das Ergebnis dieser Analyse wird sich im DRG-System 2014 finden.

Intensivmedizin

Die Weiterentwicklung der Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorger Patienten war auch 2013 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) 2006 und 2007.

Gemessen an den Umbauten der Vorjahre gibt es im Bereich der Intensivmedizin in der G-DRG-Version 2013 nur wenige, aber bedeutsame Veränderungen:

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Zur aufwandsgerechten Abbildung intensivmedizinischer Leistungen wurden in den zurückliegenden Jahren der Weiter-

entwicklung 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 Intensiv-

medizin gezeigt. Die für 2013 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter Lösungen dar.

2013 gab es keinen systematischen Umbau im Bereich Intensivmedizin. Die Funktion Komplizierende Konstellationen Prä-MDC, die als Kostentreller innerhalb der Prä-MDC fungiert, wurde in diesem Jahr ebenfalls weiterentwickelt. Es wurden Prozedurenkodes, die dieses Kriterium nicht mehr erfüllten, aus der Definition der entsprechenden Funktionen gestrichen, um den tatsächlich erschwerteten Behandlungsfällen weiterhin gerecht zu werden. Dabei wurde der Kodebereich 8-77 Maßnahmen im Rahmen der Reanimation (8-771 Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation, 8-772 Operative Reanimation, 8-779 Andere Reanimationsmaßnahmen) aus den Funktionen Komplizierende Konstellationen I, II, III und Komplizierende Konstellationen der Prä-MDC entfernt. Der OPS-

Kode 8-800.c1 Erythrozytenkonzentrat, 6 TE bis unter 11 TE ist nicht mehr Bestandteil der Definition der Funktion Komplizierende Konstellationen der Prä-MDC.

Des Weiteren fanden kleinere Verfeinerungen durch Detaillösungen statt. Es erfolgte beispielsweise die Aufwertung bestimmter aufwendiger Konstellationen wie zum Beispiel Fälle mit pulmonaler Endarteriektomie innerhalb der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC.

Neu eingeführt zur Abbildung der Intensivmedizin wurde der OPS-Kode 8-98f.(**) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung. Dieser Kode setzt deutlich höhere strukturelle Anforderungen zur Kodierung voraus als der bisherige OPS-Kode 8-980.(**). So wird beispielsweise gefordert, dass die Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt, erfolgt.

Strukturelle Forderungen sind des Weiteren die 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren:

- Apparative Beatmung
- Nicht invasives und invasives Monitoring
- Kontinuierliche oder intermittierende Nierenersatzverfahren
- Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT
- Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
- Endoskopie und die

24-stündige Verfügbarkeit von einem der folgenden drei Verfahren:

- Intrakranielle Druckmessung
- Transösophageale Echokardiographie
- Mikrobiologische Diagnostik.

Zudem wird die tägliche Verfügbarkeit von physiotherapeutischen Leistungen – auch am Wochenende – gefordert.

Die Aufwandpunkte errechnen sich analog dem bisherigen Schema aus der Addition der täglich erhobenen TISS-(core 10) und SAPS-II-Punkte. Die Kodierung des OPS 8-98f.(**) führt 2013 in die gleichen DRGs wie der OPS 8-980.(**). Der OPS 8-98f ist 2013 nicht erlösrelevant. Welche Folgen die Kodierung dieses Kodes haben wird, das heißt,

ob die Erfüllung der höheren Strukturvoraussetzungen zu einem höheren Erlös führen oder ob der OPS 8-980 aus der Tabelle der globalen Funktionen gänzlich verschwinden wird, ist aktuell nicht zu sagen. Hier sind die Analysen des InEK der Datenjahre 2013 und 2014 abzuwarten, ob dieser Kode als Kosten trenner geeignet ist. Ist dies der Fall, ist zu erwarten, dass die Neuschaffung dieses OPS-Kodes in den kommenden Jahren zu einer Umverteilung der Erlöse in Richtung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung führen wird.

Bluterentgelte

Im Rahmen der Vertragsverhandlungen ist der definitorische Umgang mit den sogenannten „Bluterentgelten“ nach § 17b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungs gesetz (KHG) seit Jahren auf Landes- wie Bundesebene konfliktbehaftet. Bis 2012 wurden Indikationen, Präparate und Preise auf lokaler Ebene verhandelt. Der Begriff „Bluter“ lies eine Interpretation in der Definition zu. Ist die Definition des „angeborenen 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.

In der Vereinbarung für 2013 wurden nun zwei unterschiedliche Zusatzentgelte zur Abbildung von „Blutern“ geschaffen und lösen das bisherige ZE 2012-27 ab.

Die beiden neuen Zusatzentgelte sind:

- ZE2013-97 „Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsstörungen“ und
- ZE2013-98 „Gabe von Blutgerinnungsfaktoren“.

Für das Zusatzentgelt ZE2013-98, das intrabudgetär vergütet wird, wurde zwischen den Selbstverwaltungspartnern ein administrativer Schwellenwert in Höhe von 15.000,- € vereinbart. Dies bedeutet, dass erst ab Überschreiten dieser Schwelle der gesamte Betrag für die Behandlung mit dem jeweiligen Blutgerinnungsfaktor abgerechnet werden kann.

Ausgelöst werden die Zusatzentgelte durch eine Kombination von definierten ICD-Bzw. OPS-Kodes. Diese sind in der Anlage 6 (OPS) und in der neu geschaffenen Anlage 7 (ICD) der FPV 2013 zu finden. Die Zuordnung zum entsprechenden Zusatzentgelt erfolgt über die entsprechenden ICD-Kodes.

Zusammenfassung

Im ICD und OPS gibt es 2013 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 2013 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 aktualisierten Seite des Referats Krankenhausmanagement unter www.bda.de. Hier erhalten Sie aktuelle Informationen (z.B. zu dem Vorschlagsverfahren, Terminen) und Muster-Anträge für das NUB-Verfahren.

Korrespondenz- adresse



**Dr. med.
Hendrik Mende**

Geschäftsbereichsleiter
DRG-Management
AlbFilsKliniken GmbH
Eichertstraße 3
73035 Göppingen, Deutschland
Tel: 07161 642430
E-Mail: hendrik.mende@kae.de