

## G-DRG-Version 2014 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet

## G-DRG-Version 2014 – Its impact on our specialty

H. Mende<sup>1</sup> · A. Schleppers<sup>2</sup>

### Zusammenfassung

Der DRG-Katalog 2014 enthält nur moderate Anpassungen der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte. Es stehen nun 1.196 DRGs und 159 Zusatzentgelte zur Verfügung. Schwerpunkte in der klassifikatorischen Weiterentwicklung waren insbesondere die Bereiche Intensivmedizin, Extremkosten, Behandlung von Kindern und der Abbau von Konfliktpotenzial bei der Kodierung.

Gemessen an den Veränderungen der letzten Jahre ergeben sich 2014 nur wenige, aber zum Teil bedeutsame Neuerungen für unser Fachgebiet. Um auch im Jahr 2014 unser Fachgebiet leistungsgerecht im DRG-System darstellen zu können, müssen die Änderungen der Kodiervorschriften in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

### Summary

The DRG-2014 catalogue contains only moderate adjustments of DRGs and additional fees. There are now 1196 DRGs and 159 additional charges available. Priorities in the classificatory development particularly involved the areas of intensive care, extreme costs, treatment of children and the reduction of conflict potential in encoding.

As measured by the changes during the past few years only sparse innovations result for our speciality from this year's DRG-catalogue. In order to represent our area of expertise in the DRG system according to our performances also in 2014, the changes of this year's system must be included in our documentary routine.

### Einleitung

Die jährliche Weiterentwicklung der stationären Krankenhausvergütung hat inzwischen die elfte DRG-Version gebracht. Die jährliche Überarbeitung ergab im Entwurf des DRG-Katalogs 2014 erneut 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 14.10.2013 auf das Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2014 verständigt. Verhandlungsgegenstand war vor allem das insbesondere auf Landesebene konfliktbehaftete Thema der Vergütung der Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren. Hier wurde eine Zwischenlösung erzielt. Es wird weiterhin mittels zweier unterschiedlicher Zusatzentgelte 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. Dieser wurde auf 9.500 Euro für das Jahr 2014 abgesenkt.

Die aktuelle Version des ICD-10- und des OPS-301-Katalogs wurden im Oktober 2013 veröffentlicht.

Die Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG zeigt weiterhin einen Rückgang der mittleren Verweildauer. Diese beträgt nun auf der Datenbasis des Jahres 2012 für Hauptabteilungen 6,57 Tage (2011: 6,69 Tage).

- 1 Klinik für Neurologie, Neurophysiologie, Frührehabilitation und Schlafmedizin, Neurologische Intensivstation, Klinikum Christophsbad, Göppingen
- 2 Ärztlicher Geschäftsführer, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

### Weitere Informationen:

#### [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)

G-DRG-Katalog Version 2014,  
Deutsche Kodiervorschriften 2014  
Abschlussbericht G-DRG-System 2014

#### [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

ICD 10 Version 2014,  
OPS Version 2014

#### [www.bda.de](http://www.bda.de)

Erklärung und Kodiervorschrift  
OPS 8-980

#### [www.dgai.de](http://www.dgai.de)

und

#### Fachkommentar DRG 2014.

### 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 (DGRs) – Anaesthesia – Intensive Care Medicine

Die erforderliche Leistungsdifferenzierung erfolgte auch in diesem Jahr. Die Überarbeitung der DRG-Systematik führt 2014 zu einem geringen Anstieg der DRG-Anzahl. Die Zahl der Basis-DRGs blieb stabil auf dem Niveau der Vorjahre (Tab. 1).

Die Bewertungsrelationen des DRG-Kataloges 2014 wurden erneut so justiert, dass der effektive Gesamt-Casemix auf Bundesebene bei identischer Datenlage durch den Katalogwechsel nur unwesentlich verändert wird.

Die DRG-Version 2014 zeichnet sich durch eine weitere Systemverbesserung aus.

Beispiele hierfür sind die klassifikatorische Überarbeitung verschiedener Bereiche, wie z.B. der „Beatmungs-DRGs“, der Wirbelsäulenchirurgie, der hochaufwändigen Pflege von Kindern und Erwachsenen und der Auflösung streitbefangener Konstellationen. Es werden 2014 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. Die Methodik der Überarbeitung der CCL-Matrix wurde bereits 2013 geändert. Die Bewertung von Nebendiagnosen erfolgte spezifischer, d.h. globalere Änderungen (Zeilenverschiebungen in der CCL-Matrix) wurden durch DRG-spezifische Anpassungen abgelöst. Dieses Vorgehen wurde 2014 weiterverfolgt und zum Beispiel das Vorhandensein einer inhaltlichen Nähe bestimmter Diagnosen zum typischen DRG-Inhalt oder Kodierbesonderheiten (streitbefangene Kodierung) untersucht. Für das Jahr 2014 wurden vom InEk über 40 Diagnosekodes aus dem Vorschlagsverfahren sowie weitere 1.200 Diagnosen hinsichtlich der CCL-Relevanz bewertet. Dabei wurden 1.098 Kodes ermittelt, deren CCL-Werte aufwandsgerecht angepasst wurden. Damit handelt es sich um den bislang umfangreichsten Umbau der CCL-Matrix. Die geänderte Bewertung und Kalkulation ist im Abschlussbericht DRG-System 2014 des InEk genau beschrieben.

Tabelle 1

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DRGs gesamt	664	824 (+160)	878 (+54)	954 (+76)	1082 (+128)	1137 (+55)	1192 (+55)	1200 (+8)	1194 (-6)	1193 (-1)	1187 (-6)	1196 (+9)
DRGs bewertet	642	806 (+164)	845 (+39)	913 (+68)	1036 (+123)	1090 (+54)	1147 (+57)	1155 (+8)	1151 (-4)	1149 (-2)	1143 (-6)	1148 (+5)
DRGs unbewertet	22	18 (-4)	33 (+15)	41 (+8)	46 (+5)	47 (+1)	45 (-2)	45 --	43 (-2)	44 (+1)	44 (-)	46 (+2)
Basis-DRGs	411	471 (+60)	614 (+143)	578 (-36)	593 (+15)	604 (+11)	609 (+5)	593 (-16)	594 (+1)	595 (+1)	592 (-3)	588 (-4)

Abbildung 1

517	DRG-spezifische Abwertungen in < 3 Basis-DRGs
266	DRG-spezifische Abwertung in < 10 Basis-DRGs
171	DRG-spezifische Abwertung in < 30 Basis-DRGs
63	DRG-spezifische Abwertung in < 29 Basis-DRGs
52	Aufwertungen in Verbindung mit DKR Geburtshilfe
18	Aufwertungen nach Einzelanalyse DRG
1	Gleichzeitige Auf- und Abwertung nach Einzelanalyse DRG
7	Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren
1	Abwertung aus dem Vorschlagsverfahren
2	Auf- und Abwertungen durch Vereinheitlichung geschlechtsabhängiger CCL-Werte
1098	Diagnosen wurden verändert

Veränderungen in der CCL-Matrix 2014.

Abbildung 2

$$\text{wobei } x = \text{round} \left( \frac{\ln \left\{ \sum_{i=k}^n CCL_i * e^{(-\alpha \cdot (i-k))} \right\}}{\frac{\ln \left( \frac{3}{\alpha} \right)}{4}} \right)$$

mit:  $\alpha$  = Dämpfungsparameter, Wert derzeit 0,4  
 $n$  = Anzahl der Diagnosen eines Falles  
 $i$  = Rangnummer der sortierten Diagnose  
 $k$  = 1 für die Basis-DRGs P01-P67,  
 $k$  = 2 für alle anderen Basis-DRGs  
 Verwende Haupt- und Nebendiagnosen in MDC 15 („P“),  
 sonst verwende nur Nebendiagnosen

Angepasste Formel zur Berechnung des PCCL.

Neu aufgenommene Codes sind zum Beispiel:

- **E66.02 (.12, .22, .82, .92) Adipositas mit Body-Mass-Index (BMI) von 40 und mehr**
- **B00.5 Augenkrankheit durch Herpesviren**
- **Z95.80 Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems**

- **N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis.**

Eine Zusammenfassung der Änderung an der CCL-Matrix zeigt Abbildung 1. Zusätzlich wurde die Formel zur Berechnung des PCCL verändert. Dies führt dazu, dass der erste Wert im Zähler vor der Logarithmisierung nicht mehr um 1 erhöht wird (Abb. 2).

Dies führt nun dazu, dass aufgrund des festen Nennerwertes geringe CCL-Ausprägungen nicht mehr so stark zu einem hohen PCCL-Ausschlag führen.

An der Funktion „Globale Funktionen“, um komplexe und aufwändige 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 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 2014 um 3 auf 159 erhöht. Davon werden 95 Zusatzentgelte bundeseinheitlich bewertet. 64 Zusatzentgelte sind definiert, konnten aber bislang nicht sachgerecht kalkuliert werden und müssen daher krankenhausspezifisch 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 aus dem NUB-Verfahren mit Status 1 für die sachgerechte Abbildung im DRG-System 2014 eines als neues Zusatzentgelt definiert.

**Tabelle 2**

Zahl der Zusatzentgelte nach Leistungskomplex.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Medikamente	1	31	39	53	57	62	73	75	77	80	83
Sachmittel	12	25	25	23	27	30	31	31	31	34	34
Diagnostische Verfahren	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Therapeutische Verfahren	13	15	18	28	30	34	38	38	40	40	40
<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>71</b>	<b>83</b>	<b>105</b>	<b>115</b>	<b>127</b>	<b>143</b>	<b>146</b>	<b>150</b>	<b>156</b>	<b>159</b>

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

Dazu gehört zum einen die Lungenlebenspende, für die eine eigene unbewertete DRG (Z04Z) geschaffen wurde, und zum anderen das aus den OPS-Kodes 5-429.p „Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems“ abgebildete Verfahren, das in die DRG G19B aufgenommen wurde.

### Relevante Änderungen

des G-DRG Katalogs 2014,  
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 den jeweiligen OPS-Kodes kalkuliert. Zur Kalkulation der ZE für 2014 stand dem InEK erneut eine breitere Datenbasis mit deutlich mehr Fällen aus mehr Kliniken zur Kalkulation zur Verfügung. Bei unveränderter Kalkulationsmethodik ergab sich für 2014 ein leicht bis deutlich geringerer Betrag für das ZE 60.

Der Kode 8-98e.ff für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung führt 2014 in das Zusatzentgelt ZE 145. Eine Analyse dieses Kodes erfolgte mit dem Datenjahr 2012. Das Ergebnis dieser Analyse und die Bewertung der beiden palliativmedizinischen Zusatzentgelte zeigt sich in Tabelle 3.

### Intensivmedizin

Die Weiterentwicklung der Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorgter Patienten war auch 2014 einer der wesentlichen Schwerpunkte.

Meilensteine der Weiterentwicklung waren die Etablierung der Funktion komplizierende Prozeduren in 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 2014 zwei 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 *intensivmedi-*

Tabelle 3

ZE 60 palliativmedizinische Komplexbehandlung und ZE 145 spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung.

Zusatzentgelt		Betrag in Euro				Differenz zum Vorjahr	
		2011	2012	2013	2014	2013 vs. 2014	
						Absolut (€)	Relativ (%)
ZE 60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.334,51	1.339,98	1.273,89	1.274,13	0,24	0,02
ZE 60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	2.124,83	1.962,94	1.756,38	1.621,46	-134,92	-7,68
ZE 60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.310,64	3.433,48	2.760,58	2.603,60	-156,98	-5,69
ZE 145.01	Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage				1.572,06		
ZE 145.02	Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage				1.906,10		
ZE 145.03	Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage				3.220,35		

### zinische 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 2014 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter Lösungen dar.

2014 gab es einen systematischen Umbau im Bereich Intensivmedizin. Die Trennschärfe bzw. die Abbildung hochaufwendiger intensivmedizinisch versorgter Fälle für den kostenintensiven Bereich der Intensivmedizin konnte für 2014 deutlich verbessert werden. Die Analyse der bisherigen Kostentrenner (Beatmungsstunden, TISS/SAPS-Aufwandspunkte, komplexe Prozeduren etc.) hat gezeigt, dass deren Kombination deutlich trennschärfer ist als die Parameter einzeln betrachtet. Dies führt

2014 dazu, dass in den „Beatmungs-DRGs“ A07, A09, A11 und A13 Fälle mit einer bestimmten Anzahl an Aufwandspunkten intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit einer geringeren Anzahl an Beatmungsstunden in eine höher bewertete „Beatmungs-DRG“ eingruppiert werden. So kann die DRG A09C entweder mit >499 Beatmungsstunden und diverser komplizierender Konstellation/Prozeduren oder mit >249 Beatmungsstunden und der Prozedur Intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 2.353/2.209 Aufwandspunkten erreicht werden.

Des Weiteren wurden die DRGs A11G und A13G anhand des Kriteriums „äußerst schwere CC“ weiter differenziert, so dass 2 neue DRGs A11H und A13H entstanden, die allein über die Beatmungszeit definiert sind.

Die Bemühungen von BDA, DGAI und DIVI um eine sachgerechte Vergütung komplexer Intensivbehandlung führten 2013 zur Aufnahme der Leistungsziffer 8-98f.\* „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ zur Dokumentation aufwendiger intensivtherapeutischer Leistungen in den OPS-Katalog. Dieser OPS darf anstelle der 8-980.\* verwendet werden, wenn die umfangreichen Strukturvoraussetzungen hinsichtlich der rund um die Uhr ver-

fügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, der klinischen Konsiliardienste und der personellen Voraussetzungen erfüllt sind (siehe [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de), unter „Klassifikationen“). Für 2014 besitzt dieser Code dieselbe Entgeltrelevanz wie der OPS 8-980.ff.

Ob dieser Code zukünftig eine höherwertige Erlösrelevanz hat als der Code 8-980.ff und damit zu einer kostengerechteren Vergütung der Intensivmedizin beitragen wird, bleibt abzuwarten. Sollte dies der Fall sein, werden sicherlich die Kostenträger mit Hilfe der Einzelfallprüfung des MDK die vorzuhaltenden Strukturen verstärkt prüfen.

### Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC

Bei der Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs in der Prä-MDC kommt eine Vielzahl von weiteren Splitkriterien zur Anwendung:

- Operative Eingriffe (nach Komplexität gestaffelt)
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (TISS/SAPS)
- Alter
- Diagnosen (angeborene Fehlbildungen, Tumoren, Polytrauma)
- Komplizierende Konstellationen.

Bei Patienten, die über lange Zeit (>95 Stunden) unter intensivmedizinischen Bedingungen beatmet werden, sind in

der G-DRG-Version 2014 die Zahl der Beatmungsstunden sowie die Anzahl der Aufwandspunkte der intensivmedizinischen Komplexbehandlung das primäre Gruppierungsmerkmal. Dabei wurde die Einteilung der Zeitklassen unverändert belassen; neu ist jedoch, dass mit einer bestimmten Anzahl an Punkten aus der intensivmedizinischen Komplexbehandlung die nächst höhere DRG erreicht werden kann:

- Basis-DRG A06 >1800 Std. (unverändert)
- Basis-DRG A07 >999 Std. ODER >499 Std. bei TISS/SAPS >4600 Pkt.
- Basis-DRG A09 >499 Std. ODER >245 Std. bei TISS/SAPS >2208 Pkt.
- Basis-DRG A11 >249 Std. ODER >95 Std. bei TISS/SAPS >1656 Pkt.
- Basis-DRG A13 >95 Std. und KEIN TISS/SAPS >1656 Pkt.

Bei der aufwandsgerechten Umgestaltung der DRGs A06 bis A13 für Fälle mit Beatmung >95 Stunden konnten in den Jahren 2003 bis 2007 insbesondere hochaufwendige Fälle immer besser abgegrenzt werden, wozu neben der Berücksichtigung verschieden aufwendiger operativer Leistungen vor allem die Einteilung nach Intensivmedizinischer Komplexbehandlung beigetragen hat. 2008 lag der Schwerpunkt der Weiterentwicklung auf einer Ausdifferenzierung der jeweils rangniedersten Fallpauschalen der Basis-DRGs A07, A09, A11 und A13. In diesen DRGs fanden sich trotz einer relativ guten Kostenhomogenität aller Fälle bei Detailanalysen sowohl vergleichsweise gering aufwendige Fälle mit Langzeitbeatmung als auch wesentlich komplexere Intensivfälle, die aber von keinem der bisher eingesetzten Splitkriterien erfasst wurden. Hier gelang seit 2009 eine deutliche Verbesserung durch den Einsatz einer in einer Vielzahl von Analysen erarbeiteten Hauptdiagnosenliste als DRG-Splitkriterium.

#### Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren

Im Rahmen der Vertragsverhandlungen war der definitorische Umgang mit den sogenannten „Bluterentgelten“ nach § 17b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) konfliktbehaftet.

Aus diesem Grund wurden für 2013 zwei verschiedene Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutgerinnungsstörungen geschaffen, die das seit Einführung des G-DRG-Systems etablierte Zusatzentgelt ZE20XX-27 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* ersetzen: das extrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE2013-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und das intrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE2013-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*.

Ein Novum ist, dass beide Zusatzentgelte durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert sind. Unter das Zusatzentgelt ZE2013-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* fallen zukünftig Fälle mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen.

Für Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen kann dagegen das Zusatzentgelt ZE2013-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* geltend gemacht werden, wenn ein Wert von 15.000 Euro für Blutgerinnungsfaktoren gemäß der für das Zusatzentgelt definierten OPS-Liste überschritten wird. Dieser Schwellenwert von 15.000 Euro ist im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems zu prüfen.

Es zeigte sich jedoch, dass das ZE2013-98 aufgrund dieser Vorgaben kaum abgerechnet werden konnte und kostenintensive Behandlungen mit Blutgerinnungsfaktoren nicht vergütet wurden. Dies lag zum einen an der absoluten Höhe des Schwellenwertes und zum anderen daran, dass dieser sich nicht auf die Summe aller verabreichten Blutgerinnungsfaktoren, sondern jeweils nur auf einen einzelnen bezog. Da bei der Kalkulation des Schwellenwertes Unsicherheiten bei der Bewertung bestanden, wurde die Thematik erneut in der Selbstverwaltung verhandelt. Ergebnis war, dass der Schwellenwert nicht mehr auf den einzelnen, sondern auf die Summe aller während der Behandlung verabreichten Blutgerinnungsfaktoren zu beziehen ist und die Höhe des Schwellenwertes auf 9.500 Euro abgesenkt wurde. Dieser Wert gilt für 2014

und 2015. Ab dem DRG-Katalog 2016 soll der Schwellenwert auf Grundlage der InEK-Kalkulation festgelegt werden.

#### Zusammenfassung

**Im ICD und OPS gibt es 2014 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 um einige streitbehaftete Konstellationen zu beseitigen.**

**Zusammenfassend kann man sagen, dass durch die Neubewertung der „Beatmungs-DRGs“ anhand der Beatmungsstunden in Kombination mit den Punkten aus der intensivmedizinischen Komplexbehandlung 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 2014 zu Verfügung, der Ihnen wieder einen (fast) vollständigen Überblick über alle relevanten Änderungen bietet.**

#### Korrespondenzadresse



**Dr. med.  
Hendrik Mende**

Klinik für Neurologie, Neurophysiologie, Frührehabilitation und Schlafmedizin, Neurologische Intensivstation, Klinikum Christophsbad Göppingen  
Faurndauer Straße 6-28,  
73035 Göppingen, Deutschland

E-Mail:  
hendrik.mende@christophsbad.de