Anpassung des G-DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen

---

Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

erstellt durch

PD Dr. Norbert Roeder

DRG-Research Group
Universitätsklinikum Münster
der Westfälischen Wilhelms-Universität
Domagkstr. 20, 48129 Münster

Mai 2003

Präambel

Im Jahr 2002 erfolgte die Übersetzung des australischen DRG-Systems in die erste Version des deutschen G-DRG-Systems. Mit dieser „Version 1.0“ konnten die Krankenhäuser auf freiwilliger Basis in das Optionsjahr 2003 starten. Nachdem das australische System zunächst so gut wie unverändert übernommen wurde, steht nun die grundlegende Anpassung an das deutsche Versorgungsgeschehen bevor.

Die DKG hat gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung die erforderlichen Schritte für diese umfangreiche und schwierige Aufgabe in die Wege geleitet. Eine große Anzahl von Krankenhäusern hat sich bereitgefunden, die Fallkosten ihrer DRG-relevanten Behandlungsfälle zur Verfügung zu stellen. Es sei den Krankenhäusern, die diese umfangreichen Arbeiten freiwillig auf sich genommen haben, an dieser Stelle ein großer Dank ausgesprochen. Ergänzend zum datengestützten Anpassungsprozess haben die Selbstverwaltungspartner über das InEK ein formalisiertes Vorschlagsverfahren implementiert, um allen Anwendern und Experten die Möglichkeit zu bieten, auf bestehende Probleme hinzuweisen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten.

Zur Konkretisierung des Anpassungsbedarfes hat die DKG ein Gutachten bei Herrn PD Dr. Norbert Roeder, DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster, in Auftrag gegeben. Der Gutachter hat auf der Basis zahlreicher Evaluationsprojekte und eigenen Erfahrungen eine Vielzahl problematischer Leistungen und Bereiche identifiziert, für die Lösungen gefunden werden müssen. Neben der Benennung und nachvollziehbaren Beschreibung der Probleme zeigt der Gutachter Lösungswege auf, weist aber auch deutlich auf die Grenzen eines bundesweiten Fallpauschalensystems hin.

Das vorliegende, umfangreiche Gutachten stellt wohl eine bislang einmalige fachübergreifende Aufarbeitung von konkreten Problemen und Lösungsmöglichkeiten dar. Selbstverständlich kann trotz des Umfangs des Gutachtens keine Vollständigkeit bezüglich sämtlicher Probleme erwartet werden. Auch sind die Ausführungen und Lösungsvorschläge als Empfehlungen des neutralen Gutachters zu verstehen und lassen insofern nicht den Rückschluss auf stets gleichlautende DKG-Positionen zu. Mit der Veröffentlichung des Gutachtens soll sowohl ein konstruktiver Beitrag für den Anpassungsprozess als auch Anregungen für die weitere wissenschaftliche und politische Diskussion gegeben werden.



Jörg Robbers
Hauptgeschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Danksagung

Dieses Gutachten ist in Teamarbeit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster entstanden. Ich möchte mich deshalb ganz herzlich bei meinem Team bedanken, welches durch die gemeinsamen Vorarbeiten, überwiegend im Rahmen unserer DRG-Evaluationsprojekte, die eine wesentliche Grundlage dieses Gutachtens bilden, die erforderlichen Informationen zusammengetragen und ausgewertet hat. Ohne diese uneingeschränkte Unterstützung wäre das Gutachten nicht zustande gekommen.

Bedanken möchte ich mich auch bei den vielen Kolleginnen und Kollegen der medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften und aus den Krankenhäusern, die uns geholfen haben, besondere Situationen und Konstellationen der medizinischen Versorgung insbesondere von Spezialisierungen zu identifizieren und deren Besonderheiten zu erkennen.

Auch den Kolleginnen und Kollegen aus dem australischen Gesundheitsministerien habe ich zu danken, von denen ich sehr viel über das australische DRG-System und die australische Krankenhausfinanzierung gelernt habe. Mein besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang Stuart McAlister aus dem australischen Gesundheitsministerium, Dr. Ric Marshall aus dem Gesundheitsministerium des Staates Victoria und Professor Donald Hindle.



PD Dr. med. Norbert Roeder

Inhalt

1 Zusammenfassung 1

2 Abkürzungsverzeichnis 7

3 Aufgabenstellung des Gutachtens 9

4 Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems nach § 17 b KHG 13

4.1 G-DRG-Fallpauschalen 13

4.2 Additive Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems 13

4.3 Alternative Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems 14

4.4 Anforderung an die Leistungsgerechtigkeit der Entgelte und gesetzlich vorgesehene sekundäre Leistungsausgliederungen in Zu- und Abschläge 16

5 Ausgangssituation 2003 19

5.1 Beschreibung 19

5.2 Bedeutung für die deutsche Krankenhausfinanzierung? 21

5.3 Aufwandsdifferenzierung nach Schweregrad 24

5.3.1 Schweregrad und Verweildauer 24

5.3.2 Schweregrad und Aufwand 24

5.4 Empfehlungen für die Umsetzung 2004 25

6 Methodik der Problemanalyse und Ableitung der Lösungsoptionen 27

6.1 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Übertragung der Handbücher und der formalen Struktur des australischen AR-DRG-Systems 4.1 in das G-DRG-System 1.0 (Mapping) 28

6.2 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Erstkalkulation des G-DRG-Systems 30

6.2.1 Problemfelder der G-DRG-Erstkalkulation 2002 30

6.2.2 Hinweise zur Aussagekraft der G-DRG-Nachkalkulation 2003 32

6.3 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf bezüglich der in Australien erfolgten Weiterentwicklung des AR-DRG-Systems (Versionen 4.2 und 5.0) 40

6.4 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Abrechnungsbestimmungen 40
6.4.1 Festlegung der Zu- und Abschläge für Kurzlieger, externe Verlegungen und Langlieger 40
6.4.2 Verlegungen 44
6.4.3 Neugeborene 47
6.5 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der ordnungspolitischen Vorgaben 48
6.5.1 „100-Prozent-Ansatz“ 48
6.5.2 Regelung zur Wiederaufnahme nach § 8 Absatz 5 KHEntgG 48
6.6 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 51
6.6.1 Notwendigkeit einer Ergänzung der Kodierrichtlinie für die Festlegung der Hauptdiagnose für Komplexfälle mit zwei oder mehreren von einander unabhängigen "Hauptdiagnosen" (DKR D002b) 51
6.6.2 Empfehlung einer Präzisierung der Kodierrichtlinie D003b für die Festlegung DRG-relevanter Nebendiagnosen 52
6.6.3 Präzisierung der Kodierung von Verdachtsdiagnosen 53
6.6.4 Ausschluss von für die sachgerechte Leistungsdokumentation nicht notwendigen unspezifischen OPS-301 Kodes aus der DRG-relevanten Entlassungsdokumentation 53
6.7 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf auf Basis der G-DRG-Evaluationsprojekte der DRG-Research-Group 54
6.8 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf hinsichtlich leistungs- oder (fach-) bereichsspezifischer Probleme 55
6.9 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund krankenhausspezifischer Tatbestände 55
6.10 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund von Expertenmeinungen und Organisationen 55
6.11 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund möglicher Fehlanreize zu Lasten der Patienten/Versicherten 56
7 Anpassungsvorschläge für das G-DRG-Klassifikationssystem 57
7.1 Einführung 57
7.2 Berücksichtigung der Versionen 4.2 und 5.0 der AR-DRGs bei der Anpassung des Klassifikationssystem 58
7.3 Verschiebungen von Diagnosen 61
7.4 Anpassung der ICD 10 61

7.5 Anpassung des OPS 64
7.6 Empfehlung zur systematischen Änderung von Schweregradsplitts 65
7.7 Korrektur des Algorithmus zur PCCL-Berechnung 65
7.8 Fehler-DRGs 66
7.9 Mischung benigner und maligner Erkrankungen in einer DRG 68
8 Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System 197
8.1 Einführung 197
8.2 Abbildung von Spezialisierungen 197
8.2.1 Einführung 197
8.2.2 Notwendige Analysen 198
8.2.3 Mögliche Fehlausrichtungen 199
8.2.4 Lösungsansätze zur sachgerechten Finanzierung spezialisierter Bereiche 200
8.2.5 Betroffene Fachbereiche 203
8.3 Mehrfachleistungen 225
8.4 Aufwändige Diagnostik ohne entsprechende Diagnose 226
8.5 Grenzen der Leistungsabbildung über DRG-Fallgruppen 227
8.5.1 Intensivtherapie 228
8.5.2 Neonatologie 229
8.5.3 AIDS/HIV 231
8.5.4 Schwer Brandverletzte 232
8.5.5 Polytrauma 233
8.5.6 Schwere Schädel-Hirn-Traumen 235
8.5.7 MS-Spezialbehandlung 235
8.5.8 Neurologische Frührehabilitation 236
8.5.9 Schwerpunkte für Querschnittgelähmte (Paraplegie) 238
8.5.10 Parkinson-Syndrom 240
8.5.11 Palliativmedizin 240
8.5.12 Strahlentherapie 242
8.5.13 Infektionen mit Isolierpflicht 243
8.6 Leistungen von Maximalversorgern und Universitätskliniken 247
8.7 Lösungsoptionen 250

9 Additive Zusatzentgelte nach § 17b, Absatz 1 KHG 251

9.1 Besondere Personal- und Sachleistungen, die im DRG-System nicht sachgerecht abgedeckt sind 251

9.1.1 Teure Medikamente 253

9.1.2 Implantate 255

9.1.3 Besondere Therapieverfahren 256

9.1.4 Besondere Diagnostik 256

9.2 Kalkulation der Zusatzentgelte 257

9.3 Liste der Empfehlungen für Zusatzentgelte nach § 17b, Abs. 1, Satz 12 258

9.3.1 Medikamente 258

9.3.2 Implantate 261

9.3.3 Besondere Therapieverfahren 270

9.3.4 Einsatz eines OP-Roboters 273

9.3.5 Aufwändige stationäre Behandlung 273

9.3.6 Besondere Diagnostik 274

9.3.7 Sonstige Verfahren 274

10 Alternative Entgelte gemäß § 6.1 und § 6.2 KHEntgG 277

10.1 Über § 6.1 KHEntgG zu finanzierende Leistungen 277

10.2 Über § 6.2 KHEntgG zu finanzierende Leistungen 278

11 Anhang 279

11.1 Liste der Diagnosen, welche zwischen DRGs verschoben werden müssen 280

11.2 Zusammenfassung der Änderungen in der AR-Version, sortiert nach DRG bzw. MBS 305

11.3 Änderungen in der AR-DRG-Version 5.0 309

11.4 Liste der OPS-Prozeduren ohne Zuordnung zu DRGs 350

11.4.1 OPS Kodes ohne DRG-Zuordnung, Überprüfung der Zuordnungsnotwendigkeit empfohlen 351

11.4.2 OPS-Kodes ohne Zuordnung zu DRGs, Zuordnung dringend empfohlen. 354

11.4.3 OPS-Kodes ohne Zuordnung zu DRGs, Zuordnung dringend empfohlen II 356

1 Zusammenfassung

Nachdem zunächst das australische DRG-System fast unverändert auf die erste deutsche G-DRG-Systemversion 1.0 im Rahmen einer Rechtsverordnung übertragen wurde, sollen zum 01.01.2004 erstmalig größere Anpassungen zur besseren Abbildung des deutschen Leistungsgeschehens im G-DRG-System erfolgen. Das zur praktischen Durchführung der DRG-Anpassung sowie der begleitenden Kalkulation der Bewertungsrelationen von den Selbstverwaltungspartnern gegründete Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat zur Einbindung externen Sachverstandes ein formalisiertes Antragsverfahren etabliert.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt in der Selbstverwaltung die deutschen Krankenhäuser und hat dieses Gutachten zur Darstellung der notwendigen Änderungen des Klassifikationssystems selbst und der notwendigen Zusatzentgelte bzw. alternativen Entgelte beauftragt.

Ausgangssituation 2003

Das für das Jahr 2003 gültige G-DRG System deckt das deutsche Leistungsgeschehen in der Definition der Fallgruppen, aber auch in den kalkulierten Bewertungsrelationen noch nicht ab und muss adaptiert werden. Dieser Anpassung des Fallgruppensystems sind allerdings Grenzen gesetzt. Die Krankenhausfinanzierung über DRGs wird immer ein Balanceakt zwischen der Ausgestaltung des Fallgruppensystems und den begleitenden Finanzierungsregeln sein. Ein sehr differenziert ausgestattetes Fallgruppensystem kann die Basis für die Finanzierung vieler Leistungen über Vollpreise sein. Ist ein Fallgruppensystem, wie die G-DRGs, nur mäßig ausdifferenziert, müssen begleitende Finanzierungskomponenten zur Herstellung einer leistungsgerechten Finanzierung eingesetzt werden. Mit 800 Fallgruppen könnte zwar ein großer Teil der Standardleistungen zufrieden stellend abgebildet werden, insbesondere die Leistungen von spezialisierten Fachabteilungen oder Krankenhäusern und Versorgungsstufen werden jedoch nicht leistungsgerecht darzustellen sein. Sollen Zuzahlungen und differenzierte Abrechnungsregeln eine eher untergeordnete Rolle spielen, muss die Aufwandsinhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Varianzreduktion im Sinne einer Verfeinerung des Fallgruppensystems reduziert werden. Sind allerdings, wie im deutschen Ansatz zunächst vorgesehen, Limitationen bezüglich der Anzahl der Fallgruppen zu berücksichtigen, kann dieses Ziel kurzfristig nicht über das Fallgruppensystem alleine erreicht werden.

Zusammenfassung

Aus einer ungenügenden Anpassung der Fallgruppen und der Finanzierungsregeln können Probleme mit erheblichen Auswirkungen auf die bundesdeutsche Versorgungsstrukturen resultieren. Das über die Fallgruppen selbst das Leistungsgeschehen nur zum Teil abgebildet werden kann, zeigt ein Zitat aus der letzten australischen Anpassungsrunde:

"DRG Development has been advised that hospital costing systems do not reliably capture prosthesis costs. …….. AR-DRG grouping uses ICD-10-AM procedure codes. Currently, it is not possible for the classification to differentiate high- and low-cost devices inserted by the same procedure. The only way for the classification to recognise device type/brand would be to change the ICD-10-AM classification, or add items to the Admitted Patients National Minimum Data Set. Neither of these approaches was judged to be appropriate. The Commonwealth recommends that variation in the cost of surgical implants be addressed as a local funding issue[1]*.*

Nach Feststellung, dass einerseits die Daten aus der Kostenkalkulation unvollständig sind, andererseits aber auch die verwendeten Prozedurenschlüssel die unterschiedlich teuren Implantate nicht charakterisieren können wird empfohlen, diese australienweit nicht lösbaren Probleme durch die Vertragspartner vor Ort zu lösen.

Prüfungen und Entwicklung der Anpassungsvorschläge

Im Rahmen der Gutachtenerstellung wurde der Prüf- und Anpassungsbedarf nach verschiedenen Kriterien ermittelt. Untersucht wurden aus der Übertragung der Handbücher und der Struktur des australischen AR-DRG-Systems 4.1 in das G-DRG-System 1.0 (Mapping) entstandene Mängel, Probleme der Erstkalkulation des G-DRG-Systems 1.0 und der Aussagekraft der Nachkalkulation 2003, Weiterentwicklungen des AR-DRG-Systems (Versionen 4.2 und 5.0) in Australien, die Abrechnungsbestimmungen und Schwächen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), die Umsetzbarkeit der ordnungspolitischen Vorgaben („100%" Ansatz) sowie die Regelungen zur Wiederaufnahme nach § 8 Absatz 5 KHEntgG.

Bei der Entwicklung der Vorschläge zur Systemanpassung wurden die Ergebnisse zahlreicher G-DRG-Evaluationsprojekte (Wissenschaftliche Fachgesellschaften und DRG-Research-Group) und die daraus resultierenden Anpassungsvorschläge ebenso berücksichtigt, wie die sich aus der Spezialisierung von Fachabteilungen, unterschiedlichen Versorgungsstufen, Meinungen von Experten und Organisationen und letztendlich auch zur Vermeidung von Fehlanreizen zu Lasten der Patienten/Versicherten ergebenden Anpassungsnotwendigkeiten.

---

[1] http://www.health.gov.au/casemix/grouper/pdf/w05.f19.02.pdf

Anpassungsvorschläge

Im Gutachten wird dargestellt, welche Änderungen im G-DRG-Klassifikationssystem notwendig sind, um bei nicht sachgerechter Abbildung der deutschen Leistungen eine Verbesserung der Leistungsabbildung mit dem Ziel der Homogenitätsverbesserung innerhalb der DRG-Fallgruppen zu erreichen.

Primäres Ziel ist es, Inhomogenitäten nicht durch Zusatzentgelte oder alternative Entgelte, sondern durch eine verbesserte Abbildung im Klassifikationssystem selbst zu beseitigen. Nur wenn dies nachweislich nicht gelingen kann oder für das Gesamtsystem nicht sinnvoll ist, müssen komplementäre Vergütungsformen additiv oder alternativ in Erwägung gezogen werden. Wo möglich, wurden die Änderungshinweise zum Klassifikationssystem mit Daten begründet. Wo keine Daten vorliegen, erfolgte die Begründung durch eine plausible und nachvollziehbare Darstellung des Sachverhaltes. Das Gutachten nimmt Stellung zu vielen DRGs und gibt konkrete Hinweise zur Anpassung/Modifikation dieser Fallgruppen. Die Vorschläge können aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und sind fortlaufend weiter zu pflegen.

Besondere Kalkulation und Leistungsfinanzierung

Es hat sich während der Gutachtenerstellung deutlich gezeigt, dass die hohe Spezialisierung innerhalb von medizinischen Fachgebieten (Fachkliniken), die unterschiedlichen Versorgungsstufen sowie die aufgrund der Länderplanung differierenden Versorgungsstrukturen (z. B. geriatrische Akutkrankenhäuser/ geriatrische Reha-Kliniken, Stroke-Units etc.) nicht kurzfristig über ein bundeseinheitlich pauschalierendes Finanzierungssystem vereinheitlicht werden können. Insbesondere spezialisierte Fachabteilungen (z. B. Geriatrie, Rheumatologie etc.) versorgen häufig Subgruppen innerhalb einer DRG und weichen damit deutlich vom mittleren Fallspektrum und damit auch von der mittleren Kostenstruktur bei grundsätzlich gleicher DRG-Gruppierung ab. Nicht alle Probleme lassen sich über eine Anpassung des Fallgruppensystems lösen, da sonst ein sehr komplexes DRG-System mit einer großen Zahl von Fallgruppen resultieren würde. Eine Lösungsmöglichkeit wäre die Kalkulation und Festlegung von gesonderten Bewertungsrelationen bei grundsätzlich unveränderten DRG-Fallgruppen für unterschiedliche Versorgungsstrukturen. Diese Option kann dann zur Anwendung kommen, wenn sich die besonderen Bereiche auch organisatorisch abgrenzen lassen (z.B. Palliativstation, Rheumatologische Fachabteilung etc.).

Mängel in der sachgerechten Leistungsabbildung ergeben sich auch aus der Vermischung von Kurzliegern und Normalliegern in Fallgruppen, die einen großen Anteil an Fällen mit reiner "Auftragsdiagnostik" oder reiner "Auftragstherapie" (z.B. Fälle, die ausschließlich zur geplanten Herzkatheterdiagnostik in ein Krankenhaus eingewiesen werden) und Fälle, die im Rahmen einer umfangreichen Diagnostik und Therapie u.a. auch eine Herzkatheteruntersuchung benötigen. Hiervon sind viele Fallgruppen, insbesondere in den Intermediärgruppen, betroffen. Teilweise wurde durch die Bildung von Tagesfallgruppen dieser Problematik im DRG-System Rechnung getragen. In diesem Gutachten wird vorgeschlagen, alternativ Kalkulations- und Finanzierungsregelungen zu entwickeln, die die oben genannten Subfallgruppen innerhalb einer DRG adäquat berücksichtigten. Diese Lösung vermeidet eine unnötige Gruppenvermehrung durch Aufsplittung oder Neuschaffung von DRGs.

Grenzen der Pauschalierung über DRGs

Die Pauschalierung stößt trotz Adaptationsmöglichkeiten im Abrechnungssystem für einige Fallspektren an ihre Grenzen. Schwer bzw. fast nicht pauschalieren lassen sich Fallgruppen, in denen eine große Variabilität bezüglich der Verweildauer und oder des Sachkosten-/Personaleinsatzes zu beobachten ist. Hierzu gehört z.B. die Behandlung chronischer Krankheiten, die Behandlung bösartiger Erkrankungen, die Behandlung von atypischen Infektionskrankheiten oder von Schwerverletzten. Es bleiben Leistungskomplexe, die eine große Inhomogenität innerhalb von DRG-Fallgruppen verursachen und durch eine Gruppenanpassung wegen der Limitation auf 800 Fallgruppen zunächst nicht sachgerecht abbildbar sind. Es wird empfohlen, diese Leistungenskomplexe aus den Fallgruppen zu isolieren und über Zusatzentgelte nach § 17 b Abs. 1 KHG oder krankenhausindividuell über sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu finanzieren. Als Beispiele sind die Photopherese, Aphareseverfahren, teure Medikamente und Implantate zu nennen. Durch die additive Vergütung dieser hoch variablen Komponenten neben den DRGs wird die Homogenität der „Rest“-fallgruppen erheblich verbessert.

Ein Verzicht auf Zusatzentgelte oder krankenhausindividuelle Entgelte zwingt zu einer weitreichenden Differenzierung der Fallgruppen. Zur sachgerechten Abbildung der verschiedenen Konstellationen und Kombinationen würden schätzungsweise weit über 1000 verschiedene Fallgruppen notwendig sein, um eine Basis für eine leistungsgerechte Finanzierung zu schaffen. Die ursprünglich geplante ausschließliche Finanzierung sämtlicher Leistungen über DRG-basierte Einheitspreise erscheint unter Berücksichtigung der o.a. Ausführungen und der Darstellungen der Problembereiche im Gutachten nicht möglich. Nur

eine darauf Rücksicht nehmende, aus verschiedenen Komponenten bestehende Krankenhausfinanzierung wird gewachsene und erhaltenswerte Strukturen absichern können.

Es sollte aber das Ziel aller Beteiligten sein, so viele Leistungskomplexe wie möglich im DRG-System selbst abzubilden. Problemadaptierte Kalkulations- und Abrechnungsregeln können diesen Prozess unterstützen.

2 Abkürzungsverzeichnis

A.	Arterie
Aa.	Arteriae
Abs.	Absatz
AN-DRG	Australian National Diagnosis Related Group, dt.: Diagnosebezogene Fallgruppe (ehemaliges australisches System)
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Group, dt.: Diagnosebezogene Fallgruppe (australisches System)
BPlfV	Bundespflegesatzverordnung
bzw.	beziehungsweise
CAD	Computer Aided Design
CC	Complication or comorbity, dt.: Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or comorbity level, dt.: Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CRT	Cardiale Resynchronisationstherapie
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DDG	Deutsche Dermatologische Gesellschaft
DEGRO	Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie
DFS	Diabetisches Fußsyndrom
DGMKG	Deutsch Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
DGTHG	Deutsch Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DHC	Ductus hepato-choledochus
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinie(n)
DRG	Diagnosis Related Group, dt.: Diagnosebezogene Fallgruppe
DSA	Digitale Substraktionsangiographie
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenation
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
FPG	Fallpauschalengesetz
G-DRG	German (Refined) Diagnosis Related Group, dt.: Diagnosebezogene Fallgruppe (deutsches System)
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Gl.	Glandula
GP IIb/III a-Rezeptor	Glykoprotein(Gp)IIb/IIIa-Rezeptor
GVD	Grenzverweildauer
HDK	Hauptdiagnosekategorie, engl.: Major Diagnostic Category (MDC)
HLM	Herz-Lungen-Maschine
i.d.R.	in der Regel
IABP	Intraaortale Ballonpumpe

Abkürzungsverzeichnis

ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems, dt.: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-AM	ICD Australian Modification, australische Modifikation des ICD-Diagnoseschlüssels
ICD-Sonde	implantierbare Cardioverter-Defibrillator-Sonde
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KMT	Knochenmarktransplantation
LK	Lymphknoten
MBS	Commonwealth Medicare Benefits Schedule (australische Prozedurenklassifikation)
MDC	Major Diagnostic Category, dt.: Hauptdiagnosekategorie (HDK)
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin resistenter Staphylokokkus aureus
NIV	Non-invasive ventilation, dt.: Nicht-invasive Beatmung
NonOR	Non-operating room (procedure), dt.: nicht-operative (Prozedur), führt ggf. in die Sonstige Partition
o.a.	oben angegeben(en)
o.g.	oben genannt(en)
O.R.	Operating room (procedure), dt.: operative (Prozedur), führt in die chirurgische Partition
ÖGD	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
OP	Operation(sraum)
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V - Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PCCL	Patient Clinical Clomplexity Level, dt.: Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PPR	Pflegepersonalregelung
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
PTA	Perkutan-transluminale Angioplastie
PTCA	Perkutane transluminale coronare Angioplastie
REC	Recommendation, australischer Anpassungsvorschlag zur Weiterentwicklung des DRG-Systems
s.o.	siehe oben
SGB	Sozialgesetzbuch
SM	Schrittmacher
TBC	Tuberkulose
TNM	Klassifikation von bösartigen Tumorerkrankungen anhand von Tumorausdehnung, Lymphknotenstatus und Metastasierung
TUR	Trans-urethrale Resektion
u.a.	unter anderem/anderen
UICC	Union Internationale Contre le Cancer
vs.	versus
VWD	Verweildauer
W	with, dt.: mit
W/O	without, dt.: ohne
z.B.	zum Beispiel
z.Zt.	zur Zeit
ZNS	Zentralnervensystem

3 Aufgabenstellung des Gutachtens

Das vorliegende Gutachten wurde im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erstellt. Durch das Gutachten soll untersucht werden, inwieweit das German (Refined) Diagnosis Related Groups System Version 1.0 (G-DRG 1.0) nach derzeitigem Kenntnisstand unter Berücksichtigung der in Deutschland durchgeführten Leistungen und Versorgungsstrukturen anzupassen ist, damit allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen nach § 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) über das pauschalierte Vergütungssystem nach § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sachgerecht vergütet werden können. Nur für den Fall, dass eine adäquate Leistungsvergütung über G-DRG-Fallpauschalen nicht umsetzbar erscheint, sollen die Möglichkeiten und Erfordernisse einer additiven oder alternativen Vergütung dargestellt werden. Wo möglich, sollen die Änderungshinweise zum Klassifikationssystem mit Daten begründet werden. Wo keine Daten vorliegen, soll die Begründung durch eine plausible Darstellung des Sachverhaltes erfolgen.

Ausgangssituation

Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23. April 2002 hat der Gesetzgeber den ordnungspolitischen Rahmen für die Einführung des neuen G-DRG-Vergütungssystems für Krankenhausleistungen nach § 17 b KHG konkretisiert. Danach soll das G-DRG-Fallpauschalensystem beginnend ab 2003 die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit Ausnahme der in § 1 Absatz 2 der Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin vergüten. Während das G-DRG-Vergütungssystem mit Wirkung ab 01. Januar 2003 zunächst nur an freiwilligen Krankenhäusern eingeführt wurde, ist ab 01. Januar 2004 für alle Krankenhäuser die verbindliche Anwendung des neuen Entgeltsystems vorgesehen. Nach den gesetzlichen Vorgaben lässt sich die Einführung des G-DRG-Vergütungssystems in zwei Phasen unterteilen: In den Jahren 2003 und 2004 wird das System für die Krankenhäuser zunächst budgetneutral eingeführt.

Damit soll insbesondere dem Umstand Rechnung getragen werden, dass das dem G-DRG-System nach einer Vereinbarung der Selbstverwaltung vom 27.06.2000 als Grundlage dienende Australian Refined DRG-System Version 4.1 (AR-DRGs 4.1) das Leistungsgeschehen an deutschen Krankenhäusern nicht korrekt abbildet. Nach § 17 b Absatz 4 und 6 KHG wird der im Jahr 2003 zum Einsatz kommende vorläufige Fallpauschalenkatalog, welcher auf Grundlage des australischen Katalogs entstanden ist, durch die erste Fassung eines deutschen Fallpauschalenkataloges abgelöst. Für den Fall, dass eine Fallgruppe

wegen zu geringer Fallzahlen bei den an der Kalkulation beteiligten Krankenhäusern voraussichtlich nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden kann, kann dies nach § 17 b Absatz 6 Satz 2 KHG für den im Jahr 2004 zur Anwendung kommenden G-DRG-Fallpauschalenkatalog annäherungsweise auf der Grundlage australischer Relativgewichte ermittelt und vereinbart werden. Die auf Grundlage australischer Bewertungen vereinbarten Relativgewichte sind in den Folgejahren durch Relativgewichte auf der Grundlage deutscher Kostenerhebungen zu ersetzen.

Nach Ende der budgetneutralen Einführungsphase sollen die Erlösbudgets der Krankenhäuser jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 schrittweise an den nach § 17 b Absatz 3 Satz 5 KHG festzulegenden landeseinheitlichen Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen werden (Konvergenzphase). Bei planmäßiger Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben würden die Krankenhäuser ihre Leistungen ab 01. Januar 2007 über landeseinheitliche Basisfallwerte Fallpauschalen abrechnen, wobei der ab 2007 geltende gesetzliche Rahmen im Sinne eines „lernenden Systems“ noch gesondert vorgegeben werden soll.

Nachdem die mit der Umsetzung der Einführung des G-DRG-Vergütungssystems gesetzlich beauftragte Selbstverwaltung sich nicht auf einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog einigen konnte, hat die DKG die diesbezüglichen Verhandlungen am 24. Juni 2002 für gescheitert erklärt. Daraufhin hat das Bundesministerium für Gesundheit (heute: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, BMGS) das seit 01. Januar optional in Anwendung befindliche G-DRG-System 1.0 per Ersatzvornahme durch die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19. September 2002 in toto vorgegeben. Die Durchführung der Kalkulation erfolgte im Auftrag des BMGS durch die Firma 3M, Neuss und die Übersetzung des australischen AR-DRG-Systems in die deutsche Rohfassung der G-DRG-Version 0.9 durch die Firma SBG, Berlin.

Nachdem damit das australische DRG-System formal fast unverändert in die erste deutsche G-DRG-Version 1.0 übernommen wurde, sollen zum 01.01.2004 die ersten grundlegenden Anpassungen zur besseren Abbildung der deutschen Behandlungswirklichkeit im G-DRG-System erfolgen. Zur praktischen Durchführung der DRG-Anpassung sowie der begleitenden Kalkulation der Bewertungsrelationen und zur Erarbeitung der notwendigen Grundlagen haben die Selbstverwaltungspartner im Mai 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH, Siegburg) gegründet. Die Anpassung des G-DRG-Systems, insbesondere die Integration der Vorschläge von Organisationen außerhalb der Selbstverwaltung (z. B. von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften) wurde auf Initiative der Selbstverwaltung durch das InEK formalisiert. Über einen vorgegebenen

Formularsatz können begründete Änderungsvorschläge von Verbänden und Institutionen unterbreitet werden. Alle Vorschläge, die noch für den Anpassungsvorgang zum 01.01.2004 berücksichtigt werden sollen, müssen bis Ende März 2003 im InEK eingegangen sein.

4 Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems nach § 17 b KHG

4.1 G-DRG-Fallpauschalen

Die im Jahr 2003 optional in das DRG-Vergütungssystem eingetretenen Krankenhäuser rechnen nach den Vorgaben des KHEntgG und der KFPV den größten Teil ihrer Leistungen über bis zu 642 G-DRG-Fallpauschalen ab (G-DRG-Fallpauschalenkatalog gemäß Anlage 1 KFPV). Dabei gilt, dass jedes an einer durchgängigen stationären Behandlung beteiligte Krankenhaus – auch im Falle einer Rückverlegung - maximal eine DRG-Fallpauschale je Behandlungsfall abrechnen kann. Damit einem geringeren Behandlungsaufwand bei Kurzliegern und frühzeitigen Verlegungen Rechnung getragen werden kann, sind die G-DRG-Fallpauschalen in den entsprechenden Fällen um tagesbezogene Abschläge nach § 1 Absatz 2 Satz 2 sowie §§ 2 und 3 KFPV zu mindern. Bei Langliegern können dagegen entsprechend § 1 Absatz 2 Satz 1 KFPV zusätzlich zur G-DRG-Fallpauschale tagesbezogene Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer abgerechnet werden. Für Verlegungen zwischen DRG-Krankenhäusern und stationären Einrichtungen, welche ihre Leistungen noch nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen, gelten besondere Regelungen, welche im Hinblick auf die Aufgabenstellung des Gutachtens jedoch gegenstandslos sind. Die mit der KFPV vorgegebenen G-DRG-Abrechnungsbestimmungen wurden von Seiten des BMGS ausdrücklich als „provisorisch“ bezeichnet und sind in Ihrer Geltungsdauer ebenso wie der G-DRG-Fallpauschalenkatalog der Version 1.0 auf das Jahr 2003 beschränkt. Nach Absicht des Gesetzgebers sollen möglichst sämtliche allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen eines Behandlungsfalles über eine G-DRG-Fallpauschale abschließend vergütet werden. Additive oder alternative Vergütungen sind nach geltendem Recht nur in eng begrenzten Ausnahmefällen zugelassen.

Das Gutachten folgt diesen Zielen, indem primär geprüft wird, wie eine leistungsgerechte Vergütung (teil-)stationärer Behandlungsfälle innerhalb der Struktur der G-DRG-Systematik erreicht werden kann. Nur wenn dies nicht möglich oder sinnvoll erscheint, werden begründete Vorschläge für additive oder alternative Vergütungsansätze ausgearbeitet.

4.2 Additive Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems

„Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien“ der Selbstverwaltung nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG „Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel

vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist.“ Zusatzentgelte können zusätzlich zu einer G-DRG-Fallpauschale oder einem dazu alternativen Entgelt nach § 6 Absatz 1 KHEntgG abgerechnet werden. Im Rahmen der KFPV wurden Zusatzentgelte nur für die beiden vorgenannten in § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG besonders herausgestellten Leistungen in Höhe der entsprechenden für das Jahr 2002 festgelegten oder vereinbarten Sonderentgelte zugelassen (§ 4 KFPV). Im Gutachten werden Vorschläge zu Leistungen gemacht, für die die Festlegung eines Zusatzentgeltes sinnvoll erscheint, weil sie durch Fallpauschalen nicht sachgerecht abgebildet werden können.

4.3 Alternative Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems

Nach § 6 Absatz 1 KHEntgG können die Vertragsparteien auf der örtlichen Ebene für die Vergütung von Leistungen, die nach Feststellung der Selbstverwaltung auf der Bundesebene „in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden“, krankenhausindividuelle „fall- oder tagesbezogene Entgelte“ vereinbaren. Nach Anlage 2 KFPV können im Jahr 2003 für

I. sämtliche Leistungen von Tages- oder Nacht-Kliniken oder

II. sämtliche Leistungen organisatorisch ausgegliederter teilstationärer Einrichtungen,

III. Behandlungsfälle, die den in Anlage 2 der KFPV aufgelisteten G-DRGs der Version 1.0 zugeordnet werden (Tabelle 4-1) und darüber hinaus für

IV. „sonstige nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog abgedeckte Leistungen“

krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen „vor Ort“ vereinbart werden. Die unter III. genannten G-DRG-Fallgruppen wurden aus dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog ausgeschlossen, weil hierfür im Rahmen der Kalkulation keine ausreichende Anzahl von Fällen gewonnen werden konnte. Über den Rahmen der voranstehend unter I. bis III. genannten Leistungen hinaus gehende Vereinbarungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG für unter IV. genannte „sonstige“ Leistungen sind bisher allerdings nicht bekannt.

Nach Anlage 2 KFPV gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG krankenhausindividuell zu vergütende G-DRG-Fallgruppen	
Pre-MDC-DRGs	
A01Z	Lebertransplantation
A02Z	Multiorgantransplantation
A03Z	Lungentransplantation
A04Z	Knochenmarktransplantation
A05Z	Herztransplantation
A40Z	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne herzchirurgischen Eingriff
MDC 01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B40Z	Plasmapherese bei neurologischen Erkrankungen
B62Z	Stationäre Aufnahme zur Apherese
MDC 05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F02Z	Implantation oder Wechsel von Komponenten eines Kardioverters/Defibrillators (AICD)
MDC 10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K08Z	Eingriffe am Ductus thyreoglossus
MDC 11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L01A	Nierentransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC
L01B	Nierentransplantation ohne äußerst schwere oder schwere CC
MDC 15	Neugeborene
P02Z	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen
MDC 19	Psychische Krankheiten und Störungen
U40Z	Psychiatrische Behandlung, (ein Belegungstag), mit Elektrokrampftherapie (EKT)
U61A	Schizophrene Störungen mit Status der psychiatrischen Zwangseinweisung
U61B	Schizophrene Störungen ohne Status der psychiatrischen Zwangseinweisung
U62A	Wahnhafte und akut psychotische Störungen mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit Status der psychiatrischen Zwangseinweisung
U62B	Wahnhafte und akut psychotische Störungen ohne äußerst schwere oder schwere CC ohne Status der psychiatrischen Zwangseinweisung
MDC 22	Verbrennungen
Y01Z	Schwere Verbrennungen 3. Grades
MDC 23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
Z60A	Rehabilitation mit äußerst schweren oder schweren CC
Z60B	Rehabilitation ohne äußerst schwere oder schwere CC
Z60C	Rehabilitation (ein Belegungstag)

Tabelle 4-1 22 Fallgruppen der G-DRG-Version 1.0, die nach Anlage 2 KFPV nicht in den im Jahr 2003 geltenden bundeseinheitlichen DRG-Fallpauschalen-Katalog (Anlage 1 KFPV) aufgenommen wurden. Für die Vergütung der diesen Fallgruppen zugehörigen Fälle sind für jedes Optionshaus nach § 6 Absatz 1 KHEntgG krankenhausindividuelle tages- oder fallbezogene Regelungen zu vereinbaren.

Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems nach § 17 b KHG

Nach geltendem Recht ist die Möglichkeit zur Vereinbarung der Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG auf die Jahre 2003 und 2004 limitiert. Sofern sich in diesem Punkt keine Rechtsänderung ergeben sollte, bedeutet dies, dass im Jahr 2004 noch gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG vergütete Leistungen ab 2005 – unabhängig davon, ob sie dann korrekt abgebildet werden können oder nicht - automatisch in den G-DRG-Fallpauschalenkatalog zurück fallen würden.

Dies könnte sich jedoch ändern, wenn das zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung im Regierungsentwurf vorliegende Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) umgesetzt würde. Diesem Gesetzentwurf zu Folge würde die Regelung nach § 6 Absatz 1 KHEntgG um die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausindividueller Zusatzentgelte und der Ausnahme besonderer Einrichtungen aus dem G-DRG-Vergütungssystem erweitert. Zudem würde diese Regelung für Leistungen, die in diesem Zeitraum noch nicht sachgerecht durch G-DRG-Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vergütet werden, auf die Jahre 2005 und 2006 ausgedehnt. Allerdings könnten diese Möglichkeiten durch die inzwischen vorliegenden Änderungsanträge der Regierungsfraktionen zum Gesetzentwurf wiederum eingeschränkt werden. Der Änderungsantrag zu § 6 Absatz 1 KHEntgG sieht vor, dass die Sachgerechtigkeit der Vergütung von Leistungen erst ab dem Jahr 2005 berücksichtigt werden darf.

Im Gutachten werden Vorschläge für solche Leistungen gemacht, die absehbar weder durch G-DRG-Fallpauschalen noch durch Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG sachgerecht abgebildet werden können und für die ein zumindest vorübergehender Ausschluss aus dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog sinnvoll erscheint.

4.4 Anforderung an die Leistungsgerechtigkeit der Entgelte und gesetzlich vorgesehene sekundäre Leistungsausgliederungen in Zu- und Abschläge

Während G-DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelte und Vergütungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG in der budgetneutralen Einführungsphase noch als reine Abschlagszahlungen auf ein nach herkömmlichen Grundsätzen unter entsprechender Anwendung von § 6 Absatz 1 BPflV vereinbartes Budget betrachtet werden können, wird sich dies mit dem ab 01. Januar 2005 vorgesehenen Eintritt in die Konvergenzphase ändern. Damit die mit der während der Konvergenzphase beabsichtigten Preisvereinheitlichung der G-DRG-Fallpauschalen auf Landesebene einsetzende Umverteilung zwischen Krankenhäusern mit überdurchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerten und Krankenhäusern mit unterdurchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerten nicht zu Fehlverteilungen führt,

müssen die ab 01. Januar 2005 wirksam werdenden Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems die leistungsgerechte Vergütung aller betroffener Krankenhausleistungen gewährleisten. Je ungenügender und unvollständiger der G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2004 das Leistungsgeschehen abbilden wird, desto größer wird die Gefahr, dass es im Falle einer termingerechten Umsetzung der Konvergenzphase ab 2005 zu nachteiligen Fehlverteilungen für das Gesamtsystem kommt.

Das Gutachten legt daher einerseits dar, durch welche Modifikationen eine nach heutigen Erkenntnissen bestmögliche Leistungsgerechtigkeit des G-DRG-Fallpauschalensystems erzielt werden kann. Andererseits werden aber auch die Grenzen dieses Systems im Hinblick auf die ordnungspolitischen Vorgaben des deutschen Krankenhausfinanzierungsrechts deutlich gemacht.

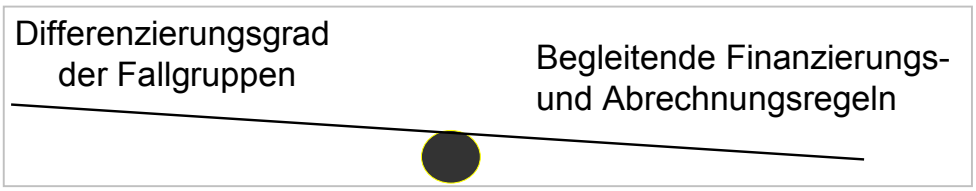
Damit eine verbesserte Aufwandshomogenität der G-DRG-Fallpauschalen sichergestellt werden kann, sind nach § 17 b Absatz 1 Satz 4 und 6 KHG beginnend ab 2004 bestimmte Leistungen, deren Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, aus den unter 4.1 bis 4.3 genannten Entgelten zu extrahieren und als gesonderte Tatbestände in Form von Zu- und Abschlägen abzubilden. Während der erhöhte Kostenaufwand für die nach Maßgabe des KHG zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gemäß § 7 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bereits ab 01. Januar 2004 über Zuschläge sichergestellt werden soll, sind die darüber hinaus insbesondere für die Notfallversorgung, für die Aufnahme von Begleitpersonen sowie zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung bestimmter Leistungen zu bildenden Zu- und Abschläge erst mit Wirkung ab 01. Januar 2005 zu vereinbaren. Mit dem Regierungsentwurf eines FPÄndG wird vorgesehen, die Ausgliederung der Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nach KHG um ein Jahr nach hinten zu verschieben. Inwieweit die Zu- und Abschläge nach § 17 b Absatz 1 Satz 4 bis 6 KHG qualitativ wie quantitativ ausfallen werden, ist zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung nicht absehbar. Sofern jedoch bereits heute Zusammenhänge zwischen dem Anpassungsbedarf der G-DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte und den möglichen Inhalten von Zu- und Abschlägen nach § 17 b Absatz 1 Satz 4 bis 6 KHG erkennbar sind, wird darauf eingegangen.

5 Ausgangssituation 2003

5.1 Beschreibung

Das für das Jahr 2003 gültige G-DRG-System in der Version 1.0 deckt das deutsche Leistungsgeschehen noch nicht sachgerecht ab. Dies betrifft einerseits die Definition der Fallgruppen, andererseits aber auch die kalkulierten Bewertungsrelationen. Die Kritik an dem unter allergrößtem Zeitdruck unter den Bedingungen der Ersatzvornahme durch das BMGS zu Stande gekommenen G-DRG-Vergütungssystem der Version 1.0 bezieht sich insbesondere auf

- unausgereifte DRG-Kode-Zuordnungen,
- unrealistische Kostengewichte,
- einen deutlichen „Kompressionseffekt“ der DRG-Bewertungsrelationen,
- die Differenzierung der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs für Abteilungen mit Belegoperateur/Beleganästhesist auch im konservativen Bereich,
- die abrechenbaren Fehler-DRGs für unzulässige Falldokumentation
- und im Hinblick auf die Konvergenzphase problematische Teile der Abrechnungsbestimmungen sowie
- der Regelung zur Wiederaufnahme nach § 8 Absatz 5 KHEntgG.



Durch die Anpassung des Klassifikationssystems, aber auch durch die Anpassung des begleitenden Finanzierungsrahmens (Abrechnungsregeln, Zusatzentgelte, alternative Entgelte) sollte für 2004 eine Verbesserung dieser Kritikpunkte herbeigeführt werden. Beim Einsatz eines DRG-Systems zur Krankenhausfinanzierung ist zu beachten, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Differenzierungsgrad des Klassifikationssystems und den begleitenden Finanzierungsbedingungen besteht. Ist das Klassifikationssystem sehr

differenziert und verfügt über sehr aufwandshomogene Patientenklassen, kann ein großer Teil der Leistungsfinanzierung direkt über ein an die Fallgruppen gebundenes Preissystem erfolgen.

Ist das Klassifikationssystem allerdings wenig differenziert, kann eine gerechte Vergütung im Rahmen eines Vollpreissystems über die Fallgruppen nicht erfolgen. Nur ein Teil der Leistungen kann dann über die fallgruppenbezogenen Preise finanziert werden, ein anderer Teil muss kompensatorisch über Zusatzentgelte oder andere, die Inhomogenität der Fallgruppen ausgleichende Finanzierungsrahmenbedingungen vergütet werden. Hierzu gehören differenzierte Zu- und Abschlagsregelungen, alternative Entgelte oder Zusatzentgelte.

Wesentlich ist also die Balance zwischen der Ausgestaltung der Patientenklassen (DRGs) und dem Finanzierungsrahmen. Sollen Zuzahlungen und differenzierte Abrechnungsbestimmungen eine eher untergeordnete Rolle spielen, muss die Aufwandsinhomogenität der DRG-Fallgruppen reduziert werden. Dies kann nur durch eine ausgiebige Varianzreduktion im Rahmen einer weiteren Verfeinerung des Fallgruppensystems erfolgen. Sind allerdings, wie im deutschen Ansatz zunächst vorgesehen, Limitationen bezüglich der Anzahl der Fallgruppen zu berücksichtigen, kann dieses Ziel kurzfristig nicht erreicht werden. Aus der Nichtbeachtung dieser Zusammenhänge resultieren Probleme mit erheblichen Auswirkungen für das medizinische Versorgungsangebot in Deutschland.

Dies wird auch in Australien, dem Mutterland der G-DRGs, so gesehen, wie ein Zitat aus den kommentierenden Unterlagen zur Erstellung der aktuellen Version 5.0 der AR -DRGs deutlich zeigt:

"DRG Development has been advised that hospital costing systems do not reliably capture prosthesis costs. …….. AR-DRG grouping uses ICD-10-AM procedure codes. Currently, it is not possible for the classification to differentiate high- and low-cost devices inserted by the same procedure. The only way for the classification to recognise device type/brand would be to change the ICD-10-AM classification, or add items to the Admitted Patients National Minimum Data Set. Neither of these approaches was judged to be appropriate.
The Commonwealth recommends that variation in the cost of surgical implants ***be addressed as a local funding issue***[2]*.*

Hier wird deutlich festgestellt, dass einerseits die Daten der Kostenkalkulation im Hinblick auf hohe Einzelkosten unvollständig sein können, andererseits aber auch die verwendeten Prozedurenschlüssel für die zum Einsatz gekommenen Implantate und Medikamente (z.B. Chemotherapie intravenös) hinsichtlich deren teils großen Kostenunterschieden gar nicht oder nur unbefriedigend charakterisieren können. Änderungen bei den Prozeduren-

[2] http://www.health.gov.au/casemix/grouper/pdf/w05.f19.02.pdf, 23.03.2003

schlüsseln oder an den sonstigen DRG-Daten (z.B. Einführung neuer Variablen) wären daher notwendig. Da dies auch in Australien nicht einfach zu realisieren ist, wird dort empfohlen, die Probleme vor Ort in der lokalen Krankenhausfinanzierung – also auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses –zu lösen. Diese Empfehlung zieht sich durch die gesamte, mehrere 100 Seiten umfassenden Beschreibung der Probleme mit der Abbildung von Sonderleistungen in der AR-DRG-Klassifikation (AR-DRG Version 5 Recommendation Summary 3).

5.2 Bedeutung für die deutsche Krankenhausfinanzierung?

Entwicklungen

Die DRG-Fallgruppen charakterisieren den Standardfall mit der Standardbehandlung. Ausnahmen werden durch die Fallpauschalen nur dann adäquat berücksichtigt, wenn diese in allen Krankenhäusern in ähnlicher Variation und Verteilung vorkommen. Wenn nur noch der Standardfall als lukrativ angesehen wird (betrachtet aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive) nicht aber Spezialleistungen, wie z.B. die als defizitär geltende Versorgung chronisch kranker, alter aber z.B. auch pädiatrischer Patienten, ist eine Reduktion des Angebotes an diesen Versorgungsleistungen mittelbar zu erwarten. Es erfolgt eine deutliche Umverteilung hin zu solchen Standardversorgungsleistungen, die im Vergleich zu den „Problemleistungen“ zumindest gut wenn nicht sogar überfinanziert werden. Das dort zugeordnetet Finanzvolumen fehlt in anderen Bereichen der Krankenhausversorgung, was zunächst jedoch gar nicht so stark auffallen wird, da der Wandel sich nicht abrupt, sondern schleichend vollziehen wird. Werden durch die Fehlallokation von Mitteln einige Bereiche überfinanziert und andere unterfinanziert, so wird der überfinanzierte Bereich keinen Versorgungseinbruch erleiden. Die unterfinanzierten Bereiche jedoch (und dazu gehören mit einiger Wahrscheinlichkeit die bereits ansatzweise bekannten Problembereiche) werden sich bezüglich des Angebotsumfanges verändern. Den Krankenhäusern wird der Anreiz gegeben, profitable Subgruppen zu identifizieren und diese verstärkt zu bewirtschaften.

Zur Beseitigung der eingetretenen Unterversorgung in den defizitären Bereichen werden dann gegensteuernde Maßnahmen notwendig, die mit erheblichen Kosten verbunden sein können, da zusätzliche Anreize für den Neuaufbau der verschwundenen Leistungsangebote neu geschaffen werden müssen. Dies könnte im Endeffekt dazu führen, dass Mehrkosten für

[3] http://www.health.gov.au/casemix/grouper/summary.htm, 23.03.2003

das Gesamtsystem entstehen, weil die in andere Bereiche abgeflossenen Mittel dann nicht mehr zur Verfügung stehen.

Dass dieses Szenario nicht unrealistisch ist, zeigen die innerbetrieblichen Umverteilungen und Umorganisationen, die in den ersten Krankenhäusern bereits angestoßen werden. Die für das Jahr 2003 für die DRG-Fallgruppen festgesetzten Relativgewichte (Bewertungsrelationen) bieten nach Ansicht vieler Krankenkassen aber auch einiger Krankenhäuser schon jetzt eine „amtliche“ Orientierungsgröße für die Bewertung der nun über die DRG-Fallgruppierung vermeintlich messbar gewordenen "Leistung". Dabei wird häufig nicht realisiert, dass der Katalog 2003 unter einem hohen Zeitdruck mit entsprechenden Problemen hinsichtlich der Datenqualität und der Datenverarbeitung entstanden ist und beispielsweise auch wegen der Unterrepräsentation von Maximalversorgungskliniken und Spezialbereichen die deutsche Behandlungswirklichkeit nicht annähernd repräsentativ abdeckt.

Nichtsdestotrotz wird der Katalog 2003 in einigen Krankenhäusern schon zur internen Steuerung eingesetzt. Angeblich leistungsschwache Bereiche, „identifiziert“ durch nicht adäquate Relativgewichte, werden teilweise entsprechend der oft unrealistischen Vorgaben des DRG-Fallpauschalenkataloges „optimiert“. Appelle der Politik, der DKG und zunehmend auch einiger Krankenkassen, dass Steuerungen aufgrund des Kataloges 2003 nicht erfolgen sollten, bleiben vielfach ungehört.

Im derzeitigen System wird bei der Beurteilung der Kosten/Erlös-Situation in den Krankenhäusern in der Regel nicht auf den Fall fokussiert. Dies wird sich durch ein fallbezogenes Preissystem grundsätzlich ändern, obwohl auch hier die Sicht auf eine gesamte Fachabteilung sicher aussagekräftiger ist, als die Einzelfall- bzw. Fallgruppenbetrachtung. Nichtsdestrotz ist zu erwarten, dass die Leistungserbringer sich extrem am Fall orientieren werden.

Die Entwicklung ist vorhersehbar: Patienten, die aufwändige diagnostische oder therapeutische Optionen benötigen, werden auf eine immer länger werdende Warteliste verbannt, dem ökonomisch rentablen „Standardfall“ wird der „rote Teppich ausgelegt“. Diese Fehlallokation von Finanzmitteln wird dadurch verursacht, dass nach der derzeitigen Methodik der DRG-Kostenkalkulation für die gesamte Fallgruppe nur ein einheitlicher Mischpreis in Form der DRG-Bewertungsrelation kalkuliert wird, der die heterogene Mischung aus allen Fällen entsprechend ihrer prozentualen Anteile in der Kalkulationsstichprobe berücksichtigt. Haben sich bestimmte Kliniken aufgrund ihrer besonderen Struktur oder eines besonders erworbenen Know-hows auf Patienten mit komplexeren und damit

aufwändigeren Leistungen innerhalb einer DRG spezialisiert, werden diese Krankenhäuser systematisch unterfinanziert, da die mittlere fallorientierte Vergütung den medizinisch notwendigen Aufwand hier auch bei effektiver Leistungserbringung nicht refinanzieren kann. Wird die Finanzierung in diesen Fallgruppen nicht sachgerecht gestaltet, können die Leistungen nicht mehr angeboten werden. Dies kann dazu führen, dass durch die fortschreitende Reduktion dieser komplexeren Leistungen innerhalb der DRG der Fallpreis für diese Fallgruppe in den Folgejahren immer weiter nach unten kalkuliert wird und als Folge davon weitere teure Leistungen aus dem Gesamtleistungsspektrum verschwinden.

Diese Erkenntnis ist nicht neu und hat in anderen DRG-Einsatzländern dazu geführt, dass sehr genau analysiert wird, welches Leistungspektrum sich innerhalb einer DRG-Fallgruppe darstellt. Fehlanreize durch eine nicht sachgerechte Leistungsfinanzierung als Folge einer zu heterogenen Fallstruktur innerhalb einer DRG werden z. B. durch Zuzahlungen zu den DRGs kompensiert [4]. Das bedingt nicht, dass Zuzahlungen zu allen DRG-Fallgruppen erfolgen müssen. Es bedeutet aber, dass die Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems unter dem Gesichtspunkt der sach- und leistungsgerechten Finanzierung erfolgen muss.

Der Begriff „Leistung“ ist dabei nicht immer alleinig durch eine DRG-Fallgruppe definiert. Dies kann nur für DRG-Fallgruppen gelten, die ausreichend homogen bezogen auf die Behandlungsinhalte sind. Leistungshomogenität liegt auch vor, wenn zwar unterschiedlich aufwändige Leistungen innerhalb einer DRG zusammengefasst sind, die Verteilung dieser Leistungen (Fallmix) aber in jedem Krankenhaus innerhalb der DRG annähernd gleich ist, womit der Fallmix innerhalb dieser DRG im Mittel sachgerecht über einen Einheitspreis finanziert wäre.

Ein politisches Ziel der DRG-Einführung ist es, die oft als unwirtschaftlich und nicht leistungsgerecht angesehenen historisch gewachsenen Budgets durch eine gerechtere, über klarer definierte Leistungen geregelte Finanzierung abzulösen. Dieses Ziel ist nur umsetzbar, wenn die Leistungsbeschreibungen (DRG-Fallgruppen) auch tatsächlich vergleichbare Leistungen beschreiben[5]. Solange dieses Ziel nicht erreicht ist, muss eine offensichtlich nicht

---

[4] Roeder N., Glocker S., Marshall R., Rochell B., (2002), Perspektiven und Limitationen bei der Abbildung des Aufwandes von Krankenhausleistungen durch australische DRGs. Krankenhausfinanzierung am Beispiel Victoria, das Krankenhaus, 5:388-397

[5] Roeder N., Rochell B., Glocker S., (2002), Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung? (I & II). Oder stimmt das: Gleiches Geld für gleiche Leistung?, das Krankenhaus, 9:702-709 & 10:794-800

sachgerechte Abbildung von Leistungen durch die Finanzierungsrahmenbedingungen kompensiert werden.

5.3 Aufwandsdifferenzierung nach Schweregrad

5.3.1 Schweregrad und Verweildauer

Die Unterschiede im Schweregrad, der häufig mit einer aufwändigeren und längeren Behandlung des Patienten im Krankenhaus korreliert, werden gerade bei den Fällen, bei denen heute der Nachweis noch nicht eindeutig ist, in den nächsten Jahren deutlicher hervortreten. Die Verweildauer wird wahrscheinlich bei den Fallgruppen oder Subfallgruppen stärker reduziert werden, bei denen sich z. B. durch eine Verbesserung der organisatorischen Abläufe die gesamte Diagnostik zeitlich straffen lässt und die Therapiekomponente weniger im Vordergrund steht. Anders sieht es aus mit Patienten, die eine erhebliche Erkrankungsausprägung zeigen (z.B. Patienten mit entzündlichen Erkrankungen, entzündlichen Darmerkrankungen, Pankreatitis, ausgeprägter Leberzirrhose, schwerer Herzinsuffizienz, Nierenversagen und ähnliches).

Die derzeit noch nicht so klare Verweildauerdifferenz zwischen sehr aufwändigen und weniger aufwändigen Fällen ist zum Teil auch durch das derzeitige, tagesbezogene Vergütungssystem nach BPflV zu erklären. Unter Fallpauschalen wird sich der Anreiz zur Verweildauerreduktion sicherlich verstärkt bei den weniger aufwändigen Fällen zeigen. Aus diesem Grunde sollten Zusammenlegungen von unterschiedlichen Schweregradausprägungen der selben Basis-DRG zunächst nur mit äußerster Zurückhaltung vorgenommen werden.

5.3.2 Schweregrad und Aufwand

In den internistischen/konservativen Fachgebieten können innerhalb der DRG-Fallgruppen häufig zwei verschiedene Subgruppen von Fällen differenziert werden:

Gruppe 1: Fälle, die überwiegend Diagnostik oder eine klar umrissene Kurztherapie im Rahmen der Krankenhausbehandlung erhalten und bei denen die therapeutische Komponente im Hintergrund steht.

Gruppe 2: Patienten, die bereits begleitend zur Diagnostik oder direkt im Anschluss an diese aufwändig behandelt werden.

Die Problematik lässt sich sehr gut an Patienten aufzeigen, die mit dem Verdacht auf einen Myokardinfarkt in das Krankenhaus eingeliefert werden. Sofort nach der Einlieferung wird die Diagnostik aber auch die Therapie des Herzinfarktes eingeleitet. Stellt sich im Verlauf der ersten Tage heraus, dass sich der begründete Verdacht nicht bestätigt, wird die bereits eingeleitete Therapie sofort abgebrochen. Der Patient hat ggf. eine Herzkatheter-untersuchung benötigt, so dass als Folge der dokumentierten Diagnostik (Herzkatheter) eine Eingruppierung in die DRG F42 A/B erfolgt.

Bestätigt sich der Herzinfarkt, wird der Patient weiterbehandelt, was mehrere Tage, unter Umständen auch Wochen anhalten kann. Dieser Patient wird aber in die Basis-DRG F41 (Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt mit invasiver kardiologischer Diagnostik) eingruppiert.

Wird ein austherapierter Herzinfarktpatient drei Wochen nach dem Infarkt zur Herzkatheterdiagnotik erneut aufgenommen, wird er ebenfalls in die Basis-DRG F41 gruppiert, da die DRG-Definition des akuten Myokardinfarktes alle Fälle einschließt, deren Infarkt nicht mehr als 28 Tage zurückliegt. Folglich wird die Herzkatheterdiagnostik abhängig von der Hauptdiagnose völlig unterschiedlich vergütet. Die Myokardinfarktgruppe wird zudem durch Diagnostikfälle „verwässert“.

5.4 Empfehlungen für die Umsetzung 2004

Zur Vermeidung einer systematischen Unterfinanzierung von Krankenhäusern oder Abteilungen mit den beschriebenen Steuerungseffekten müssen Lösungen gefunden werden, die eine sachgerechte Finanzierung des medizinisch notwendigen Aufwandes auch schon 2004 gewährleisten. Spezialisierung ist immer mit Selektion verbunden. Prinzipiell kann das durch eine Spezialbehandlung betroffene Fallspektrum bezüglich des Aufwandes signifikant von einem bundesweiten oder dem in der Kalkulationsstichprobe abgebildeten und für die Festlegung der Bewertungsrelationen repräsentativen „Mischspektrum“ nach unten oder nach oben abweichen. Die Abweichung ist bei Vorhandensein geeigneter abgrenzender Kriterien durch einen Vergleich der klinischen Profile der Kalkulationsstichprobe mit klinischen Profilen der "Problemgruppen" ggf. messbar. Über klinische Profile ist das Spektrum der Erkrankungen innerhalb einer DRG, aber auch das Spektrum der gewählten Behandlungsoptionen bei ausreichender Kodierqualität darstellbar. Das klinische Profil zeigt die Verteilung der Hauptdiagnosen, der Nebendiagnosen und der Prozeduren innerhalb einer DRG und charakterisiert damit die im Rahmen der spezialisierten Leistungserbringung behandelten Fälle.

Ausgangssituation 2003

Um eine sachgerechte Finanzierung unter DRG-Bedingungen sicherzustellen, sollten Problembereiche frühzeitig identifiziert und genauer untersucht werden. Finden sich Auffälligkeiten, sind diese durch Modifikation des DRG-Klassifikationssystems und/oder der Finanzierungsregeln zu beseitigen. Nur auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass die Ablösung des bisherigen Krankenhausfinanzierungssystems nicht zu einem im Ergebnis wesentlich ungerechteren Finanzierungssystem mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur führt.

Es ist daher dringend zu empfehlen, Versorgungsbereiche oder Leistungskomplexe, die im DRG-Klassifikationssystem noch nicht hinreichend sachgerecht abgedeckt sind, durch entsprechende, gesonderte Regelungen der Finanzierung zu berücksichtigen.

6 Methodik der Problemanalyse und Ableitung der Lösungsoptionen

Der Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems 1.0 und die daraus abgeleiteten Lösungsvorschläge werden im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nach der folgenden Methodik herausgearbeitet, welche die verschiedenen möglichen Ursachen für sich derzeit abzeichnende Problemkonstellationen systematisch einbezieht:

1. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Übertragung der Handbücher und der formalen Struktur des australischen AR-DRG-Systems 4.1 in das G-DRG-System 1.0 (Mapping)

2. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Erstkalkulation des G-DRG-Systems

3. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf bezüglich der in Australien erfolgten Weiterentwicklung des AR-DRG-Systems (Versionen 4.2 und 5.0)

4. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Abrechnungsbestimmungen

5. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der ordnungspolitischen Vorgaben

6. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

7. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf auf Basis von G-DRG-Evaluationsprojekten

8. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf hinsichtlich Leistungs- oder (Fach-) Bereichsspezifischer Probleme

9. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund von krankenhausspezifischen Tatbeständen

10. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund von Expertenmeinungen

11. Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund möglicher Fehlanreize für die Patientenversorgung.

6.1 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Übertragung der Handbücher und der formalen Struktur des australischen AR-DRG-Systems 4.1 in das G-DRG-System 1.0 (Mapping)

In Folge der Zeitknappheit, unter welcher die Übertragung des als Basis für das deutsche G-DRG-System gewählten AR-DRG-Systems 4.1 als Teil der Ersatzvornahme durch das BMGS im Sommer 2002 stattgefunden hat, haben sich zahlreiche und darunter teilweise erhebliche Inkonsistenzen der G-DRG-Klassifikation 1.0 ergeben. Dadurch wurde das Ziel einer im Vergleich mit der australischen Version möglichst unveränderten Fallgruppenzuordnung teils deutlich verfehlt. Insbesondere durch die vorgenommenen DRG-Zuordnungen der nicht 1:1 auf die australischen MBS-Kodes überleitbaren deutschen OPS-301-Prozedurenkodes (Mapping) resultieren teils maßgebliche Änderungen der Fallgruppendefinitionen. Diese sind hauptsächlich darauf zurück zu führen, dass

- unspezifische MBS-Kodes auf spezifische OPS-301-Kodes gemappt wurden

  Beispiel: Der australische MBS-Kode 3354800 (Patch graft of artery using vein) wurde auf Patchplastiken diverser Arterien, inklusive des Einsetzens von Stents in Aorta oder Carotis (5-395.34 bzw. .05) gemappt. Dadurch führt das Einsetzen eines Stents in extracranialen Gefäßen bei Fällen mit Diabetes mit multiplen Komplikationen zur Eingruppierung in die DRG K09Z (Andere OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen).

- einzelne OPS-301-Kodes für im Rahmen der AR-DRGs gruppierungsrelevante Prozeduren in den G-DRG-Handbüchern unberücksichtigt blieben und umgekehrt einzelne OPS-301-Kodes Fallgruppen zugeordnet wurden, obwohl diese Leistungen in der australischen Version nicht zu finden sind

  Beispiel: Den DRGs L06A und L06B für „Kleine Eingriffe an der Harnblase" wurde in der G-DRG-Version 1.0 der OPS-301-Kode 8-020.1 [Therapeutische Injektion Harnorgane] zugeordnet, ohne dass diese Leistung in der australischen Vorlage enthalten wäre. Die Folge wäre, dass schon die Instillation eines Medikamentes über einen Blasenkatheter zur Abrechnung der im Vergleich mit einer konservativen DRG höher bewerteten DRGs L06A und L06B führen kann.

- und die völlig unspezifischen OPS-301-Kodes [Prozedur, nicht näher bezeichnet], welche keine Entsprechung im MBS besitzen, mit in die G-DRG-Zuordnung übernommen wurden und OPS-301-Kodes für [Sonstige Prozeduren (näher bezeichnet)] teilweise unscharf zugeordnet wurden.

  Beispiel: Der DRG F20Z [Unterbindung und Stripping von Venen] werden in der deutschen Version eine Reihe sonstiger bzw. nicht näher bezeichneter Kodes zugeordnet (Naht von/Operativer Verschluss an Blutgefäßen, OPS-Kodes: 5-388.x -.y, 5-389.x, -.y). Diese unspezifischen Kodes bilden sowohl Eingriffe an venösen als auch an arteriellen Gefäßen ab. In der australischen Gruppierungslogik sind hier jedoch ausschließlich Verfahren an venösen Gefäßen aufgelistet. In der deutschen DRG F20Z sind zusätzlich Nahtverfahren an venösen Gefäßen aufgelistet, die nicht in der australischen Gruppierungslogik enthalten sind. Dazu gehören Nähte an der V. pulmonalis, cava superior, cava inferior und der oberflächlichen Venen.

Wegen der sich auf diese Weise ohne detaillierte fachliche oder empirische Validierung ergebenen Modifikationen, entstand jenseits der durch das Mapping ohnehin in Kauf zu nehmenden Unschärfen in vielen Details eine Verfälschung der ursprünglichen DRG-Definitionen[6]. Diese sind nicht zuletzt auch eine der wesentlichen Ursachen der ökonomisch relevanten Verzerrungen der aus der Erstkalkulation abgeleiteten DRG-Kostengewichte, weil die Kalkulationsdaten den Fallgruppen bei der Ermittlung der Kostengewichte entsprechend der G-DRG-Handbücher Version 1.0 zugeordnet wurden.

Lösungsansatz Mapping: Die sich durch die Mängel der erfolgten Systemübertragung ergebenden Inkonsistenzen des G-DRG-Systems 1.0 können durch eine fachliche und idealerweise daran anschließende empirische Validierung des durchgeführten Mappings korrigiert werden. Während grobe Inkonsistenzen in der Regel bereits durch eine Analyse insbesondere der OPS-Zuordnungen durch Klassifikations- und Fachexperten identifiziert werden können, ergeben sich im Einzelfall möglicherweise weniger relevant erscheinende, dafür aber in der Masse der Fälle bedeutsame Abweichungen erst im Zuge einer empirischen Untersuchung anhand repräsentativer Echt-Daten. Die DRG-Research-Group hat sich im Rahmen ihrer Arbeiten auch mit der Aufgabenstellung des Mappings ausführlich beschäftigt. Die DRG-Research-Group hat im Vorfeld der Ersatzvornahme für eigene Analysen und Projekte eine Mapping-Tabelle für eine möglichst originalentsprechende Zuordnung deutscher ICD-10-SGBV-Diagnosen- und OPS-301-Prozedurenkodes in die AR-DRG-Systematik erstellt und diese sowohl in Abstimmung mit verschiedenen Fachexperten als auch hinsichtlich der sich im Echtbetrieb ergebenden Problemstellungen weiterentwickelt. Die DRG-Research-Group stellt ihre Mapping-Tabelle sowie eine Liste der bei der Prozedurenzuordnung im G-DRG-System 1.0 unberücksichtigt gebliebenen OPS-301-Kodes gerne zur Verfügung. Sehr wichtig erscheint die Überprüfung der operativen Prozedurenkodes, die bisher keiner DRG zugeordnet sind, also ins Leere laufen. Die sich im Rahmen dieses kritischen Abgleichs als in Frage zu stellenden G-DRG-1.0-Kodezuordnungen sollten im ersten Arbeitsschritt der anstehenden G-DRG-Klassifikationsrevision durch entsprechende Modifikationen des Entwicklungsgroupers auf Simulationsbasis anhand der Kalkulationsdatensätze überprüft und - wenn notwendig – geändert werden. Aus gutachterlicher Sicht besonders wesentliche Nachbesserungen des Mappings sind in den weiter unten gemachten konkreten DRG-Anpassungsvorschlägen enthalten und werden entsprechend

[6] Kommentar DRG-Research-Group / BÄK zum Mapping

herausgestellt. Eine weitergehende Prüfung des Mappings sollte ggf. zu einem späteren Zeitpunkt unter Berücksichtigung von Echtdaten erfolgen.

6.2 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Erstkalkulation des G-DRG-Systems

6.2.1 Problemfelder der G-DRG-Erstkalkulation 2002

Wie die Erstellung des Mappings erfolgte auch die Erstkalkulation des G-DRG-Systems 1.0 unter größtem Zeitdruck. Es verwundert daher nicht, dass auch hinsichtlich der Bewertung der G-DRG-Fallpauschalen sowie der damit verbundenen Zu- und Abschläge für Kurzlieger, externe Verlegungsfälle und Langlieger teils erhebliche Mängel festzustellen sind. Diese belaufen sich insbesondere auf folgende Punkte:

- die nicht repräsentative Datengrundlage der Erstkalkulation
- die teilweise inkonsistent erscheinende, durch den Forschungsbericht der Firma 3M [7]nicht ausreichend transparent gemachte, Methodik der formalen und rechnerischen Stichprobenbereinigung
- Aus den zur Verfügung stehenden Informationen ist zu schließen, dass in wesentlichen Punkten keine ausreichende medizinisch-inhaltliche Prüfung der Daten mit ggf. erforderlicher Bereinigung inplausibler Daten erfolgte. Dies betrifft insbesondere die unzureichende Prüfung der bei der Kalkulation berücksichtigten Fälle auf die korrekte Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien
- die unzureichende Prüfung der berücksichtigten Fälle auf die korrekte und vollständige Dokumentation der zum Zeitpunkt der Kalkulation gültigen Diagnosen- und Prozeduren-kodes
- die unzureichende Prüfung von Fällen mit doppelter oder mehrfacher Angabe derselben ICD-10-SGBV- bzw. OPS-301-Kodes, welche weder durch Mehrseitigkeit noch durch Mehrzeitigkeit begründbar erscheinen

[7] Hinweis auf Bericht einfügen

- die unzureichende Bereinigung hinsichtlich ihres Alters bzw. ihres Geschlechts fehlzugeordneter Fälle der Kalkulationsstichprobe

- die in machen Fällen aus einer unzureichenden Datenprüfung resultierende Zuordnung der Kosten von auch bezüglich der Hauptdiagnose operativen Fällen zu medizinischen G-DRG-Fallpauschalen

- die teilweise inkonsistente Zuordnung der Kosten von zusatzentgeltrelevanten Leistungen, insbesondere für Dialysen

Als Ergebnis der Datenauswertungen zeigen sich im DRG-Fallpauschalenkatalog folgende Auffälligkeiten bzw. Unstimmigkeiten:

- mehrere Fallgruppen mit mathematisch-statistisch inplausibler Ausweisung einer geringer als die geometrische mittlere Verweildauer ausfallenden arithmetischen mittleren Verweildauer (48 G-DRG-Fallpauschalen sind hiervon insgesamt betroffen)

- eine in weiten Teilen des G-DRG-Fallpauschalenkatalogs inkonsistente Qualität der verursachergerechten Kostenzuordnung insbesondere bei OP-Kosten, Implantatkosten und Arzneimittelkosten

- ein im Vergleich mit dem AR-DRG-System erheblicher sogenannter Kompressionseffekt mit der Folge einer systematischen Unterbewertung von Komplexfällen und Überbewertung von Standardfällen

- eine sehr hohe Heterogenität der vielen G-DRG-Fallpauschalen zu Grunde liegenden Fallkosten

- vielfach eine verweildauerabhängige Erlösinversion bei den sogenannte „Pärchen-DRGs“ (die zu einer Basis-DRG gehören) wegen nicht hinreichend abgestimmter Zu- und Abschläge für Kurzlieger, externe Verlegungsfälle und Langlieger.

Weil diese Mängel das Kalkulationsverfahren selbst betreffen, sollte eine wesentliche Aufgabe bei der kommenden Kalkulation darin bestehen, die Mängel u. a. zum Beispiel durch eine verbesserte inhaltlich-medizinische Datenbereinigung nicht zu wiederholen. Wenngleich das Kalkulationsverfahren selbst nicht Gegenstand dieses Gutachtens ist, wird bei den vorgelegten Änderungsvorschlägen darauf hingewiesen, wo und weshalb der gegenwärtige Kalkulationsansatz eine jeweilige Fallkonstellation oder Leistung nicht korrekt abbilden kann (z.B. Medikamente, Implantate).

Methodik der Problemanalyse und Ableitung der Lösungsoptionen

An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein sachgerechtes Kalkulationsverfahren unabdingbar für eine erfolgreiche Problemanalyse und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sein wird. Ohne einen verbesserten Kalkulationsansatz werden viele Problembereiche aus den InEK-Daten nicht transparent werden, sondern sind nur durch ergänzende Analysen beurteilbar. Hinsichtlich einer detaillierten Analyse des Erstkalkulationsverfahrens und diesbezüglicher Verbesserungsvorschläge wird auf einen Kommentar zur Erstkalkulation des G-DRG-Systems 1.0 verwiesen[8].

6.2.2 Hinweise zur Aussagekraft der G-DRG-Nachkalkulation 2003

6.2.2.1 Nachweise von Abbildungsproblemen an den Kalkulationsdaten bzw. § 21 Daten

Die Ergebnisse der DRG-Kostenkalkulation werden in den nächsten Jahren nur bedingt Grundlage für eine Anpassung des DRG-Systems an deutsche Verhältnisse bilden können. Es kann methodisch bedingt nicht erwartet werden, dass aus der zweiten Runde der deutschen Kostenkalkulation bereits sehr valide Ergebnisse zur Überprüfung von Problemen in der sachgerechten Abbildung von sämtlichen Behandlungskonstellationen resultieren.

Um den Nachweis der aufgezeigten Probleme an größeren Stichproben, insbesondere den Kalkulationsdaten, führen zu können, müssen diese zunächst bezüglich der Qualität entsprechende Grundvoraussetzungen erfüllen. Inwieweit das die Ganzjahresdaten aus dem Jahr 2002 gewährleisten können, muss durch Datenqualitätsprüfungen im InEK festgestellt werden. Es bleibt zu hoffen, dass auf einer qualitätsgeprüften, um qualitativ fragwürdige Daten bereinigten Stichprobe auch die Überprüfung der in diesem Gutachten aufgezeigten Probleme bzw. Vorschläge zur Anpassung des DRG-Systems möglich wird. Insbesondere die Probleme, die aufgrund unterschiedlichen Sachmittel-, und Medikamenteneinsatzes entstehen, werden aber wahrscheinlich an der Kalkulationsstichprobe nicht nachweisbar sein, weil eine kostenträgerbezogene Verrechnung der Medikamentenkosten bei der Kalkulation der Rohfallkosten in den meisten Kliniken mangels entsprechender EDV-gestützter Dokumentation nicht möglich ist. Gleiches gilt für

---

[8] Kommentar zur Erstkalkulation des G-DRG-Systems 1.0, DRG-Research-Group / BÄK, siehe Anhang Gutachten

krankenhausindividuelle Besonderheiten, die grundsätzlich mit der Kalkulationsstichprobe schwer nachweisbar sind.

Eine Vielzahl der Abbildungsprobleme, die derzeit von Fachgesellschaften aus medizin-ökonomischer Sicht geschildert werden, betreffen die Nichtberücksichtigung teurer Implantate, teurer Medikamente oder personalintensiver Leistungen, die nicht regelmäßig innerhalb einer DRG-Fallgruppe zum Einsatz kommen. Gerade diese Kosten sind aber, da sie in der Regel nicht fallbezogen EDV-gestützt dokumentiert werden, nicht verursachungsgerecht auf Fallbasis abzubilden. Aus diesem Grunde gehen diese hohen Einzelkosten als Folge der Kostenverrechnung über z. B. Verweildauertage in der Masse der Fälle unter. Sie sind darüber hinaus auch nicht (von Ausnahmefällen abgesehen) über Diagnosen oder OPS-Kodes identifizierbar, da der Einsatz teurer Sachmittel, teurer Medikamente etc. keine eindeutige Beziehung zu Diagnosen oder Prozeduren aufweist, da häufig keine OPS-Kodes zur Dokumentation dieser Leistungen zur Verfügung stehen. Hieraus resultiert zum Teil der viel diskutierte Kompressionseffekt, der zu einer systematischen Unterbewertung von aufwändigen Leistungen führt.

Dieses kostenrechnerische Dilemma darf aber nicht der Grund für mangelnde Berücksichtigung der Problematik sein .

Auch Sondertherapien, wie z. B. die Implantation von Tumorendoprothesen als Alternative zur Gliedmaßenamputation, die Implantation von Wirbelsäulenimplantaten als Alternative zur Gehunfähigkeit oder die Anwendung eines teuren onkologischen Therapieschemas als Alternative zu einem kostengünstigeren, in diesem Fall aber wirkungsärmeren Schema müssen sachgerecht im System abgebildet werden. Die Nichtbeachtung dieser Probleme würde ansonsten eine Kondensation des Versorgungsangebotes auf ein Standardangebot zur Folge haben.

6.2.2.2 Notwendigkeit interklinischer Vergleiche

Bei der DRG-Kalkulation für die Kostengewichte in der G-DRG-Version 1.0 wurde das so genannte Einklinikmodell verwendet. Einklinikmodell bedeutet, dass die Daten aus allen an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken zusammengeführt werden und so verfahren wird, als wenn alle Daten aus einer einzigen Klinik stammen würden. Nach Bereinigung der Stichprobe durch verschiedenste Verfahren wurde aus den verbleibenden Datensätzen der geometrische Fallkostenmittelwert berechnet. Eventuell wurden gerade die zu untersuchenden Sonderfälle über die Bereinigungsverfahren ausgeklammert und stehen somit zur Analyse spezieller Fragestellungen nicht mehr zur Verfügung. Es ist daher zu empfehlen, bei der Problemanalyse immer alle Fälle zu berücksichtigen.

Methodik der Problemanalyse und Ableitung der Lösungsoptionen

Eigene Analysen [9] haben ergeben, dass ein großer Teil der Probleme erst sichtbar wird, wenn interklinische Vergleiche von Verweildauern und/oder Kostendaten ergänzt durch Subgruppenanalysen erfolgen. Werden hierbei Auffälligkeiten gefunden, kann häufig die weitere Analyse der Morbiditätsdaten auf Fallebene erklären, ob die Unterschiede zwischen den Kliniken allein auf ein unterschiedliches Behandlungsmanagement anscheinend gleicher Fälle oder auf unterschiedliche Fallspektren innerhalb der untersuchten DRG-Fallgruppe zurückzuführen sind. Im Einklinikmodell gehen die durch besondere Spezialisierung einzelner Kliniken verursachten Fallbesonderheiten häufig unter, da abhängig von der Gesamtfallmenge die Spezialisierungen teilweise einen eher untergeordneten Anteil an der Gesamtstichprobe stellen. So werden z. B. Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus in vielen internistischen Abteilungen, aber auch in spezialisierten endokrinologischen Fachabteilungen behandelt. In der endokrinologischen Fachabteilung kumulieren besonders aufwändige Fälle (z. B. schwer einstellbarer Diabetes mellitus mit Komplikationen) ausgeprägter als in nicht auf diese Fallspektren spezialisierten internistischen Abteilungen. Damit tragen die endokrinologischen Fachabteilungen ein höheres Risiko einer systembedingten, systematischen Unterfinanzierung (siehe auch Kapitel Diabetologie, 8.2.5.6.)

Die nachfolgend beschriebenen Probleme der Spezialisierung innerhalb eines Fachgebietes sind in vielen Fachgebieten nachweisbar. Im Rahmen sogenannter Kompetenzüberweisungen erfolgt die Zuweisung komplexer Fälle zur Diagnostik und Therapie speziell in diese Zentren, was einen erheblichen Einfluss auf den Fallmix (Komplexität des Fallspektrums) hat, der im DRG-System bisher nicht sachgerecht abgebildet ist. Soweit diese Spezialisierungen für die Versorgungskultur in Deutschland für notwendig erachtet werden, muss sehr genau darauf geachtet werden, dass diese nicht durch die Pauschalierung "untergehen". Werden die Behandlungen in Deutschland aufgrund falscher Leistungsanreize so weit „synchronisiert“, dass nur noch Standardbehandlungen von Standardfällen angeboten werden, hat der aufwändige Patient mit der besonderen Konstellation kaum noch eine Chance, eine adäquate Behandlung zu erhalten. Nur wenn auch diesen notwendigen Besonderheiten adäquat Rechnung getragen wird, kann das bestehende Behandlungsangebot aufrechterhalten werden.

[9] Evaluationsprojekte der DRG-Research-Group

6.2.2.3 Priorisierung

Im Rahmen der Sichtung und Prüfung der im InEK eingegangenen Vorschläge für die Anpassung des DRG-Systems 2004 ist vorgesehen, unter der Prämisse der Maximalanzahl von 800 Fallgruppen eine Priorisierung für die Abarbeitung der Vorschläge durchzuführen. Diese Priorisierung soll nach ökonomischem Einfluss auf das Gesamtsystem dahingehend durchgeführt werden, dass zunächst Vorschläge abgearbeitet werden, die die größte Wirkung auf die gesamtökonomische Mittelverteilung entfalten. Dieses aus Gesamtsicht durchaus zu vertretende Verfahren, benachteiligt allerdings systematisch spezialisierte Leistungserbringer. Es ist zu erwarten, dass im Rahmen der Priorisierung (relativ seltene) Spezialleistungen auf den hinteren Rängen der Anpassungsliste landen werden, da sie auf das Gesamtsystem einen eher marginalen Einfluss haben (denn dies ist gerade der Charakter von Spezialleistungen). Es sollte daher noch einmal geprüft werden, wie im Rahmen der Priorisierung die im Kapitel 8 beschriebenen schwer zu pauschalierenden Bereiche berücksichtigt werden sollen. Ein Aussitzen der Situation, wie es von einigen Krankenkassenvertretern öffentlich empfohlen wird, kann nicht die adäquate Antwort auf die dargestellten Probleme sein.

6.2.2.4 Verweildauer als Aufwandsmaß

Aus eigenen DRG-Forschungsprojekten geht hervor, dass nicht nur die Nebendiagnosen eines Behandlungsfalls den ökonomischen Schweregrad beeinflussen, sondern dieser sich teilweise auch schon durch bestimmte Hauptdiagnosen sehr verlässlich vorhersagen lässt. Da einige DRG-Fallgruppen eine große Zahl von DRG-Hauptdiagnosen "sammeln", erscheint bei deutlichen Verweildauerunterschieden in Bezug auf bestimmte Hauptdiagnosen ein Splitt dieser DRGs auf Diagnosenbasis angezeigt. Auch in der Würdigung des wissenschaftlichen Berichtes zur ersten DRG-Kostenkalkulation [10] kann festgestellt werden, dass eine DRG-Anpassung unter Nutzung der deutschen Kalkulationsdaten aufgrund der schon geschilderten eingeschränkten Qualität der Kostenkalkulation wohl derzeit nur in ausgewählten Fallgruppen möglich ist. Ergänzend wird die Anpassung des DRG-Systems auf der Basis von Verweildauerdifferenzen oder deutlich

[10] G-DRG Projektbericht: Die Kalkulation der deutschen Bewertungsrelationen für das G-DRG System, Teil 1 & 2, 3M Medica Health Information Services Institut, Neuss, Dezember 2002, www.-g-drg.de:23.03.2003

beschreibbaren Leistungsunterschieden innerhalb von DRG-Fallgruppen zumindest in der Erstanpassung erfolgen müssen.

Eine alleinige Anpassung unter Anwendung des durch die Selbstverwaltungsparteien zu vereinbarenden Regelwerkes mit ausschließlicher Nutzung der Kostendaten scheint auf absehbare Zeit nur bedingt umsetzbar, so dass bereits kurzfristig ergänzende Verfahrensweisen gefunden werden müssen. Es wird notwendig sein, von diesem Regelwerk abzuweichen, bis die Kostendaten eine Qualität erreicht haben, die eine vorwiegend datengetriebene Systempflege ermöglicht. Auch dann wird die Entscheidung für oder gegen die Änderung von DRG-Fallgruppen oder Systemkomponenten nicht alleinig aufgrund der Ergebnisse von Datenanalysen erfolgen können. Diese sollten zwar eine wesentliche Grundlage von Entscheidungen sein, aber nicht alleinig das Ergebnis bestimmen.

Auch in Australien wurde über viele Jahre das DRG-System lediglich auf der Basis von Verweildaueranalysen modifiziert, da Kostendaten in ausreichender Qualität nicht vorlagen. Erst die Version 5.0 der AR-DRGs baut überwiegend auf Kostendaten auf.

Auch das PCCL-System zur Schweregradbewertung wurde zunächst unter Nutzung von Verweildauerdaten entwickelt[11]. Im australischen Bundesstaat Victoria untersuchte das Gesundheitsministerium die Unterschiede in der Komplexität des Fallmixes verschiedener Krankenhäuser. Ziel der Studie war es, die Nutzbarkeit der durch Bewertung der Nebendiagnosen für jeden DRG-Fall ermittelten PCCL (patientenbezogene klinische Komplexitätsstufe) zur Entwicklung eines ökonomischen Schweregradmessinstrumentes für Komplexitätsunterschiede zur Erklärung von interklinischen Kostendifferenzen zu beschreiben. Ergebnis war, dass das derzeitige PCCL-System nicht exakt genug die unterschiedlichen ökonomischen Gesamtkomplexitäten innerhalb einer DRG beschreibt. Erklärt wurde dieses Ergebnis damit, dass das PCCL-System auf der Basis von Verweildauerunterschieden entwickelt wurde und Kostenunterschiede nicht mit Verweildauerunterschieden korrelieren müssen. Es wurde empfohlen, das PCCL-System auf der Basis von Kostendaten zu überarbeiten.

[11] Auskunft Stuart McAlister, Direktor der DRG-Development Section im australischen Gesundheitsministerium

6.2.2.5 Verbesserung der Kalkulation als Grundlage für die Systementwicklung auf Kostenbasis

Es muss das Ziel aller Beteiligten sein, die kalkulierenden Krankenhäuser zu einer sehr differenzierten Kostenträgerrechnung zu motivieren, um differenzierte Kostendaten zu gewinnen. Sollte dies nicht gelingen, ist eine „Fehlkalkulation“ mit einer nicht zu quantifizierenden Wirkung auf die Krankenhausfinanzierung zu befürchten. Diese „Fehlkalkulation“ kann dazu führen, dass insbesondere die spezialisierten Leistungserbringer unterbewertet werden und daraus in der Folge wegen der fehlenden finanziellen Perspektive diese Krankenhäuser ihre Spezialleistungen reduzieren bzw. einstellen müssten.

6.2.2.6 Methodische Probleme

6.2.2.6.1 Kalkulation

Die DRG-Kostenkalkulation ist noch mit vielen Problemen aus methodischer Sicht behaftet. Wie bereits dargestellt, wird teilweise der Verbrauch besonders teurer Sachgüter, wie zum Beispiel Implantate, teure kardiologische Katheter, Zytostatika und Arzneimittel zur Immunmodulation in den Krankenhäusern nicht patientenbezogen in elektronischer Form erfasst. Die in der Regel daraus resultierende nicht verursachungsgerechte Verrechnung dieser teuren Güter auf alle Fälle einer organisatorischen Einheit führt dazu, dass diese Kosten nicht die Relativgewichte ausgewählter DRGs beeinflussen, sondern undifferenziert auf Fälle mit sehr unterschiedlichen DRGs verteilt werden. Die Fälle, die besonders aufwandsintensive Krankenhausleistungen erhalten haben, denen die Kosten für diese aber nicht zugeordnet wurden, werden demnach nicht bei der Analyse der Kalkulationsdaten hervortreten. Die von unterschiedlichen Verbänden monierte nicht sachgerechte Abbildung dieser Leistungen im DRG-System kann demzufolge mit den Kalkulationsdaten weder analysiert noch bestätigt werden.

Folgende Faktoren haben einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse der Kostenkalkulation:

1. Verursachungsgerechte Zuordnung teurer Sachmittel (Medikamente, Verbrauchsmaterialien, Implantate) zu den leistungsempfangenden Patienten ist nur teilweise möglich.

2. Die teilweise lückenhafte Leistungsdokumentation in EDV-Subsystemen (z.B. Personalbindungszeiten) und damit die lückenhafte Verrechnung von Kosten auf leistungsbeziehende Fälle.

3. Die Leistungserfassung (Untersuchungszeiten, Materialverbrauch, etc.) in EDV-Subsystemen korreliert nicht immer mit der Verschlüsselung der erbrachten Leistungen nach OPS-Ziffern im Patientendatensatz. So können einem Fall Kosten z.B. aus einem Funktionsbereich zugeordnet werden, die anhand der medizinischen Falldokumentation nicht nachvollziehbar sind. Umgekehrt, bei fehlender Leistungserfassung im EDV-Subsystem, aber durchgeführter OPS-Verschlüsselung, werden bestimmte Kostenmodule, für die Kosten zu erwarten sind (z.B. Kosten für den Endoskopiebereich bei Verschlüsselung einer endoskopisch durchgeführten Ösophagusstentimplantation), nicht mit Kosten versehen.

4. Die Kalkulation der Kosten für die Erbringung komplexer Prozeduren (z.B. Organtransplantationen) ist mit großen Problemen behaftet. Die Komplexleistung wird in der Regel von verschiedenen Fachbereichen erbracht. Auch von extern werden zahlreiche Leistungen eingekauft. Die Verrechnung der Kosten auf den einzelnen Fall wird aufgrund der Komplexität in vielen Fällen mit großer Ungenauigkeit versehen sein.

5. Die periodenfremde Verbuchung von Kosten, z.B. für den Einkauf hochkostiger Sachmittel, kann Auswirkungen auf die Kalkulation besonders teurer Leistungen haben.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass die Qualität der Kostenkalkulation in den Krankenhäusern zwar laufend verbessert wird, aber derzeit noch nicht ausreicht, um valide Kostengewichte zu ermitteln oder gar die DRG-Systemanpassung auf dieser Basis vorzunehmen.

6.2.2.6.2 Kalkulation teilstationärer Fälle

Das DRG-System wird vom Gesetzgeber für die Abrechnung stationärer und teilstationärer Behandlungsfälle vorgeschrieben. Die stationären Fälle werden in den meisten Klinikinformationssystemen (KIS) so abgebildet, dass zu einem Fall 1-n Fachabteilungsepisoden gehören. Zu jeder Fachabteilungsepisode können Diagnosen und Prozeduren erfasst werden, die in eindeutiger Relation zu dieser Episode stehen. Je nach KIS-System werden die erfassten Diagnosen und Prozeduren unterschiedlich zu einem DRG-Datensatz zusammengefasst.

Zu unterscheiden vom vollstationären Fall ist der teilstationäre Behandlungsfall, der in sogenannten Tages- oder Nachtkliniken behandelt wird. In allen uns bekannten Klinikinformationssystemen werden teilstationäre Besuche in der Regel an einen teilstationären Fall, nicht aber an die einzelnen Behandlungsepisoden gebunden. Der teilstationäre Fall wird für einen frei definierbaren Zeitraum (Tage, Wochen, Monate) nach Belieben der Klinik, häufig einem Quartalszeitraum angelegt.

Diagnosen und Prozeduren, die zu dem tagesklinischen Besuch dokumentiert werden, werden datentechnisch nicht an den Besuch (der administrativ einer Fachabteilungsepisode beim vollstationären Fall entspricht), sondern ohne eindeutige Beziehung zum Besuch an den teilstationären Gesamtfall gehängt. Innerhalb eines Quartals kann der Fall 1-n Besuche gehabt haben.

Im australischen DRG-System werden tagesklinische Behandlungen in Form von speziellen Tagesfall-DRGs abgebildet, bzw. DRGs für Tagesfälle mit einem anderen Kostengewicht belegt, als die selben DRGs für Mehrtagesfälle. Ein Patient, der nach heutiger Zählweise für ein Quartal als teilstationärer Fall gezählt wird und zehn Besuche innerhalb des Quartals hatte, würde im DRG-System zehn verschiedene Tagesfall-DRGs auslösen. Die Zuordnung zur jeweiligen DRG erfolgt nach der bekannten DRG-Grundsystematik über Haupt- und Nebendiagnosen und evtl. dokumentierte nicht-operative oder operative Prozeduren.

Wegen der o.a. Abbildung der teilstationären Fälle in den uns bekannten KIS-Systemen werden die Diagnosen und Prozeduren wie schon ausgeführt aber nicht dem jeweiligen Besuch, sondern dem Fall zugeordnet. Somit lässt sich für die DRG-Gruppierung und auch für die DRG-Abrechnung der unverzichtbare eindeutige Diagnosen-/Prozedurenbezug zum jeweiligen Besuch derzeit nicht aufbauen.

Einzelne Krankenhäuser haben als Notlösung entschieden, nach jedem Besuch den Fall abzuschließen und für jeden Besuch einen neuen teilstationären Fall einzurichten. Diese Lösung ist administrativ kaum umsetzbar, da sie sehr arbeitsintensiv ist und für jeden Besuch eine gesonderte Abrechnung auslöst. Es ist also dringend erforderlich, dass in den EDV-Systemen eine Anpassung der Abbildung des tagesklinischen Falles erfolgt.

Aus der geschilderten Problematik resultiert, dass die teilstationären Fälle derzeit nicht zu kalkulieren sind. Auch wenn die Kosten ermittelt werden können, lassen sich die Fälle nicht sachgerecht den richtigen DRGs zuordnen, da die gruppierungsrelevanten Informationen auf der Ebene der kalkulierten Episode nicht vorliegen. Teilstationäre Fälle können daher vorerst nicht über DRG-Pauschalen vergütet werden.

6.3 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf bezüglich der in Australien erfolgten Weiterentwicklung des AR-DRG-Systems (Versionen 4.2 und 5.0)

Die Selbstverwaltung hat sich mit dem Vertrag vom 27.06.2000 darauf verständigt, das AR-DRG-System 4.1 als Basis für das G-DRG-System zu nutzen und dieses im Weiteren auf einer deutschen Datengrundlage anzupassen. Dies erscheint für eine sachgerechte und rasche Anpassung des Systems auf die deutsche Leistungswirklichkeit in wesentlichen Teilen angemessen.

In Australien erfolgten mittlerweile zwei Mal Revisionen des AR-DRG-Systems 4.1, welche nach der Version 4.2 die dort gegenwärtig angewendete AR-DRG-Version 5.0 hervor gebracht hat. Die dort gewonnenen Erkenntnisse sollten ebenfalls für die Weiterentwicklung der G-DRGs genutzt werden. Die aufgrund medizinisch-inhaltlicher und ökonomischer Inkonsistenzen der AR-DRG-Version 4.1 in Australien bis zur Version 5.0 vorgenommenen Modifikationen, die auf deutsche Verhältnisse übertragbar erscheinen, werden für eine gesonderte Prüfung hinsichtlich einer Übernahme in die G-DRG-Systematik empfohlen. Die Empfehlungen finden sich weiter unten innerhalb der MDC- bzw. DRG-spezifischen Prüf- und Anpassungsvorschläge und sind dort entsprechend gekennzeichnet. Zur ergänzenden Meinungsbildung wird eine vollständige Aufstellung der Änderungen zwischen der AR-DRG-Version 4.1 und der Version 4.2 sowie der Modifikationen zwischen den AR-DRG-Fassungen der Versionen 4.2 und 5.0 als Anhang beigefügt.

6.4 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Abrechnungsbestimmungen

6.4.1 Festlegung der Zu- und Abschläge für Kurzlieger, externe Verlegungen und Langlieger

Wegen der bereits unter 6.2 beschriebenen, viele der aus einer jeweils gemeinsamen Basis-DRG heraus differenzierten G-DRG-Fallpauschalen (sogenannte „Pärchen-DRGs“) betreffenden verweildauerabhängigen Erlösinversion wegen nicht hinreichend abgestimmter Zu- und Abschläge für Kurzlieger, externe Verlegungen und Langlieger, sollte an der auf die einzelne G-DRG-Fallpauschale bezogenen pauschalen Berechnungsmethodik der Zu- und Abschläge nach §§ 5, 6 und 7 KFPV nicht festgehalten werden. Problematisch erscheint in dieser Hinsicht auch, dass die obere Grenzverweildauer für jede aus einer gemeinsamen Basis-DRG stammende

Fallpauschale gemäß § 6 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 auf unterschiedliche Weise festgelegt werden kann.

Der Abzug der Hauptleistung von den Gesamtkosten bei der Berechnung der tagesbezogenen Ab- und Zuschläge für Unterlieger und Überlieger ist methodisch sehr zu begrüßen, kann im Ergebnis allerdings noch nicht valide sein. Durch die fehlerhafte Differenzierung der für die Hauptleistung nach § 5 Satz 2 KFPV relevanten Kosten im Rahmen der Erstkalkulation sind die Zu- und Abschläge systematisch in ihrer Höhe verfälscht, was bei der nächsten Kalkulation berücksichtigt werden muss. Mitursächlich kann auch die nicht in allen Details transparente Datenbereinigung der Extremwerte gewesen sein.

Aufgrund der genannten Probleme hat sich die mit der KFPV festgelegte Methodik der Ermittlung der Zu- und Abschläge für Kurzlieger, externe Verlegungen und Langlieger in der Anwendungspraxis nicht bewährt. Während die Grundsätze, insbesondere die Extraktion der Kosten der Hauptleistung vor Ermittlung der Ab- und Zuschläge sinnvoll erscheinen, müssen bei der Umsetzung zumindest jeweils sämtliche aus einer gemeinsamen Basis-DRG stammende Fallpauschalen untereinander abgeglichen und erprobt werden, damit es nicht in Abhängigkeit der Verweildauer zu widersprüchlichen Erlösprofilen kommt.

Bei einem Teil der DRGs erscheint auch die Finanzierung bei Grenzverweildauerüberschreitung nicht sachgerecht, da mit normativ verordneten „Grenzkosten“ agiert wird, die vielfach den tatsächlich nach Erreichen der oberen Grenzverweildauer anfallenden Kosten bei weitem nicht gerecht werden (z.B. medizinische DRGs, Intensivtherapie etc.).

6.4.1.1 Bewertung von Kurzliegern im G-DRG-System

Kurzlieger im vollstationären Bereich stellen je nach Fachgebiet einen unterschiedlich hohen Anteil an einer DRG-Fallgruppe. Der Anteil der Kurzlieger wird sehr durch den Patientenmix beeinflusst. Zu differenzieren ist zwischen Fällen mit kurzer „Auftragsdiagnostik /-Therapie“ und umfassenderen Abklärungen und Behandlungen von Krankheitsbildern. Der Anteil der Kurzlieger wird auch vom sonstigen Behandlungsangebot einer Fachabteilung/Klinik beeinflusst. Existiert z. B. ein teilstationäres Angebot, ist der Anteil der vollstationären Kurzlieger kleiner als bei Kliniken, die über kein teilstationäres Behandlungsangebot verfügen.

Kurzlieger dominieren besonders in den Fallgruppen, in denen eine diagnostische Maßnahme triggernd bei der DRG-Zuordnung wirkt. Dies kann am Beispiel der Basis-

DRG F42 (Herzkatheteruntersuchung) dargestellt werden. Jeder Patient, der bei einer kardiologischen Hauptdiagnose während des Aufenthaltes eine Herzkatheterdiagnostik erhält, wird in diese DRG gruppiert. Grundsätzlich sind aber zwei verschiedene Gruppen von Patienten zu differenzieren:

A: Patienten, die der Klinik zur Herzkatheterdiagnostik zugewiesenen wurden („Auftragszuweisung“), häufig bereits von einem Kardiologen vordiagnostiziert und zur Klärung einer umschriebenen Fragestellung (z.B. Herzklappenfehler mit der Frage der OP-Indikation). Diese Patienten werden in der Regel am nächsten Tag mittels Herzkatheteruntersuchung diagnostiziert und verlassen am Folgetag wieder die Klinik.

B: Patienten, die zur Abklärung eines unklaren oder komplexen kardiologischen Krankheitsbildes in die Klinik aufgenommen werden, häufig als Noteinweisung oder vom Notarzt gebracht (z.B. dekompensierte Herzinsuffizienz oder Synkope und Kollaps). Diese Patienten erhalten während der gesamten Abklärung häufig mehrere Herzkatheteruntersuchungen oder weitere aufwändige Diagnostik. Auch diese Patientengruppe wird in die Basis-DRG F42 gruppiert, da sie eine kardiologische Hauptdiagnose besitzt und diese in Kombination mit der Herzkatheteruntersuchung auftritt.

Werden reine „Auftragsdiagnostikfälle“ (A) und die unter B beschriebenen Fälle in einer Fallgruppe gemischt und bei der Kalkulation der Rohfallkosten unter Festlegung der für die Gruppe gültigen mittleren Verweildauer sowie der Grenzverweildauer nicht differenziert, wird die mittlere Verweildauer und auch das Relativgewicht der DRG durch Gruppe A wesentlich beeinflusst. In einer Stichprobe aus 40 Herzzentren konnte diese Problematik nachgewiesenen werden und lässt sich sicher auch in den zur Kostenkalkulation an das InEK übermittelten Daten nachweisen, wenn interklinische Vergleiche der Aufwände unter Berücksichtigung der Fallspektren auf der Basis der Diagnosen und Prozeduren (klinische Profile) durchgeführt werden.

Aufgrund der Mischung grundsätzlich verschiedener Falltypen wird das resultierende Kostengewicht verwässert, ebenso spiegelt die mittlere Verweildauer nicht die Realität für die Mehrtagesfälle wieder. Die Anteile der Kurzlieger differieren aber zwischen den Fachabteilungen bzw. Krankenhäusern (eine DRG ist ja nicht auf Fachabteilungen begrenzt), so dass der mittlere Aufwand für unterschiedlichen Krankenhäuser nicht sachgerecht über die Kalkulationsstichprobe festgelegt werden kann.

Werden diese dann nicht sachgerecht (weil nicht repräsentativ) kalkulierten DRGs zusätzlich noch entsprechend der in den Abrechnungsregeln 2003 festgelegten Abschlagsregel bezüglich der Vergütungssumme reduziert, ist die Sachgerechtigkeit der Vergütung nicht mehr gegeben. Nur wenn auf Basis einer retrospektiven Kostenanalyse die zukünftigen Kosten mit hoher Wahrscheinlichkeit vorausgesagt werden können, kann auf dieser Basis auch eine leistungsgerechte Finanzierung erfolgen. Immer dann, wenn die Voraussage als Folge starker Schwankungen innerhalb der DRG nicht möglich ist, kann auch die prospektive Finanzierung nicht sachgerecht sein.

Dies trifft insbesondere bei Fällen zu, bei denen der Verlegungsabschlag zum Tragen kommt. Hierbei handelt es sich häufig um Fälle, die aus einer Kardiologie ohne Herzkatheterplatz in eine Kardiologie mit Herzkatheterplatz zur weiteren Abklärung verlegt werden. Ähnliche Konstellationen finden sich in der Gastroenterologie und der Dermatologie [12]. Bei den gastroenterologischen DRGs wurde dieser Konstellation aber schon teilweise Rechnung getragen, indem spezielle Gruppen für Kurzlieger etabliert wurden.

Die Mischung von Kurz- und Langliegern ist auch bei nichtinterventionellen Fallgruppen zu finden. Als Beispiel seien hier die Onkologie oder auch die Kinderrheumatologie genannt. Neben der Aufnahme zur mehrtägigen Diagnostik und Therapie finden sich auch Fälle, die zu einer gezielten Kurztherapie kommen (z.B. Chemotherapie bei bereits abgeschlossener Diagnostik).

Abbildung 1 zeigt eine Fallgruppe mit hohem Kurzliegeranteil. Die arithmetischen und geometrischen Verweildauermittelwerte differieren erheblich in Abhängigkeit von der Berücksichtigung der Kurzlieger.

[12] Eigene Untersuchungen im Rahmen von DRG-Evaluationsprojekten mit der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

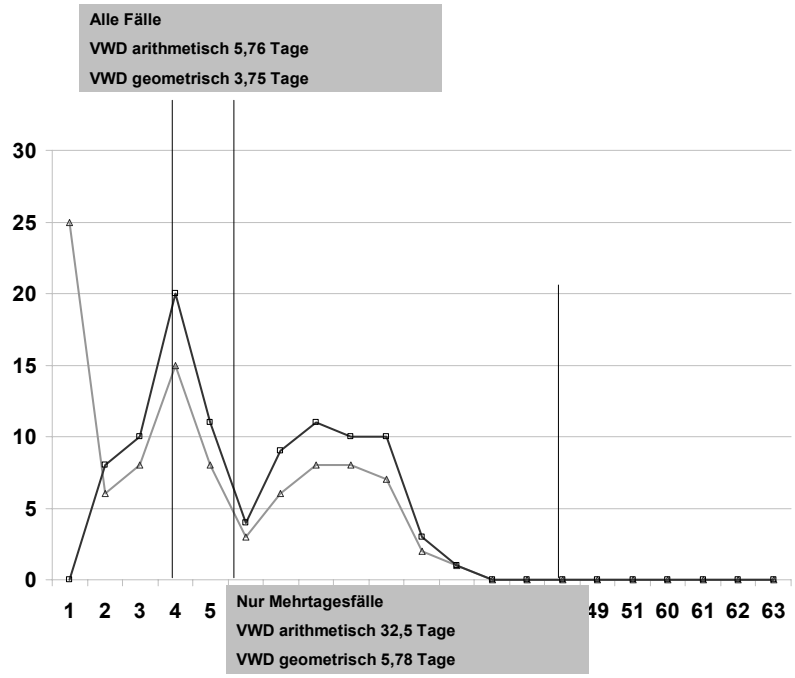


Abbildung 1 Problematik Kurzlieger

6.4.1.1.1 Berücksichtigung in der Kalkulation

Für die Fallgruppen mit hohem Kurzliegeranteil sollte eine alternative Kalkulationsmethodik angewendet werden. Abhängig vom prozentualen Anteil der Kurzlieger und der Differenz der mittleren Verweildauer sollte eine Korrektur der mittleren Verweildauer und der mittleren Fallkosten für die jeweilige DRG erfolgen, die wie folgt geregelt werden könnte:

A: Die Kurzlieger (alle Fälle mit einer Verweildauer < 2 Tage) sollten gesondert kalkuliert werden.

B: Alle Fälle mit einer Verweildauer > 1 Tag sollten ebenfalls gesondert kalkuliert werden.

C: Das Kostengewicht sollte auf der Basis der Fälle mit einer Verweildauer > 1 Tag festgesetzt werden. Die Abschläge für Kurzlieger sollten alternativ zu der "normalen" Abschlagsberechnung vorgenommen werden.

6.4.2 Verlegungen

Der in § 1 Absatz 1 KFPV festgelegte Grundsatz, dass bei externen Verlegungen durch jedes beteiligte Krankenhaus eine ggf. geminderte Fallpauschale abgerechnet werden

kann, die der Leistungen des jeweiligen Krankenhauses entspricht. Diese Vorgabe berücksichtigt das Interesse einer leistungs- bzw. fallgerechten Vergütung der partizipierenden Krankenhäuser. Besonders im Falle eines multidisziplinären Behandlungsgeschehens kann eine sachgerechte Vergütung der beteiligten Krankenhäuser über DRG-Fallpauschalen jedoch nur dann gewährleistet werden, wenn die Behandlung in dem jeweiligen Krankenhaus durch das System überhaupt eigenständig abgebildet werden kann (z.B. bei einer Verlegung nach einer Operation zur Weiterbehandlung erhalten die beiden Krankenhäuser unterschiedliche DRG-Fallpauschalen).

Eine Verpflichtung der an einer Verlegung beteiligten Krankenhäuser zur Aufteilung einer für die gesamte stationäre Behandlung vollständigen Verlegungskette hätte den Fehlanreiz zur Folge, dass die Aufnahme komplexer Behandlungsfälle vermieden würden, da ein komplexes Verlegungsgeschehen über den derzeitigen G-DRG-Ansatz nicht sachgerecht abgebildet werden kann. Lediglich für ein regelhaftes Verlegungsgeschehen, welches die Behandlung aus organisatorischen Gründen zum Vorteil des Behandlungsablaufes zwischen Erst- und Weiterbehandler aufteilt (z. B. operative Versorgung und Weiterbehandlung bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit in der Herzchirurgie) wäre, wie bereits im Vorfeld der KFPV diskutiert, die separate Kalkulation und Festlegung von „Zusammenarbeits-Fallpauschalen“ denkbar. Auch die Möglichkeit der Festlegung speziell ausgewiesener, von einer Minderung im Sinne der §§ 2 und 3 KFPV ausgeschlossener „Verlegungsfallpauschalen“ stellt einen geeigneten Ansatz für die Berücksichtigung typischer Frühverlegungskonstellationen dar und sollte daher auch über die 5 in der G-DRG-Version 1.0 vorgegebenen Verlegungsfallpauschalen hinaus weiter verfolgt werden. Hierzu ist eine Analyse der im InEK verfügbaren Daten hinsichtlich der prozentualen Verlegungsanteile notwendig. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass der Verlegungsbegriff neu definiert wurde (24-Stunden) und Daten gemäß dieser neuen Definition noch nicht zur Verfügung stehen. Eigene Analysen des Gutachters zeigen darüber hinaus, dass die Aufnahme- und Entlassungsdokumentation hinsichtlich der Verlegungsschlüssel nach § 301 nicht immer valide ist. Insbesondere die Entlassungsverlegungen sind in der Praxis häufig unterdokumentiert. Dies wird sich ändern, da diese Daten bei der DRG-Vergütung erlösrelevant werden.

In einigen Fachgebieten ist es durchaus üblich, die Behandlung arbeitsteilig zu gestalten. Dabei werden Patienten z.B. nach Operation (Herzchirurgie, Orthopädie) zur Ausbehandlung in andere Krankenhäuser verlegt. Eine Analyse der Fallgruppen F03Z, F04A/B und der Fallgruppen F05/F06 aus 40 herzchirurgischen Kliniken zeigte diese

Unterschiede deutlich. Klinken mit einem hohen Verlegungsanteil haben eine deutlich kürzere Verweildauer, als Kliniken, die nicht zur Ausbehandlung weiterverlegen. Diesem Umstand muss bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen Rechnung getragen werden.

Ein grundsätzliches Problem der aktuellen Verlegungsregelung besteht darin, dass im Unterschied zu externen Verlegungen keine entsprechende Regelung für interne Verlegungen im Rahmen einer interdisziplinären Versorgung (verschiedene unabhängig voneinander zu behandelnde Hauptdiagnosen) oder unterschiedlicher Behandlungsepisoden (verschiedene unabhängig voneinander zu erbringende Therapiekomplexe, z. B. im Rahmen einer multimodalen Tumortherapie) geschaffen wurde. Im Falle einer Beibehaltung der Ungleichbehandlung solcher interner und externer Verlegungskonstellationen würde dies zu einer systematischen Benachteiligung der Krankenhäuser führen, die über die erforderlichen Fachabteilungen verfügen.

Die geschilderte Problematik betrifft gleichermaßen die für die Rückverlegung getroffene Abrechnungsbestimmung, welche zudem außerordentlich bürokratisch ist. Infolge solcher Rahmenbedingungen würden entsprechend ausländischer Erfahrungen der Anreiz entstehen, bisher zusammenhängend erbrachte stationäre Behandlungen zukünftig fraktioniert über mehrere separate Krankenhausaufenthalte vorzunehmen, was die notwendige Berücksichtigung der individuellen krankheitsbedingten und sozialen Umstände der Patienten nachhaltig erschweren würde.

Dass eine sämtlichen Verlegungskonstellationen gerecht werdende Abrechnungsbestimmung im Rahmen der Ersatzvornahme nicht möglich war, dass bei der beabsichtigten Regelung ein ausgewogener Kompromiss zwischen den Forderungen der Krankenhäuser und Kostenträger angestrebt wurde und dass mögliche Nachteile für die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Ausgleichsmechanismen des ersten budgetneutralen Einführungsjahres weitgehend egalisiert werden, ist bei der Bewertung der geltenden Regeln zu berücksichtigen. Die gegenwärtigen Abrechnungsbestimmungen können daher allenfalls für eine übergangsweise Anwendung im Rahmen der budgetneutralen Einführungsphase dienen und müssen spätestens für den allgemeinverbindlichen budgetrelevanten Einsatz bis zum Jahr 2005 überarbeitet werden. Dementsprechend muss bereits die anstehende DRG-Revision dazu genutzt werden, für die genannten internen und externen Verlegungskonstellationen gleichermaßen leistungsgerechte Vergütungsregelungen zu entwickeln, zu erproben und empirisch durch spezifische Analysen abzusichern.

Die 24-h-Regelung zur Abgrenzung von Verlegungsfällen kann ebenfalls lediglich als Provisorium für die budgetneutrale Einführungsphase des DRG-Systems dienen. Diese

Regelung wird sich in ihrer Absolutheit in der Praxis sonst als problematisch erweisen. Insbesondere bei Verlegungen mit Wechsel der Hauptdiagnose werden Krankenhäuser, die im Interesse der Patienten nahtlos verlegen, gegenüber denjenigen, welche nach 24-stündigem häuslichen Zwischenaufenthalt der Patienten jeweils eine ungeminderte Fallpauschale abrechnen können, benachteiligt. Ganz im Sinne der vorhergehenden Ausführungen sollte auch hier noch innerhalb der budgetneutralen Einführungsphase eine primär episodengesteuerte Abrechnungsbestimmung für Verlegungsfälle entwickelt werden.

Wegen der Komplexität der möglichen Verlegungskonstellationen und angesichts der diesbezüglich – insbesondere hinsichtlich vollständiger interner und externer Verlegungsketten – dürftigen Datenlage wird es sehr schwer werden, bis zum Beginn der Konvergenzphase eine den wesentlichen Aspekten von Verlegungsfällen gerecht werdende Vergütungsregelung zu finden. Hier werden auch die InEK-Daten nur einen begrenzten Einblick in spezielle Verlegungsfragen erlauben. Um die Fragestellung systematisch zu analysieren, bedarf es über die gegenwärtigen Möglichkeiten des InEK hinausgehende Untersuchungen. Soweit auf der Grundlage der bestehenden Erkenntnisse möglich, wird in einzelnen Bereichen des Gutachtens auf die besondere Problematik von Verlegungsfällen eingegangen.

Problematisch erscheint auch die Abrechnungsbestimmung für interne Verlegungen zwischen Haupt- und Belegabteilung nach § 1 Absatz 3 KFPV. Das Problem dieser Regelung besteht darin, dass es darunter je nach Verlegungskonstellation zu einer vermeintlichen „Doppelfinanzierung“ ärztlicher Leistungen kommen kann. Aus diesem Grunde sind hier vermehrte Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern und eine verstärkte Bürokratisierung durch entsprechende Fallprüfungen bereits vorprogrammiert. Um den Nachteilen der Regelung für interne Verlegungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen abzuhelfen, wird vorgeschlagen, diese wie eine externe Verlegung zu handhaben und die Abrechnung jeweils einer ggf. geminderten Fallpauschale für den jeweiligen Aufenthalt in der Haupt- bzw. der Belegabteilung zuzulassen.

6.4.3 Neugeborene

Nach § 1 Absatz 4 KFPV gilt jedes Neugeborene grundsätzlich als eigenständiger Fall, für den eine eigene Fallpauschale abgerechnet werden kann. Davon abweichend werden jedoch Fallpauschalen mit Mindestverweildauern zugelassen, bei deren Unterschreiten die Versorgung des Neugeborenen wie im bisherigen System mit der Fallpauschale der Mutter abgegolten wird. Im Interesse einer einheitlichen und statistisch eindeutigen

Regelung sollte die Grundsatzregelung „als eigenständiger Fall“ konsequent bei jedem Neugeborenen zur Anwendung kommen. Eine bei Bedarf mögliche Abschlagsregelung für die Versorgung eines Neugeborenen unterhalb einer Verweildauer von 24 Stunden ist aus diesem Grunde der uneinheitlichen Mindestverweildauerregelung mit entsprechenden Fehlanreizen vorzuziehen.

6.5 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der ordnungspolitischen Vorgaben

6.5.1 „100-Prozent-Ansatz“

Gemäß der mit dem FPG geschaffenen gesetzlichen Grundlagen sind die alternativen Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG auf die Jahre 2003 und 2004 befristet. Insbesondere hinsichtlich niedrigfrequenter hochspezialisierter Leistungen sowie besonderer Therapiekonzepte, welche nur durch wenige Krankenhäuser angeboten werden, wird es kaum möglich sein, diese ab 2005 vollständig und sachgerecht über DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG zu vergüten. Für die betroffenen Leistungen und ggf. Einrichtungen muss daher auch jenseits des Jahres 2004 eine unbefristete Möglichkeit der Zulassung begründeter alternativer Vergütungslösungen geschaffen werden. Die im Rahmen des Entwurfes eines FPÄndG diskutierten Erweiterungen in § 6 KHEntgG sowie § 17 b Absatz 7 KHG zeigen, dass hier mittlerweile auch der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer erweiterten Öffnung sieht. Die Bereiche, in welchen mittelfristig eine sachgerechte Leistungsvergütung durch DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte nicht erwartet werden kann, werden durch das Gutachten benannt und begründet. Weiterhin werden verschiedene Lösungsansätze für eine möglichst DRG-systemkompatible und -konforme künftige Finanzierung dieser Bereiche unterbreitet.

6.5.2 Regelung zur Wiederaufnahme nach § 8 Absatz 5 KHEntgG

Die gegenwärtige gesetzliche Abrechnungsbestimmung nach § 8 Absatz 5 KHEntgG provoziert durch den nicht näher definierten Begriff der Komplikation sowie den fehlenden Bezugspunkt zur Ermittlung des Ablaufes der Grenzverweildauer Konflikte durch unterschiedliche Auslegungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Ebenso wenig ist derzeit die Frage eindeutig geklärt, wie nach Erreichen der Grenzverweildauer der für den vorhergehenden Aufenthalt geltend gemachten Fallpauschale zu verfahren ist. Es besteht daher dringender Bedarf einer in diesen Punkten klarstellenden Abwandlung und Ergänzung der bisherigen Regelung, welche am besten durch eine gesetzliche

Änderung oder alternativ durch eine ergänzende klarstellende Abrechnungsbestimmung herbei geführt werden sollte.

Eine unveränderte und ungeklärte Beibehaltung der Wiederaufnahmeregelung nach § 8 Absatz 5 KHEntgG würde sich besonders bei notwendigen stationären Mehrfachbehandlungen sehr nachteilig auf die Patientenversorgung auswirken. Insbesondere bei bösartigen aber auch bei chronischen Erkrankungen erfolgt im Gegensatz zur kurativen Behandlung von akuten Gesundheitsproblemen häufig eine geplante mehrzeitige Behandlung (z.B. Mammatumor, Darmkrebs etc.) bzw. eine erneute Behandlung einer chronischen Erkrankung (z.B. Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, Rheuma, HIV etc.). Diese Erkrankungen können nicht geheilt, sondern lediglich partiell gebessert werden bzw. akute, durch die Erkrankung entstandene Probleme (Dekompensation, Infektion etc.) therapiert werden. Die Behandlung ist entweder von vorn herein mehrzeitig geplant oder wird notwendig, weil der Patient nach einer Ausbehandlung der Erkrankung erneut dekompensiert.

Die Behandlung onkologischer Patienten erfolgt häufig in mehreren, kurz aufeinander folgenden Episoden. Die Wiederaufnahme desselben Patienten erfolgt zur Weiterbehandlung derselben Erkrankung oder zur Therapie regelhaft auftretender und erwarteter Nebenwirkungen im Rahmen der Therapie. Akute Nebenwirkungen werden bei onkologischen Therapien zur Erlangung des Therapieziels in Kauf genommen und stellen keine Komplikationen der Therapie dar. Die Differenzierung von Komplikationen, regelhaften Nebenwirkungen von Therapie oder Auswirkungen der Tumorerkrankung sind mit der ICD 10-Kodierung kaum möglich.

Die Abrechnungsbestimmung nach § 8 Absatz 5 KHEntgG für die Wiederaufnahme bei Komplikation ist aus der Bundespflegesatzverordnung übernommen, nach der sie für die meist operativen Fallpauschalen nach BPflV zur Anwendung kommt. Gemeint sind hier Wiederaufnahmen nach überwiegend kurativen operativen Behandlungsverfahren, z.B. bei einer nach Entlassung aufgetretenen Wundheilungsstörung.

Eine Übertragung auf die DRG-Fallpauschalenvergütung ist aber insbesondere für die nichtoperativen DRGs aus medizinischen und systemtechnischen Gesichtspunkten nicht nachvollziehbar. Die Abgrenzung von Komplikationen zu regelhaften, erwarteten Ereignissen und Nebenwirkungen auf dem Weg zum Therapieziel bzw. im Rahmen der Therapie chronischer Erkrankungen oder Auswirkungen der Tumorerkrankung ist bei onkologischen Fällen oft kaum möglich. Dieser Aspekt der Behandlung ist von der eigentlichen Tumorbehandlung meist nicht zu trennen.

Somit besteht bei diesen Behandlungen eine grundsätzlich andere Situation als z.B. bei vielen operativen Verfahren (Appendektomie), bei denen bei komplikationsfreiem Verlauf immer nur ein stationärer Krankenhausaufenthalt erwartet werden kann.

Empfehlung

Es ist eine Klarstellung im Rahmen der Abrechnungsregeln notwendig, damit Vergütungsgerechtigkeit und eine unstrittige Regelung für Leistungserbringer und Kostenträger geschaffen wird. Bereits im Optionsjahr 2003 werden von Krankenkassen Abrechnungen bei Wiederaufnahme unabhängig von der Frage einer Komplikation oder einer Wiederaufnahme aus anderen Gründen in Frage gestellt. Von einigen Krankenkassen wird § 8 Abs.5 so ausgelegt, dass die ursprüngliche DRG zur Abrechnung kommen muss ohne Berücksichtigung des Vorliegens einer Komplikationen, was der Intention des Gesetzgebers widerspricht. Zur Reduktion des Konfliktpotentials und zur Schaffung einer stabilen Grundlage für die Leistungsplanung und -vereinbarung ist eine klare Definition der Komplikation und eine klare administrative Vorgabe zur Abrechnung und Fallzählung notwendig. Die mit den geringsten fehlsteuernden Anreizen für die Patientenversorgung verbundene Lösung wäre eine direkte gesetzliche Klarstellung der vorhandenen Regelung, wobei der Komplikationsbegriff, welcher sich in der gegenwärtigen Fassung nicht sicher von „schicksalhaft“ angelegten Ereignissen wie z. B. einem Reinfarkt des Herzmuskels abgrenzen lässt, abgeschwächt werden müsste. Wenn die Behandlung solcher Ereignisse, welche im medizinischen Sprachgebrauch durchaus auch als Komplikation bezeichnet werden, nach der Wiederaufnahmeregel gemäß § 8 Absatz 5 KHEntgG durch das erstbehandelnde Krankenhaus nur eingeschränkt vergütet wird, besteht das Risiko, dass Patienten mit absehbar hohen Risiken künftig nur erschwert Aufnahme finden werden. Die bestehende Regelung setzt das falsche Signal, da das Krankenhaus im Falle des Eintritts einer solchen krankheits- oder patientenbedingten „Komplikation“ das volle wirtschaftliches Risiko tragen muss. Es wird daher vorgeschlagen, die Regelung nach § 8 Absatz 5 KHEntgG z.B. im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens eines FPÄndG zu modifizieren, wobei der Begriff der „Komplikation“ als Grund der Wiederaufnahme auf die Tatbestände, die dem Einfluss des Krankenhauses unterliegen eingeschränkt werden muss. Sollte eine Änderung des KHEntgG nicht erfolgen, sollten die entsprechenden Klarstellungen durch eine ergänzende Abrechnungsbestimmung

vorgegeben und der Begriff der „Komplikation“ auf fest umrissene Tatbestände eingegrenzt werden, wobei die durch die Krankenhäuser ursächlich nicht zu verantwortende „Komplikationen“ ausgeschlossen werden müssen.

6.6 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

6.6.1 Notwendigkeit einer Ergänzung der Kodierrichtlinie für die Festlegung der Hauptdiagnose für Komplexfälle mit zwei oder mehreren von einander unabhängigen "Hauptdiagnosen" (DKR D002b)

Während die grundsätzliche Übernahme der australischen Hauptdiagnosendefinition zwar als folgerichtig angesehen werden kann, erscheint ihre uneingeschränkte Anwendung jedoch problematisch. Dies hat seinen Grund darin, dass Komplexfälle mit zwei oder mehreren voneinander unabhängig während desselben Krankenhausaufenthaltes mit jeweils sehr großem Aufwand zu behandelnden „Hauptdiagnosen“ in der G-DRG-Version 1.0 vielfach nicht aufwandsgerecht abgebildet werden. Diese Fälle fallen weniger durch ihre Häufigkeit, dafür aber umso mehr aufgrund ihres in der Regel hohen ökonomischen Aufwandes, insbesondere bei Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen, ins Gewicht. Deshalb ist eine Modifikation der Kodierrichtlinie für die Festlegung der Hauptdiagnose – z.B. durch die Schaffung der Möglichkeit einer besonderen Kennzeichnung und nötigenfalls episodenbezogenen Abrechnung solcher besonders aufwändiger Fälle noch bis zum Ende der budgetneutralen DRG-Einführungsphase erforderlich. Die Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 KHG hatten in der Anlage 2 ihrer „Vereinbarung zu den deutschen Kodierrichtlinien Version 2002 für das G-DRG-System gemäß § 17 b KHG“ vom 04.09.2001 vereinbart, die australische Definition der Hauptdiagnose zu übernehmen, sich dabei aber ausbedungen, die in diesem Zusammenhang ebenfalls als „Problemfälle“ erkannten Komplexfälle im Rahmen der Kalkulation und Pflege des Systems gesondert zu analysieren und erforderlichenfalls für solche Fälle angemessene Regelungen „im Sinne einer leistungsgerechten Vergütung“ zu vereinbaren. Die Lösung dieser Problematik muss frühzeitig auf der Grundlage aussagekräftiger empirischer Daten angegangen werden, damit eine entsprechend modifizierte Hauptdiagnosenregelung zeitgerecht mit Wirkung ab 01.01.2004 bzw. spätestens bis 01.01.2005 umgesetzt werden kann. Die Lösung dieser Frage ist nicht nur für die o.g. Komplexfälle relevant, sondern wird auch von großer Bedeutung für die notwendige Modifikation der Abrechnungsbestimmungen für Verlegungsfälle sein. Wesentlich erscheint in diesem Zusammenhang die differenzierte Analyse der Fehler-DRGs (siehe Kapitel 7.8 Fehler-DRGs).

6.6.2 Empfehlung einer Präzisierung der Kodierrichtlinie D003b für die Festlegung DRG-relevanter Nebendiagnosen

In etwa 50 % der Fallgruppen des G-DRG-Systems kann sich die Art und die Anzahl der kodierten Nebendiagnosen entscheidend auf die Fall-Zuordnung zu den Fallpauschalen und damit unmittelbar auf die Höhe des abzurechnenden Entgelts auswirken. Damit besteht im Interesse einer eindeutigen Abrechnung von Krankenhausleistungen gegenüber den Kostenträgern sowie im Interesse der Vergütungsgerechtigkeit die Notwendigkeit einer unmissverständlichen Regelung für die Kodierung DRG- bzw. abrechnungsrelevanter Nebendiagnosen. Die Kodierrichtlinie D003b geht ursprünglich davon aus, dass die Kodierung einer Nebendiagnose mit der Erbringung einer diesbezüglichen therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand assoziiert ist. Der sich öffnende Ermessungsspielraum bei der Kodierung wurde in der bis Ende 2002 gültigen Kodierrichtlinie D003a durch den Hinweis „Ein oder mehrere der o.g. Faktoren werden üblicherweise eine verlängerte Dauer des stationären Aufenthaltes zur Folge haben“ eingeschränkt. Dieser Hinweis wurde im Rahmen der Revision der deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2003 ersatzlos gestrichen. Diese Modifikation hat zwar den Vorteil einer in der Sache notwendigen Klarstellung, dass die Behandlung von Nebendiagnosen grundsätzlich auch unabhängig von einer Verweildauerverlängerung ökonomisch relevant werden kann. Die durch die Streichung des Hinweises vorgenommene Klarstellung ist allerdings nicht unproblematisch, da ein breiter Ermessensspielraum für die Kodierung von Nebendiagnosen entsteht. Wenn durch die Kodierrichtlinien keinerlei Maßstäbe dafür vorgegeben werden, ab welcher Grenze eine therapeutische oder diagnostische Maßnahme oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch als (DRG-relevante) Nebendiagnose kodiert werden darf bzw. kodiert werden muss, ist eine „Inflationierung“ der Kodierung von Nebendiagnosen zu erwarten. Dieser Effekt könnte die PCCL-Schweregradsystematik des G-DRG-Systems schnell ad absurdum führen. Bei der weiteren Pflege des DRG-Systems würden Nebendiagnosen, die aufgrund der Erweiterung der Ermessensspielräume der Kodierrichtlinie D003b "jeder hat", entwertet. Dies würde dazu führen, dass das DRG-System unsachgemäß entdifferenziert würde und ökonomisch notwendige Schweregradunterscheidungen künftig nicht mehr via PCCL vorgenommen werden könnten. Zur Behebung des Problems wird eine Klarstellung der kodierrelevanten Nebendiagnose empfohlen. Diese müsste sicherstellen, dass lediglich Nebendiagnosen, welche einen zusätzlichen Aufwand auslösen, zu kodieren sind und/oder bei der Schweregradberechnung Berücksichtigung finden.

6.6.3 Präzisierung der Kodierung von Verdachtsdiagnosen

Trotz der diesbezüglichen Kodierrichtlinie D008b besteht ein hohes Risiko einer missverständlichen Interpretation und Umsetzung der Dokumentation von Verdachtsdiagnosen. Weil die ICD-10-SGBV 2.0 keine Möglichkeit zur eindeutigen Kennzeichnung von Verdachtsdiagnosen einräumt, kann anhand der DKR D008b lediglich darüber entschieden werden, ob das der jeweiligen Verdachtsdiagnose zu Grunde liegende Symptom oder unter der Voraussetzung der Durchführung einer hinsichtlich des Aufwandes nicht näher quantifizierten Therapie die vermutete Diagnose selbst zu dokumentieren und zur Abrechnung zu bringen ist. Die aus diesen Gegebenheiten resultierenden Unschärfen bergen ein erhebliches Konfliktpotenzial in sich. Eine eindeutige Regelung des Sachverhaltes wäre nur auf Basis einer Wiedereinführung der Zusatzkennzeichen der ICD-10-SGBV Version 1.3 für die Diagnosensicherheit im stationären Sektor möglich, die von Seiten des DIMDI im Zusammenhang mit der für 2004 geplanten Zusammenführung der vertragsärztlichen und stationären ICD-10-SGBV-Fassungen geprüft wird. Ein kurzfristiger Klarstellungsbedarf aus den Unschärfen und Fehlanreizen der jetzigen Regelung besteht ohnehin bereits hinsichtlich der Kodierung von Ausschlussdiagnosen und der Kodierung von Diagnosen, bei denen zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht sämtliche relevante Informationen vorliegen (z. B. noch ausstehende histologische Befunde).

6.6.4 Ausschluss von für die sachgerechte Leistungsdokumentation nicht notwendigen unspezifischen OPS-301 Kodes aus der DRG-relevanten Entlassungsdokumentation

Die innerhalb der australischen MBS-Prozedurenklassifikation in dieser Form nicht vorliegenden unspezifischen OPS-301-Kodes ("Prozedur, nicht näher bezeichnet) haben zu einer erheblichen Verkomplizierung des DRG-Prozedurenmappings sowie einer vermehrten DRG-Fehlzuordnung von Prozeduren geführt. Aus diesem Grund wird bereits eine Streichung der Mehrzahl der bis auf wenige Ausnahmen für eine sachgerechte Prozedurenkodierung nicht verwertbaren unspezifischen OPS-Prozeduren-Kodes im Rahmen der laufenden OPS-301-Revision für das Jahr 2004 diskutiert. Sollte diese nicht erfolgen, wäre das Problem für das G-DRG-System 2004 nur durch die Aufnahme einer entsprechenden Kodierrichtlinie zu lösen, welche die Nutzung überflüssiger unspezifischer OPS-Kodes im Rahmen der DRG-relevanten Abrechnungsdokumentation untersagt.

Methodik der Problemanalyse und Ableitung der Lösungsoptionen

Der Ausschluss einer DRG-relevanten Dokumentation der für eine aussagekräftige Prozedurendokumentation nicht erforderlichen OPS-301-Kodes kann die in der G-DRG-Version 1.0 teils sehr missverständlich erscheinenden Zuordnungen solcher unspezifischer OPS-Kodes zu den DRG-Fallpauschalen beheben und entlastet die Praxis von vermeidbaren Abrechnungskonflikten und der damit verbundenen Ausweitung des Prüfbürokratismus. Sofern eine erbrachte Leistung innerhalb der diesbezüglichen OPS-Kategorie durch einen spezifischen OPS-Kode oder durch den unspezifischen OPS-Kode „sonstige Prozedur“ (näher bezeichnet) dargestellt werden kann, besteht keinerlei Berechtigung für die Benutzung des entsprechenden unspezifischen OPS-Kodes „Prozedur, nicht näher bezeichnet. Die zuordnungsrelevante Berücksichtigung dieser OPS-Kodes im DRG-System, wird daher sonst – auch wenn solche Kodes im Vergleich mit den anderen OPS-Kodes mehrheitlich gezielt in niedriger bewertete Fallpauschalen geführt wurden – nur zu unnötigen Missverständnissen und Reibungsverlusten in der Praxis führen, welche im Interesse der Anwenderfreundlichkeit, Übersichtlichkeit und Eindeutigkeit des Systems vermieden werden sollten.

6.7 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf auf Basis der G-DRG-Evaluationsprojekte der DRG-Research-Group

Die DRG-Research-Group führt derzeit in Kooperation mit mehreren medizinischen Fachgesellschaften Praxisprojekte zur Evaluation des Anpassungsbedarfs des G-.DRG-Systems in folgenden Fachbereichen durch:

- Radioonkologie
- Gastroenterologie
- Endokrinologie
- Dermatologie
- Unfallchirurgie / Orthopädie
- RheumatologiePalliativmedizin
- Herzchirurgie
- Mund-Kiefer-Gesichtchirurgie.

Diese Evaluationsprojekte werden durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer ideell unterstützt. Die Projekte sind insbesondere auch daraufhin angelegt, spezielle Fragestellungen, die nicht anhand der DRG-Daten nach § 21 KHEntgG bzw. § 301 SGB V beurteilt werden können, auf der Basis ergänzender Daten zu analysieren und daraus Hypothesen für den Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems

abzuleiten. Soweit bereits möglich und von Seiten der Projektbeteiligten legitimiert, wurden die bisher gesicherte Erkenntnisse aus den o.g. Projekte bei der Vorlage der Prüf- und Anpassungsvorschläge im Rahmen des Gutachtens berücksichtigt.

6.8 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf hinsichtlich leistungs- oder (fach-) bereichsspezifischer Probleme

Immer wenn das durch eine G-DRG-Fallpauschale erfasste Fallspektrum hinsichtlich der beinhalteten Leistungen oder betroffenen Fachbereiche signifikante Aufwandsunterschiede mit sich bringt, kann es nach Abschluss der budgetneutralen Einführungsphase in der Praxis selektionsbedingt zu systematischen Fehlvergütungen (Unter- oder Überfinanzierung) kommen. Soweit bekannt, werden allgemeine und besondere leistungs- und fachbereichsspezifische Problemkonstellationen des G-DRG-Systems durch das Gutachten benannt und Lösungsvorschläge unterbreitet. Aufgrund der Vielfalt der Krankenhausleistungen und der begrenzten Anwendungserfahrungen des erst seit Januar 2003 im Einsatz befindlichen G-DRG-Systems kann der im Umfang dieses Gutachtens herausgestellte Prüf- und Anpassungsbedarf nicht als abschließend betrachtet werden.

6.9 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund krankenhausspezifischer Tatbestände

Zu dem Problem einer bereits unter 4.8 angesprochenen selektionsbedingten systematischen Fehlvergütung kann es auch in Abhängigkeit von einer krankenhaus- oder krankenhausversorgungsstufen-bedingten Spezialisierung kommen. Soweit bereits absehbar, geht das Gutachten auch auf diese Fragestellung ein.

6.10 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund von Expertenmeinungen und Organisationen

Neben eigenen Erfahrungen wurden auch, soweit plausibel, der DRG-Research Group im Zusammenhang mit der gutachterlichen Fragestellung zur Verfügung gestellte sowie öffentlich verfügbare Einschätzungen von Experten, Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer, der Auftraggeberin sowie anderer Organisationen bei der Erstellung des Gutachtens berücksichtigt.

6.11 Prüf- und ggf. Anpassungsbedarf aufgrund möglicher Fehlanreize zu Lasten der Patienten/Versicherten

Wie internationale Erfahrungen eindrucksvoll unter Beweis stellen, kann die Umstellung von Vergütungssystemen in der Gesundheitsversorgung folgenschwere Strukturänderungen und Änderungen sowohl des Versorgungsangebotes als auch der Versorgungsqualität nach sich ziehen. Die im Ergebnis dieses Gutachtens entwickelten Vorschläge wurden daher stets auch unter der Berücksichtigung möglicher Fehlanreize zu Lasten der Patienten/Versicherten bzw. der Qualität ihrer Versorgung erarbeitet. Das Ziel der Vermeidung solcher Fehlanreize muss ein oberstes Gebot der bevorstehenden Anpassung des Vergütungssystems nach § 17 b KHG sein.

7 Anpassungsvorschläge für das G-DRG-Klassifikationssystem

7.1 Einführung

Im Klassifikationssystem selbst können nur die Abbildungsschwächen beseitigt werden, die sich eindeutig über eine Fallgruppendefinition beschreiben lassen und in genügender Anzahl in Deutschland z. B. pro Jahr vorkommen. Nur dann scheint es gerechtfertigt, hierfür eine eigene Fallgruppe zu bilden.

Die Anwendung teurer Medikamente kann z. B. über sehr viele Fallgruppen streuen, eine klare Beziehung zu bestimmten Diagnosen lässt sich nur in den seltensten Fällen herstellen. Soll eine Finanzierung dieser Medikamente über die DRG-Fallpauschalen erfolgen, müsste eine Vervielfachung der existierenden Fallgruppen erfolgen. Die Alternative wäre eine Finanzierung dieser, innerhalb einer DRG-Fallgruppe, hoch variablen Sachkosten über Zusatzentgelte. Zusatzentgelte müssen klar definiert, bei der Kalkulation aus dem Ist-Kostenansatz ausgliederbar sein. Problematisch ist bei Zusatzentgelten immer die Frage der Definition und wann diese zur Abrechnung kommen dürfen, bzw. wann nicht.

Notwendige Änderungen des Klassifikationssystems mit dem Ziel der sachgerechten Anpassung an bundesdeutsche Versorgungsstrukturen und Behandlungsinhalte werden für jede der im G-DRG-Katalog 1.0 sowie der Anlage 2 der KFPV enthaltenen G-DRGs entsprechend unserem derzeitigen Kenntnisstand kommentiert. Derzeit lassen sich nur für einen Teil der DRGs datengestützte Anpassungsvorschläge entwickeln. Ein weiterer Teil der Fallgruppen wird sich zunächst als unkritisch zeigen (z.B. „Karpaltunnel-DRG“), da sich aus der Definition der Fallgruppe selbst schon eine hohe Leistungs-, Verweildauer und Kostenhomogenität ableiten lässt. Bei den in diesem Gutachten aufgezeigten Anpassungsvorschlägen werden die Ergebnisse aus DRG-Evaluationsprojekten ebenso verwendet, wie fundierte und plausibel erscheinende Hinweise von verschiedenen Experten.

Zu den von folgenden Fachgebieten vorrangig belegten DRGs wird sehr spezifisch Stellung genommen, da in diesen Gebieten DRG-Evaluationsprojekte durchgeführt wurden und Änderungsvorschläge entwickelt wurden, die dem InEK fristgerecht vorgelegt wurden: Dermatologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Herzchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Palliativmedizin, Rheumatologie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Radioonkologie, Strahlentherapie.

Dass sich nur ein Teil der Abbildungsprobleme über die Anpassung des Klassifikationssystems selbst lösen lässt, kann sehr gut an der Basis-DRG G60 (Malignome des Verdauungstraktes) dargestellt werden. In diese DRG werden Fälle mit der akut aufgetretenen Erkrankung mit den Leistungsinhalten Diagnostik, Therapie oder der Kombination von Diagnostik und Therapie des Malignoms eingruppiert. Ebenso werden hier aber auch palliativmedizinische Fälle eingruppiert, die im Rahmen ihrer letzten Lebensphase bei schon lange bestehendem Tumor behandelt werden.

Bei den geschilderten Fallkonstellationen handelt es sich um grundsätzlich verschiedene Fallgruppen, die ausschließlich über das Kriterium der gleichen Hauptdiagnose in diese DRG gruppiert werden. Die diagnostischen und therapeutischen Konzepte bei den geschilderten Gruppen unterscheiden sich jedoch erheblich. Es wird daher nicht möglich sein, alle beschriebenen Leistungskomplexe über einheitliche DRG-Fallgruppen mit bundesweiten Pauschalen zu finanzieren. Andererseits kann es aber auch nicht Ziel sein, die DRG entsprechend der Subgruppen zu zerlegen, und damit aus einer Fallgruppe eine goße Anzahl zusätzlicher Fallgruppen zu generieren. Sinnvoll wäre vielmehr eine adaptierte Finanzierungsregel, durch die bei grundsätzlich gleicher Patientenklasse die unterschiedlichen Leistungsinhalte leistungsgerecht finanziert werden. Die Finanzierung kann dabei teilweise an der Struktur der Behandlungseinheit (Palliativmedizin), oder an den variablen Kostenbestandteilen (z.B. Medikamente) gekoppelt werden

Soweit möglich sollte aber die Anpassung im Klassifikationssystem selbst erfolgen. Die in diesem Gutachten unterbreiteten Vorschläge zur Anpassung des G-DRG-Systems werden bezüglich der Umsetzungsnotwendigkeit kategorisiert.

Da die Empfehlungen dieses Guachtens größtenteils auf den Ergebnissen fundierter Datenanalysen basieren, kann eine nachvollziehbare und hinsichtlich der Plausibilität überprüfbare Darlegung erfolgen. Die Empfehlungen beinhalten Änderungen, Streichungen und Neuerstellungen von DRGs. Die in diesem Gutachten unterbreiteten Empfehlungen können mit den bereits dargelegten Einschränkungen an den DRG-Kalkulationsdaten und den § 21 Daten im InEK überprüft werden.

7.2 Berücksichtigung der Versionen 4.2 und 5.0 der AR-DRGs bei der Anpassung des Klassifikationssystem

Grundlage des deutschen G-DRG-Systems ist die Version 4.1 der australischen AR-DRGs. Mit der im Herbst 2002 in Australien publizierten Version 5.0 der AR-DRGs wurde eine in wesentlichen Teilen veränderte DRG-Version veröffentlicht. Alle Veränderungen des

Fallgruppensystems wurden dokumentiert und begründet (siehe ausführliche Darstellung im Anhang, Kapitel 11.3). Die Grundlage der australischen Veränderungen ist ein sehr großer Datenbestand, der den Einflüssen einer mehrjährigen Anwendung eines DRG-Systems unterliegt. Die aus diesem Datenbestand gewonnenen Informationen könnten sich auch an deutschen Daten nachvollziehen lassen.

Die Version 5.0 der AR-DRGs ist ein „Major Release“ mit substantiellen Änderungen am Klassifikationssystem.

Sieben neue Tagesfall-DRGs, insbesondere auch eine DRG für die Kataraktoperation, wurden zusätzlich aufgenommen.

C15B Eingriffe bei Glaukom oder Katarakt, Tagesfall

C16B Eingriffe an der Linse, Tagesfall

D67B Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle außer Zahnextraktion und -wiederherstellung, Tagesfall

G46C Komplexe Gastroskopie, Tagesfall

I68C Nicht operativ behandelte Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich, Tagesfall (diese DRG exisitiert auch im G-DRG-System, ist jedoch keine Tagesfall-DRG)

J60B Hautulkus, Tagesfall

(diese DRG exisitiert auch im G-DRG-System, ist jedoch keine Tagesfall-DRG)

J68B Schwere Erkrankungen der Haut, Tagesfall

J67B Leichte Erkrankungen der Haut, Tagesfall)

(diese DRG existiert auch im G-DRG-System, ist jedoch keine Tagesfall-DRG)

L41Z Urethrocystoskopie, Tagesfall

(diese DRG exisitiert auch im G-DRG-System, ist jedoch keine Tagesfall-DRG)

O66B Vorgeburtliche Aufnahme, Tagesfall

Z64B Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Tagesfall)
(diese DRG exisitiert auch im G-DRG-System, ist jedoch keine Tagesfall-DRG)

Ob Kurzlieger-DRGs in System bestehen bleiben sollen, muss kritisch hinterfragt werden. In sehr vielen DRG-Fallgruppen existieren Kurzlieger (siehe auch Kapitel 6.4.1.1 Bewertung von Kurzliegern im G-DRG-System) aus verschiedenen Gründen. Es erscheint nicht sinnvoll, für all diese Konstellationen Kurzlieger-DRGs einzurichten. Sinnvoll erscheint es eher, eine

abgestufte Finanzierungsregel zu entwickeln, die dieses Problem fallgruppenübergreifend löst. Die Problematik wurde bereits diskutiert.

Die DRG A04Z für die Knochenmarkstransplantation wurde in drei verschiedene abrechenbare DRGs (allogen / autolog + Schweregraddifferenzierung) gesplittet. Die Sinnhaftigkeit der Schweregraddifferenzierung ist zu hinterfragen. Bei diesen schwer kranken Patienten erreicht jeder Fall bei korrekter Kodierung die höchste Schweregradstufe.

Die DRG für Multiorgantransplantationen wurde entfernt und entsprechend auf die einzelnen Organtransplantations-DRGs "verteilt". Dies erscheint sinnvoll und sollte in Deutschland ebenfalls erfolgen.

Die DRGs für die Operationen an der Augenlinse bzw. die Operation bei Glaukompatienten wurden überarbeitet.

Im Bereich der Gastroenterologie wurde eine neue DRG für eine komplexe Gastroskopie in Kombination mit einer Koloskopie eingefügt, um den Mehrfachleistungen bei dieser Patientengruppe gerecht zu werden. Hierdurch wird einem Fallsplitting effektiv vorgebeugt. Die Änderungen zu den interventionellen DRGs wurden von der DRG-Research-Group überprüft. Im Rahmen der eigenen Analysen wurde mit der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten eine alternative Lösung entwickelt (siehe Hinweise in der Anlage).

Die Cholezystektomie wurde in eine offene und eine laparoskopische Cholezystektomie unterteilt.

Die DRGs für die Operationen an der unteren Extremität in der MDC 9 wurden überarbeitet. Eine DRG für rekonstruktive Operationen am Kniegelenk wurde eingeführt. In eigenen Untersuchungen im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes in der Orthopädie und Unfallchirurgie konnte nachgewiesen werden, dass diese Operationen, die bisher in der DRG I18Z (Operationen am Kniegelenk) integriert waren, zu einer Inhomogenität der DRG I18Z beitragen. Diese Inhomogenität wurde mit der Schaffung der neuen DRG in Australien beseitigt.

Komplett überarbeitet wurde die MDC (Hauptdiagnosekategorie) 14 für die Geburtshilfe. Mit der Angleichung der Struktur der MDC 14 wird die Kodierung der geburtshilflichen Fälle (Mutter und Kind) vereinfacht. Die neue konsequentere Logik ist wesentlich weniger anfällig für Kodierfehler, da sie sich weniger an der Hauptdiagnose orientiert.

Im HIV-Bereich wurde eine neue DRG eingeführt.

Eine DRG für die auch in Deutschland seit wenigen Jahren durchgeführte nicht invasive Beatmung wurde integriert.

Die neu gebildeten Fallgruppen für die Erkrankungen der Haut und des Bindegewebes ließen sich an den Daten aus einem dermatologischen DRG-Evaluationsprojekt nachvollziehen.

Wir empfehlen, die Veränderungen in der AR-DRG-Version 5.0, die im Anhang dieses Gutachtens komplett dokumentiert sind, auch an den deutschen Daten im InEK zu überprüfen und sinnvolle Änderungen in die G-DRG-Version 2.0 für das Jahr 2004 zu übernehmen.

7.3 Verschiebungen von Diagnosen

Bei einem erheblichen Teil der DRG-Fallgruppen ist es notwendig, Diagnosen von einer Fallgruppe zu einer anderen Fallgruppe zu verschieben. Die Erstellung der AR-DRG-Version 4.1 in Australien war mit einer Übertragung der ICD-9-Diagnosen auf das Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 verbunden. Hierbei musste ein Mapping erfolgen, also eine Zuordnung von ICD-10-Diagnosen zu entsprechenden ICD-9-Diagnosen. Da insgesamt circa 14.000 ICD-10-Diagnosen zugeordnet werden mussten, sind bei der Zuordnung Fehler aufgetreten, die erst nach Publikation der DRG-Version 4.1 offensichtlich wurden. In der Version 4.2 der australischen DRGs wurden diese Fehlzuordnungen korrigiert. Im Anhang zu diesem Gutachten befindet sich eine Liste, die alle Korrekturen, die im australischen DRG-System vorgenommen wurden, auflistet.

Darüber hinaus enthält diese Liste auch Vorschläge zu Verschiebungen von Diagnosen, die sich aus DRG-Evaluationsprojekten der DRG-Research-Group ergeben haben.

7.4 Anpassung der ICD 10

Die ICD-10 Klassifikation 2.0 SGBV lässt bei einem Teil der Erkrankungen nicht die notwendige Differenzierung zwischen aufwändig zu behandelnden Erkrankungen und weniger aufwändig zu behandelnden Erkrankungen zu. Zwei Beispiele sind besonders zu erwähnen:

Akute Pankreatitis

Für die akute Pankreatitis können zwei unterschiedliche Verlaufsformen der Erkrankung definiert werden. Während die akute Pankreatitis ohne Organkomplikationen (akute

ödematöse Verlaufsform) mit einer geringen Mortalitätsrate und eher geringerem Ressourcenaufwand assoziiert ist, geht die Behandlung von Fällen mit akuter Pankreatitis mit Organkomplikationen (akute nekrotisierende Verlaufsform) mit einer im Verhältnis deutlich höheren Mortalitätsrate und deutlich höherem Behandlungsaufwand einher. Nicht nur die höheren Kosten für die Diagnostik sondern auch die längere Verweildauer und Intensivaufenthalte unterscheiden diese zwei Gruppen von Patienten, die mit der aktuellen ICD-10-SGBV Klassifikation Version 2.0 gleichermaßen mit dem Kode K85 Akute Pankreatitis verschlüsselt werden.

Vorhofflattern und Vorhofflimmern

Die ICD-10 Diagnose I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern fasst analog zu der oben beschriebenen Problematik der akuten Pankreatitis zwei, vom Ressourcenaufwand her betrachtet, unterschiedliche Krankheitsbilder zusammen. Der Aufwand für die interventionelle Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern übersteigt in der Regel deutlich den für die Behandlung von Fällen mit Vorhofflattern.

Nicht nur aus ökonomischer Sicht, sondern auch aus medizinischer Sicht scheint die Schaffung neuer ICD-10 Diagnosen für die beschriebenen Krankheitsbilder sinnvoll. Eine leistungsgerechte Abbildung dieser Erkrankungen im DRG-System kann nur auf Basis einer differenzierten ICD-10-Klassifikation erfolgen.

Ferner sind häufige Krankheitsbilder noch nicht eindeutig mit der ICD-10 abbildbar. In diesen Fällen muss auf „nicht näher bezeichnete“-Kodes ausgewichen werden. Dies sollte soweit möglich vermieden werden.

Akute Appendizitis

Derzeit gibt es keinen ICD-10 Kode für die akute Appendizitis mit gedeckter Perforation und für die akute Appendizitis ohne Peritonitis, Ruptur oder Perforation. Vor allem die zuletzt genannte Diagnose kommt häufig vor. So ist es notwendig, hierfür zwei neue ICD-10 -Kodes zu schaffen:

K35.2 Akute Appendizitis mit gedeckter Perforation

K35.3 Akute Appendizitis ohne Peritonitis, Ruptur oder Perforation

Nekrotisierende Fasziitis

Die nekrotisierende Fasziitis, ein Krankheitsbild mit einer Letalität von circa 80%, die sehr aufwendig mit teuren antibiotischen Medikamenten und mittels ausgedehnter chirurgischer

Eingriffe therapiert wird, kann derzeit nur mit dem ICD-Kode „M72.5 Fasziitis, andernorts nicht klassifiziert“ kodiert werden. Um auch im Hinblick auf die Schwere der Erkrankung eine leistungsgerechte Gruppierung zu ermöglichen, sollte für die nekrotisierende Fasziitis ein eigener ICD-Kode geschaffen werden:

M72.6 Nekrotisierende Fasziitis

Fehlende Abbildbarkeit der Organmanifestationen einer Graft-Versus-Host-Erkrankung

Es existiert lediglich der Diagnosekode T86.0, der sowohl für die Abstoßung eines Transplantats als auch für die Graft-Versus-Host-Erkrankung (GVHD) anzuwenden ist. Die GVHD selbst sollte ebenfalls in die ICD aufgenommen werde. Die GVHD kann ein oder mehrere Organe (Leber, Darm, Haut, Lunge, Auge usw.) befallen und wird als akute oder chronische GVHD in 4 bzw 2 Schweregrade unterteilt. So ist zum Beispiel eine leichte GVHD der Leber nur laborchemisch zu diagnostizieren, während Grad IV der GVHD der Leber ein völliges Leberversagen bedeutet. Dies gilt auch für die anderen Organmanifestationen. Neben der ICD-Kodierung der GVHD ist es erforderlich, die Organmanifestationen zu benennen, da unterschiedliche Probleme und Therapien je nach Organ eintreten bzw. durchgeführt werden müssen.

Die Organmanifestation der GVHD sollte mit einem speziellen ICD-Kode erfolgen, der als Nebendiagnose zusätzlich zu T86.0 bzw dem spezifischen Kode für die GVHD angegeben werden soll.

Ferner beinhaltet der ICD-Kode T86.0 sowohl die Abstoßung als auch die GVDH nach Stammzelltransplantation oder Knochenmarktransplantation (zwei geradezu gegensätzliche Diagnosen).

Bei der jetzigen ICD-Einteilung fällt die GVHD also nicht nur unter gegenteilige Erkrankung sondern ist auch in ihrer Ausprägung nicht abbildbar.

Fehlende Abbildbarkeit der iatrogen herbeigeführten Immunsuppression

Patienten nach Organtransplantation stehen unter einer starken medikamentösen Immunsuppression und haben nach der Transplantation in der Regel nicht mehr die Krankheitszeichen ihrer urspünglichen Erkrankung, sondern leiden unter den Folgen der

Immunsuppression. Diese künstlich herbeigeführte Immunsuppression ist im ICD-Kode nicht abgebildet.

Vor allem nach allogener Transplantation treten häufig komplexe Immundefekte auf, die sowohl durch eine fehlende Antikörperbildung, fehlende spezifische T-Zell-Antwort, aber auch begleitend mit Granulozytenfunktionsstörungen auftreten. In Folge dieses komplexen Immundefektes treten schwere bis schwerste Infektionsverläufe – wie sie sonst nur bei HIV-Infektionen beobachtet werden – auf, so dass häufig auch ohne Erregernachweis eine Therapie mit mehreren antibiotischen, pilzwirksamen oder antiviral wirksamen Medikamenten erforderlich ist.

Nach Stammzelltransplantationen können in verschiedenen Organsystemem auch längere Zeit nach Durchführung der Behandlung Erkrankungen auftreten, die in Zusammenhang mit der Behandlungsmethode häufig schwere oder schwerste Ausmaße haben. Aufgrund der ICD-Logik ist eine Einordnung in den Bereich D 84 zu empfehlen.

Der Schweregrad von z.B. nachfolgenden Infektionen ist überwiegend dadurch bedingt, ob eine abwehrschwächende Behandlung durchgeführt wird (mit Immunsuppression) oder diese bereits abgesetzt werden konnte (ohne Immunsuppression). Eine mit einem ICD-Kode abbildbare Differenzierung wird daher zur trennschärferen Abgrenzung aufwendiger von weniger aufwendigen Patienten führen, was für die Pflege des DRG-Systems unerlässlich ist.

Da diese Situation auch für andere Transplantation gilt, könnte dieser ICD-Kode auch für andere allogenen Transplantationen erweitert werden.

7.5 Anpassung des OPS

Der OPS muss zur adäquaten, ökonomischen Berücksichtigung aktueller diagnostischer und therapeutischer Konzepte angepasst werden. Grundsätzlich müssen kostenintensive Leistungen oder Leistungen, die aufwändige Behandlungsfälle kennzeichnen, im OPS vorhanden sein, damit der Aufwand durch entsprechende Kodierung in den Krankenhäusern dokumentiert werden kann. Ohne die über den OPS transportierten Informationen können bei den Analyse der Leistungs- und Kostendaten im InEK keine Erklärungen für den Mehraufwand für diese Fälle gewonnen werden.

Für die Anpassung der ab 2004 gültigen OPS-Klassifikation wurden fristgerecht umfang-reiche Vorschläge von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden

eingereicht, die derzeit im DIMDI bezüglich einer Aufnahme in die nächste OPS-Version geprüft werden. Im Rahmen dieses Gutachtens wird zu den uns nur teilweise bekannten Einreichungen nicht Stellung genommen.

7.6 Empfehlung zur systematischen Änderung von Schweregradsplitts

Die meisten CC-Bewertungen (Komplikationen und Komorbiditäten) von Nebendiagnosen beginnen im australischen System bei einem CC-Wert von 2. Die Bewertungsmatrix wurde bei der Bildung der G-DRGs aus dem australischen System komplett übernommen. Da die Nebendiagnose mit der höchsten Bewertung bei einem Patienten schon den unteren Einstieg in die PCCL-Bewertung triggert (der PCCL kann nie kleiner sein, als die höchste einzeln bewertete Nebendiagnose, Ausnahme CC = 4 -> führt zu PCCL 3), werden die G-DRGs mit einem PCCL-Wert >1 schon mit einer einzigen schweregradbewerteten Diagnose erreicht. Es ist zu bezweifeln, dass hierdurch schon eine adäquate Differenzierung der Schweregrade mit Auswirkungen auf die Verweildauer und die Kosten erfolgen kann.

Empfehlung

Es wird empfohlen, zu überprüfen ob alle Schweregradsplitts, die als Splittkriterium einen PCCL-Wert > 1 haben, auf das Kriterium PCCL-Wert > 2 gesetzt werden können. Durch diese systematische Umsetzung würde die Schweregraddifferenzierung auf DRG-Ebene leicht modifiziert und in den betroffenen Gruppen wahrscheinlich dazu führen, dass die Homogenität in den betroffenen Teilgruppen einer Basis-DRG ansteigt. Die Auswirkungen solch einer Modifikation auf die Homogenität in den betroffenen G-DRGs sollten im InEK anhand der Kostenkalkulationsdaten und der Daten nach § 21 überprüft werden. Eventuell profitieren auch nur einige der betroffenen Fallgruppen von dieser Modifikation.

7.7 Korrektur des Algorithmus zur PCCL-Berechnung

Im derzeitigen G-DRG-Gruppierungsalgorithmus erfolgt zunächst eine Bewertung der Nebendiagnosen im Kontext zur getroffenen Basis-DRG unter Berücksichtigung der CCL-Matrix. Anschließend werden im Rahmen der sogenannten rekursiven Exklusion Mehrfach-bewertungen derselben Erkrankung oder nicht sinnvolle Bewertungen von Nebendiagnosen in Verbindung mit der Hauptdiagnose auf Null zurückgesetzt. Dabei orientiert das Exklusionsverfahren an der Reihenfolge der kodierten Nebendiagnosen. Das nachfolgende Beispiel zeigt, dass durch eine Verdrehung der Reihenfolge der kodierten Nebendiagnosen der PCCL und damit das Gruppierungsergebnis beeinflusst werden können.

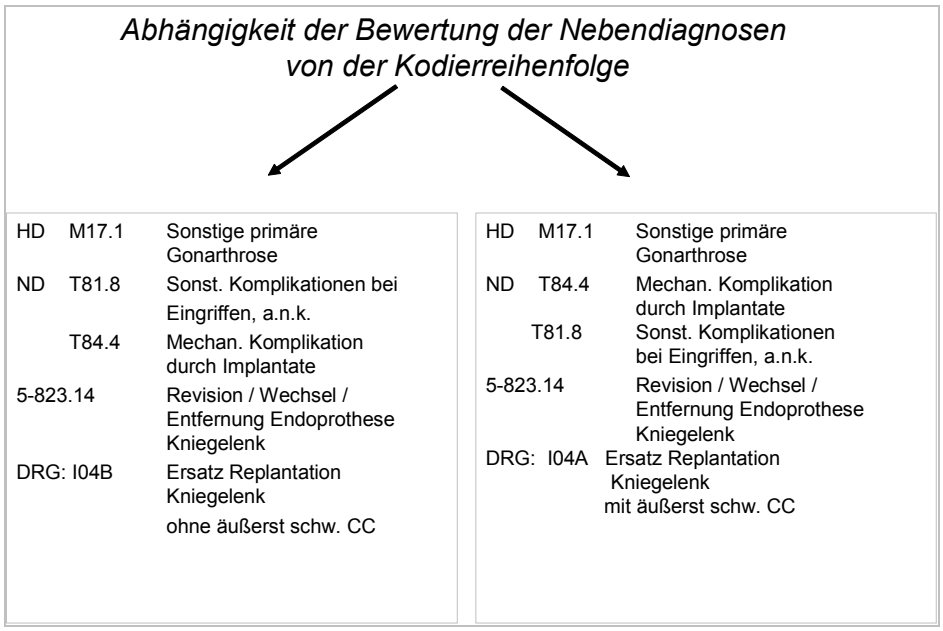


Abbildung 2 Einfluss der Kodierreihenfolge auf den resultierenden PCCL

Die Problematik des Einflusses der Reihenfolge der Kodierung auf den resultierenden PCCL-Wert kann an verschiedenen Beispielen nachgewiesen werden. Es ist daher zu empfehlen, den Gruppierungsalgorithmus wie folgt abzuändern:

1. Bewertung der Nebendiagnosen mit CC-Werten
2. Sortierung der Nebendiagnosen absteigend nach ICD-10-Kode
3. Durchführung der rekursiven Exklusion
4. Berechnung des PCCL-Wertes

Hierdurch wird erreicht, dass unabhängig von der Reihenfolge der Kodierung der Nebendiagnosen eine reproduzierbare PCCL-Berechnung erreicht wird.

7.8 Fehler-DRGs

In die Fehler-DRGs 901Z und 902Z werden Fälle gruppiert, bei denen eine durchgeführte operative oder interventionelle Leistung nicht zur Hauptdiagnose passt. Es ist zu erwarten, dass insbesondere in Kliniken der Maximalversorgung ein nicht geringer Anteil von

multidisziplinär oder mehrfach versorgten Patienten in diese Fehler-DRGs eingruppiert wird. Nach den uns vorliegenden Daten aus verschiedenen Krankenhäusern kann eine deutliche Differenzierung von Fällen aus Maximalversorgungszentren und Fällen aus anderen Versorgungsstufen innerhalb der Fehler-DRGs gefunden werden. Bei diesen beiden Fehler-DRGs handelt es sich um extrem heterogene Sammelgruppen. Das Ergebnis der Kostenkalkulation wird Jahr für Jahr, abhängig von der Zusammensetzung der Stichprobe, erheblich schwanken.

Empfehlung

Es wird dringend empfohlen, die Fehler-DRGs sehr genau bezüglich der enthaltenen Leistungen zu untersuchen. Wir erwarten, dass es deutliche Unterschiede bezüglich der mittleren Kosten abhängig von der Versorgungsstufe der betroffenen Krankenhäuser gibt. Die differenzierte Untersuchung der Fehler-DRGs könnte im Ergebnis dazu führen, dass in den Fehler-DRGs Subgruppen nachgewiesen und isoliert werden können, die durch eine Integration in das Klassifikationssystem sachgerecht eingruppiert werden könnten.

Ein Teil der Fälle in den Fehler-DRGs landet auch bei korrekter Kodierung in diesen DRGs, weil bei der Übertragung des australischen DRG-Systems in die deutsche Prozedurensystematik Übertragungsfehler entstanden sind.

Die G-DRG 903Z (OR Prozedur an der Prostata ohne Bezug zur Hauptdiagnose) kann gestrichen werden. Sie ist ein Rudiment aus frühen DRG-Systemen, welches sich bis in die Systeme der neuesten Generation gehalten hat. Es besteht aber kein Grund, diese DRG weiter im System zu belassen. Bei einer Streichung fallen die Fälle, die bisher in diese DRG gruppiert wurden, automatisch in die G-DRG 901Z (Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose).

Im G-DRG-Katalog 1.0 wurden die Fehler-DRGs 962Z und 963Z mit Relativgewichten bewertet. Diese beiden G-DRGs werden nur bei falscher Kodierung getroffen. Sind die Fälle entsprechend der Deutschen Kodierrichtlinien kodiert, können sie nicht in diese DRGs gruppiert werden. Eine ökonomische Bewertung vergütet somit fehlerhaft kodierte Fälle und sollte deshalb nicht vorgenommen werden. Im aktuellen australischen AR-DRG-System (Version 5.0) wurde die DRG 962Z im Rahmen einer Neuorganisation der MDC 14 gestrichen. Wir empfehlen, die Neuorganisation und die Streichung dieser Fehler-DRG für das G-DRG-System zu übernehmen.

7.9 Mischung benigner und maligner Erkrankungen in einer DRG

Während in medizinisch konservativen DRGs häufig eine Trennung zwischen bösartigen und gutartigen Erkrankungen erfolgt, zeigen viele chirurgische Fallgruppen eine Mischung von bösartigen und gutartigen Erkrankungen, was am Beispiel der Basis-DRG G03 aufgezeigt werden kann.

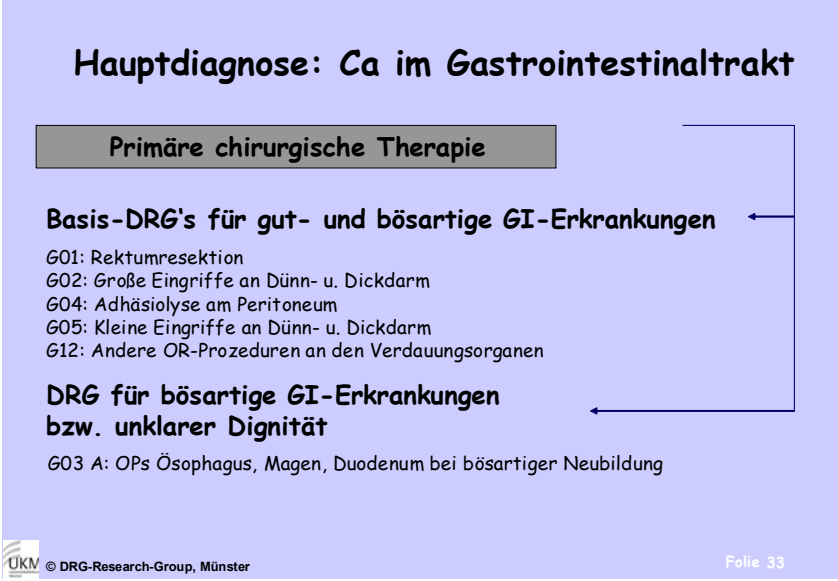


Abbildung 3 Eingruppierungsvarianten für Karzinome im Gastrointestinaltrakt bei operativer Therapie

Auch wenn die chirurgische Behandlung der gutartigen und bösartigen Erkrankungen vielleicht sogar ähnlich ist, unterscheidet sich die Begleitdiagnostik und Therapie doch erheblich. Es handelt sich bezüglich der Fallkomplexität um grundverschiedene Gruppen von Patienten. Die Problematik wird derzeit in einem DRG-Evaluationsprojekt unter der Leitung der Deutschen Krebsgesellschaft untersucht.

So existieren für prinzipiell dieselben Tumoren unterschiedliche Behandlungskonzepte, die sich auch an Kofaktoren, die nicht durch Diagnosen beschreibbar sind, orientieren. Zunehmend werden multimodale Therapiekonzepte eingesetzt, die schrittweise Behandlung (zunächst chirurgisch, dann onkologisch in weiteren Aufenthalten) weicht zunehmend diesem multimodalen Therapieansatz, der die chirurgische und die onkologische Behandlung in einem Aufenthalt zusammenfasst.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass ein onkologischer Patient mehrzeitig an derselben Krankheit behandelt werden muss. Diese Mehrzeitigkeit kann mit wiederholten

vollstationären, teilstationären oder ambulanten Behandlungen vergesellschaftet sein. Es erscheint äußerst schwierig, die heterogene Behandlungsstruktur bei onkologischen Erkrankungen in einem bundesweit einheitlichen Schema kurzfristig abzubilden und hiermit die Grundlage für eine bundesweit einheitliche pauschale Finanzierung dieser Behandlungsfallgruppe zu schaffen.

Empfehlung

Insbesondere die chirurgischen Fallgruppen, die Fälle mit malignen und Fälle mit benignen Erkrankungen enthalten, müssen anhand der DRG-Kalkulationsdaten und der Daten nach § 21 sehr genau bezüglich der Aufwandshomogenität untersucht werden. In Tabelle 7-1 und Tabelle 7-2 werden DRGs aufgelistet, bei denen besonders häufig eine Mischung benigner und maligner Fälle zu erwarten ist.

Hoch relevant	DRG	DRG-Bezeichnung
X	B02A	Kraniotomie mit äußerst schweren CC
X	B02B	Kraniotomie mit schweren oder mäßig schweren CC
X	B02C	Kraniotomie ohne CC
	B03A	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark mit äußerst schweren oder schweren CC
	B03B	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark ohne äußerst schwere oder schwere CC
	B07A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems mit CC
	B07B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems ohne CC
X	D02A	Eingriffe an Kopf und Hals mit CC
X	D02B	Eingriffe an Kopf und Hals ohne CC
X	D04A	Operationen am Oberkiefer mit CC
X	D04B	Operationen am Oberkiefer ohne CC
X	D05Z	Sialadenektomie
	D06Z	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid und komplexe Eingriffe am Mittelohr
	D07Z	Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Sialadenektomie
X	D08Z	Eingriffe an Mundhöhle und Mund
	D09Z	Verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich
X	E01A	Große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
X	E01B	Große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC
	E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit äußerst schweren CC
	E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit schweren CC
	E02C	Andere OR-Prozeduren a.d. Atmungsorganen ohne äußerst schwere oder schwere CC

Tabelle 7-1 Liste der chirurgischen DRGs, in denen maligne und benigne Erkrankungen gemischt sind (Hoch relevant (x) = DRGs mit hoher Fallzahl mit malignen Grunderkrankungen)-Teil I

X	G01A	Rektumresektion mit äußerst schweren CC
X	G01B	Rektumresektion ohne äußerst schwere CC
X	G02A	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC
X	G02B	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC
X	H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosyst. Shunt-OP mit äußerst schweren CC
X	H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosyst. Shunt-OP mit schweren oder mäßig schweren CC
X	H01C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen ohne CC
	H06Z	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas
	I02A	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC außer an der Hand
	I02B	Hauttransplantation ohne äußerst schwere oder schwere CC außer an der Hand
	I07Z	Amputation
	I09A	Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren oder schweren CC
	I09B	Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC
	I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren oder schweren CC
	I10B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere oder schwere CC
	I15Z	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel
	I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
	I27Z	Eingriffe am Weichteilgewebe
	I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit CC
	I28B	Andere Eingriffe am Bindegewebe ohne CC
	J03A	Hauttransplantation/Lappenplastik an der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut mit äußerst schweren oder schweren CC
	J03B	Hauttransplantation/Lappenplastik an der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut ohne äußerst schwere oder schwere CC
	J08A	And. Hauttransplantation und/oder Debridement mit äußerst schweren oder schweren CC
	J08B	And. Hauttransplantation und/oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC
	J10Z	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma
	K03Z	Eingriffe an der Nebenniere
	K05Z	Eingriffe an der Nebenschilddrüse
	K06Z	Eingriffe an der Schilddrüse
	M01Z	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann
	M03A	Eingriffe am Penis mit CC
	M03B	Eingriffe am Penis ohne CC
	M04A	Eingriffe am Hoden mit CC
	M04B	Eingriffe am Hoden ohne CC

Tabelle 7-2 Liste der chirurgischen DRGs, in denen maligne und benigne Erkrankungen gemischt sind (Hoch relevant (x) = DRGs mit hoher Fallzahl mit malignen Grunderkrankungen) - Teil II

Bei der Untersuchung sollten die Fälle nach dem o.a. Merkmal differenziert werden. Die Verteilung von Fällen mit malignen Erkrankungen wird interklinisch erheblich differieren. Es gibt Kliniken, die ausschließlich Tumorchirurgie betreiben und damit bezüglich des Aufwandes eine kostenintensive Subgruppe aus den betroffenen DRGs bewirtschaften. Die

Kliniken mit einem hohen Anteil maligner Erkrankungen wären bei einer Nichtberücksichtigung der dargestellten Problematik systematisch benachteiligt.

Nachfolgend werden Hinweise zu den notwendigen Anpassungen des G-DRG-Systems auf der Basis der Version 1.0 dargestellt. Die Darstellung ist nach MDC und innerhalb der MDCs nach DRGs sortiert.

DRG	**A01Z Lebertransplantation**
Kommentar	Zunächst keine Änderungen notwendig, es muss auf sachgerechte Kalkulation geachtet werden (siehe auch Ausführungen zur Transplantation) Grundsätzlich sehr heterogene Gruppe bei insgesamt geringer Fallzahl. Die Möglichkeiten der Pauschalierung sind nur begrenzt gegeben.
Hinweis	Das Problem der Transplantation wir grundsätzlich diskutiert unter Kapitel 8.2.5.16 Organtransplantation

DRG	**A02Z Multiorgantransplantation**
Kommentar	Die DRG A02Z Multiorgantransplantation ist nicht notwendig. Sie sammelt zuviele grundsätzlich verschiedene Leistungen in einer Fallgruppe und ist daher sehr heterogen. Die Kostengewichte für die A03Z (Lungentransplantation) und A05Z (Herztransplantation) haben sich in Australien als signifikant höher als das der DRG A02Z erwiesen. Der Grund dafür ist die Dominanz der Transplantationen von Nieren in der DRG A02Z. Herz-Lungen-Transplantationen sind damit nicht adäquat abgebildet und vergütet. Wird die A02Z gestrichen, werden Fälle mit einer Herz- bzw. Lungentransplantation in die entsprechende Herz- bzw. Lungentransplantations-DRG. gruppiert. Die Kombination von Herz- und Lunge kann in die Lungentransplantations-DRG (A03Z) gruppiert werden, hierzu müssen OPS-Kodes der A03Z zugeordnet werden. Alternativ zu einer Streichung kann die DRG A02Z auch in der Hierarchie vor die A06Z positioniert werden. Die im Lösungsvorschlag genannten Kodes für die Herz-Lungen-Transplantation müssten auch bei dieser Alternative der G-DRG A03Z zugeordnet werden.
Empfehlung	Die DRG A02Z Multiorgantransplantation sollte aus dem Katalog der G-DRGs gestrichen werden (siehe auch Änderung AR-DRGs 5.0). Die OPS-Kodes 5-375.2 (Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)) und 5-375.y (Herz- und Lungentransplantatation) müssen der Prozedurenliste TAB-A03-1 der G-DRG A03Z Lungentransplantation hinzugefügt werden. Alternativ zu einer Streichung kann die DRG A02Z auch in der Hierarchie vor die A06Z positioniert werden. Die im Lösungsvorschlag genannten Kodes für die Herz-Lungen-Transplantation müssten auch bei dieser Alternative der G-DRG A03Z zugeordnet werden. In diesem Kontext wäre auch noch eine Verschiebung der Nierentransplantations-DRG in den Pre-MDC Bereich sinnvoll, damit alle Transplanations-DRGs zu Pre-MDC DRGs werden. Die Nierentransplantation sollte dann nach der Multiorgantransplantation einsortiert werden, falls die Multiorgantransplantations-DRG belassen, aber anders positioniert wird. Diese enthält danach folgende Kodes: **Prozedur (TAB-A03-1)** 5-335.0 Lungentransplantation, einseitig 5-335.1 Lungentransplantation, beidseitig 5-335.y Lungentransplantation, nnb 5-375.2 Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc) 5-375.y Herz- und Herz-Lungen-Transplantation, nnb Die Prozeduren aus Tabelle A02-6 müssen anderen DRGs in den jeweiligen MDCs zugeordnet werden. Die Prozeduren der anderen Tabellen der DRG A02Z sind schon anderen DRGs zugeordnet.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**A03Z Lungentransplantation**
Kommentar	Grundsätzlich sehr heterogene Gruppe bei insgesamt geringer Fallzahl. Die Möglichkeiten der Pauschalierung sind nur begrenzt gegeben.
Empfehlung	Hinzufügen der Kodes 5-375.2 Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc) 5-375.y Herz- und Herz-Lungen-Transplantation, nnb zur Prozedurenliste TAB-A03-1
Begründung	Die Hinzunahme der beiden Kodes zu dieser DRG ist aufgrund des empfohlenen Wegfalls der DRG A02Z erforderlich.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

<table>
<tr><td>DRG</td><td>A04Z Knochenmarktransplantation</td></tr>
<tr><td>Kommentar</td><td>Die Zusammenfassung aller Fälle mit Knochenmarktransplantation in einer abrechenbaren DRG scheint nicht sinnvoll. Analysen zeigen, dass der Aufwand für Fälle mit allogener Knochenmarktransplantation deutlich höher ist als für Patienten mit autologer Transplantation.
Es sollte geprüft werden, ob
1.) eine bessere Differenzierung des Patientenkollektivs unter Berücksichtigung der prozeduralen Leistungen (autolog vs. allogen) möglich ist.
2.) es sich bei Knochenmarktransplantationen bei Kindern um eine im Aufwand unterschiedliche Gruppe handelt.</td></tr>
<tr><td>Empfehlung</td><td>Splitt dieser DRG in allogen/autogen über die Prozeduren. Eventuell weitere Splitts:Die Splittkriterien PCCL (2/3/4) und Alter sollten ökonomisch geprüft und abhängig vom Prüfergebnis zur weiteren Differenzierung verwendet werden.
Streichung der DRG A04Z, Definition von zwei neuen Basis-DRGs gemäß nachfolgender Tabelle

<table>
<tr><th>Neu</th><th></th><th>ICD</th><th>OPS</th><th></th></tr>
<tr><td>A04</td><td>Transplantation allogener hämatopoetischer Stammzellen</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>A04A</td><td>Transplantation allogen-unverwandter (HLA-identisch, nicht HLA-identisch) oder allogen-verwandter nicht HLA-identischer hämatopoetischer Stammzellen mit schweren oder schwersten Komplikationen und Komorbiditäten</td><td></td><td>5-411.20
5-411.21
5-411.30
5-411.31
8-805.20
8-805.21
8-805.30
8-805.31</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">A04B</td><td>Transplantation allogen-unverwandter (HLA-identisch, nicht HLA-identisch) oder allogen-verwandter nicht HLA-identischer hämatopoetischer Stammzellen ohne schweren oder schwersten Komplikationen und Komorbiditäten

oder</td><td></td><td>5-411.20
5-411.21
5-411.30
5-411.31
8-805.20
8-805.21
8-805.30
8-805.31</td><td></td></tr>
<tr><td>Transplantation allogen-verwandter HLA-identer hämatopoetischer Stammzellen mit schweren oder schwersten Komplikationen und Komorbiditäten</td><td></td><td>5-411.10
5-411.11
8-805.10
8-805.11</td><td></td></tr>
<tr><td>A04C</td><td>Transplantation allogen-verwandter HLA-identer hämatopoetischer Stammzellen ohne schwere oder schwerste Komplikationen und Komorbiditäten</td><td></td><td>5-411.10
5-411.11
8-805.10
8-805.11</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>A08</td><td>Transplantation autologer hämatopoetischer Stammzellen</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>A08A</td><td>Transplantation autologer hämatopoetischer Stammzellen mit schweren oder schwersten Komplikationen und Komorbiditäten</td><td></td><td>5-411.00
5-411.01
8-805.00
8-805.01</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	A08B	Transplantation autologer hämatopoetischer Stammzellen ohne schwere oder schwerste Komplikationen und Komorbiditäten		5-411.01 5-411.00 8-805.00 8-805.01	

Begründung	Der Aufwand bei der allogenen KMT liegt durch die Gewinnung der Stammzellen und durch die spezifischen Begleittherapien und Nebenwirkungen im Aufwand wesentlich höher als die autologe KMT. Die allogene KMT wird an weniger aber höher spezialisierten Zentren durchgeführt. Die Anforderungen an die Kinderkliniken, das Erkrankungsspektrum und die Therapiedurchführung bei Kindern weisen im Gegensatz zu der Behandlung bei Erwachsenen spezifische Unterschiede auf. Hier erscheint die Gruppierung in eine gemeinsame DRG ökonomisch überprüfenswert. Die Behandlung von Kindern erfolgt in sehr wenigen spezialisierten kinderonkologischen Zentren. Nicht vermeidbare Komplikationen und Komorbiditäten können extreme Aufwandssteigerungen verursachen (Supportivtherapie mit sehr teuren Medikamenten, Intensivtherapie)
Relevanz	Das Verhältnis der Fälle mit allogener zu autologer KMT unterscheidet sich stark zwischen den Kliniken. Daher ist die sachgerechte Leistungsfinanzierung nicht über die Mischfinanzierung in einer einzigen DRG-Pauschale möglich. Eine sachgerechte Mischfinanzierung Erwachsene- / Kinder-KMT ist aufgrund der Konzentration der Kinderonkologie auf sehr wenige Zentren nicht möglich.
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGHO) liegt vor, abgestimmt mit GPHO
Umsetzung	Dringend Für 2004

DRG	**A05Z Herztransplantation**
Kommentar	Zunächst keine Änderungen notwendig, es muss auf sachgerechte Kalkulation geachtet werden (siehe auch Ausführungen zur Transplantation)

DRG	**A06Z Langzeitbeatmung 11 Tage und mehr, jedes Alter, jeder Zustand**
Kommentar	Diese DRG ist extrem inhomogen, da sie unterschiedlichste Fälle sammelt, deren gemeinsames Kriterium nur die Beatmung >11 Tage ist.
Empfehlung	1. Homogenitätsprüfung 2. Langzeitbeatmete **HIV**-Patienten werden statt in A06Z über den Kode B20 in S63B eingruppiert, Sachgerechtigkeit ist zu überprüfen.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**A07Z Tracheostomie und/oder Langzeitbeatmung > 95 Stunden bis < 11 Tage, jedes Alter, jeder Zustand**
Kommentar	In diese DRG für Langzeitbeatmete werden alle Fälle gruppiert, die entweder eine Beatmungszeit >95 Stunden, < 11 Tage aufweisen oder bei denen **eine Tracheostomie** kodiert wurde. Tracheostomien (Luftröhrenschnitte) werden aber in der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und in der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie nach Operationen im Mund-Rachen-Bereich durchgeführt, um bei den Patientinnen und Patienten die Atemwege offen zu halten, ohne die Patienten aber zu beatmen. Diese Fälle sind keine langzeitbeatmeten Fälle und werden ein ganz anderes Kostenprofil zeigen als tatsächlich zwischen 5 bis 11 Tage beatmete Intensivfälle. Wenn diese wesentlich kostengünstigeren Fälle gruppierungstechnisch mit den Langzeit-beatmeten in der DRG A07Z zusammengefasst werden, wird das Kostenprofil und das daraus resultierende Relativgewicht zu niedrig bezogen, auf die wirklich langzeitbeatmeten Fälle sein. In von uns analysierten Daten aus Maximalversorgungshäusern sind über 25 % aller in die A07Z gruppierten Fälle keine wirklich beatmeten Fälle.
Empfehlung	In dieser DRG werden ökonomisch sehr heterogene Fälle zusammen gefasst. Die Tracheotomiekodes 5-311.0, 5-311.1 und 5-311.2 sollten als Zuordnungskriterium für diese DRG gestrichen werden
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**A09A Kombinierte Nieren-/Pankreas-Transplantation oder Nierentransplantation (Entweder: Eine Prozedur in TAB-A09-1 UND eine Prozedur in TAB-A09-2; oder: Eine Prozedur in TAB-A09-2 UND PCCL = 4)** **A: mit schwersten CC** **B: ohne schwere oder schwerste CC**
Empfehlung	Prozeduren: TAB-A09-1 5-528.1 Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes 5-528.2 Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ) 5-528.x Transplantation von Pankreas(gewebe): Sonstige 5-528.y Transplantation von Pankreas(gewebe): N.n.bez Prozeduren: TAB-A09-2 5-555.0 Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender 5-555.1 Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere 5-555.2 Nierentransplantation: Syngen 5-555.3 Nierentransplantation: Autotransplantation 5-555.4 Nierentransplantation: Autotransplantation nach extrakorporaler Resektion 5-555.x Nierentransplantation: Sonstige 5-555.y Nierentransplantation: N.n.bez.
Begründung	Die Analyse der 1999/2000 Kostendaten in Australien erbrachte einen Splitt der A09 aufgrund der PCCL (PCCL=4) bei Patienten, die nur eine Nierentransplantation erhielten. In Australien wurden in die DRG A09A 184 Fälle mit Nierentransplantation (vorher L01A) und 24 Fälle mit kombinierten Nieren/Pankreastransplantation (vorher A02Z) gruppiert, mit einer mittleren VWD von 19,9 Tagen. In die DRG A09B wurden 137 Fälle aus der DRG L01A und alle 191 Fälle der DRG L01B gruppiert, mit einer mittleren VWD von 10,6 Tagen.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**A40Z Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne herzchirurgischen Eingriff**
Kommentar	Nach dem G-DRG-Algorithmus werden in diese DRG alle Fälle eingruppiert, die im Rahmen der Gesamtbehandlung auch mit einer ECMO (OPS: 8-852) behandelt wurden. Abweichend von der Textbezeichnung dieser DRG, sind nicht nur Fälle betroffen, die zuvor **keinen** herzchirurgischen Eingriff erhalten haben. Die ECMO kann einerseits nach herzchirurgischen Eingriffen zur Kreislaufunterstützung eingesetzt werden, andererseits aber auch bei Lungenversagen, Unterkühlungen (z. B. nach Eiseinbruch) oder weiteren Indikationen. Es ist zu prüfen, ob die ECMO nicht grundsätzlich über ein Zusatzentgelt finanziert werden sollte. Ist diese Entscheidung getroffen, kann die DRG-Fallgruppe A40Z komplett gestrichen werden. In der bestehenden Form kann unserer Meinung nach keine leistungsgerechte Finanzierung auf Basis dieser Fallgruppe erfolgen.
Empfehlung	Streichung der DRG A40Z, Vergütung der ECMO über ein Zusatzengelt
Begründung	Die ECMO kommt bei unterschiedlichsten Fällen (DRGs) zum Einsatz
Relevanz	Die ECMO kam 2001 in 29 der 80 herzchirurgischen Kliniken insgesamt circa 250x zum Einsatz (Umfrage der DGTHG). Darüber hinaus wird sie auch in anderen Fachgebieten eingesetzt.
Umsetzung	Für 2004/2005

DRG	**A41Z Intubation, Alter < 16 Jahre**
Kommentar	1. Die DRG A41 ist im australischen System gesplittet in die DRG A41A (Intubation, Alter < 16J, mit CC); und A41B (Intubation, Alter < 16J, ohne CC) 2. Die Bezeichnung „Intubation“ ist irreführend, da auch die Maskenbeatmung in diese DRG führt
Empfehlung	Änderung der Bezeichnung in „Beatmung bei Patienten < 16 J., Prüfung des Splitts in Australien

In einigen DRG-Fallgruppen der MDC 1 werden teilweise sehr heterogene Fälle innerhalb einer DRG zusammengefasst. Exemplarisch ist hier die DRG für die Kraniotomie zu nennen.

DRG	**B01Z Revision eines Ventrikelshuntes ohne weitere OR-Prozeduren**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B02 – Kraniotomie**
Kommentar	Die OPS-Kodes für eine Blade-Angioplastie, eine Laser-Angioplastie, eine Atherektomie und der unspezifische Kode für nicht näher bezeichnete Prozeduren sind nicht in der Prozedurenlisten TAB-B02-1 enthalten: *6.Stelle: .0; Gefäße intracraniell, HD: I66.0 (Stenose A. cerebri media)* *DRG* 8-836.0** Angioplastie (Ballon) B02C **8-836.1** Blade-Angioplastie (Cutting-balloon) B70C** **8-836.2** Laser-Angioplastie B70C** **8-836.3** Atherektomie B70C** 8-836.4** Einlegen eines Stent B02C 8-836.5** Einlegen mehrerer Stents B02C 8-836.6** Fremdkörperentfernung B02C 8-836.7** Selektive Thrombolyse B02C 8-836.8** Thrombektomie B02C 8-836.9** Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten B02C 8-836.a** Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen B02C 8-836.b** Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons B02C 8-836.c** Selektive Embolisation mit Schirmen B02C 8-836.d** Einlegen einer Prothese B02C 8-836.e** Einlegen mehrerer Prothesen B02C 8-836.x** Sonstige B02C 8**-836.y N.n.bez.** **901Z** Diese DRG-Fallgruppe ist äußerst heterogen. Sobald ein Eingriff am Schädel vorgenommen wird, triggert die entsprechende OPS-Prozedur in Kombination mit einer der Diagnosen, die in die neurologische Hauptdiagnosekategorie führen, den Fall in die Kraniotomie-DRG. Überwiegend handelt es sich um neurochirurgische Eingriffe, die allerdings bezüglich der Leistung sehr heterogen sind. So triggert das „Setzen eines einfachen Bohrloches zur äußeren Entlastung einer Blutung oder anderen Druckentlastungen am Gehirn“ ebenso eine Gruppierung in diese DRG-Fallgruppe, wie ein komplexer neurochirurgischer Eingriff am zentralen Nervensystem.
Empfehlung	Hinzufügen der Kodes 8-836.10, 8-836.20, 8-836.30 und 8-836.y zur Prozedurenliste TAB-B02-1 Diese Fallgruppe sollte bezüglich der Leistungsheterogenität bzw. der daraus resultierenden Aufwandsinhomogenität sehr differenziert im InEK anhand der Kostendaten untersucht werden. Evtl. ist eine Neudefinition dieser DRG-Fallgruppen notwendig, um eine Fehlverteilung von Finanzmitteln zu vermeiden.
Begründung	Eine Eingruppierung Blade-Angioplastie, Laser-Angioplastie und Atherektomie in einer medizinischen DRG ist nicht gerechtfertigt.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**B03 Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Wirbelsäulenimplantate sind sehr teuer und werden nur bei einem Teil der Fälle und dass auch nur in spezialisierten Abteilungen verwendet.
Empfehlung	Gesonderte Finanzierung (Zusatzentgelte), siehe auch Kapitel 9.3.2.1 Bewegungsapparat

DRG	**B04 Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B05Z Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B06 Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 18 Jahre** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 18 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B07 Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B08 Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie** **A; mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 17 Jahre** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 17 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B40Z Plasmapherese bei neurologischen Erkrankungen**
Kommentar	Kalkulation problematisch wegen ineffizienter Kostenverrechnung

DRG	**B41Z Langzeit-Monitoring bei komplexer Epilepsie**
Empfehlung	Überprüfung im Rahmen der Epilepsieproblematik (siehe Kapitel 8.2.5.4 Epilepsiediagnostik/-therapie) notwendig

7.9.1.1 Nicht-invasive Beatmungsformen

Im Gegensatz zur Beatmung über einen endotrachealen Zugang finden die nicht-invasiven Formen der Beatmung zunehmend Verbreitung. Diese Beatmungsformen werden in der Neurologie und Pneumologie oft nötig, wenn eine eigenständige suffiziente Atmung des Patienten aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr möglich ist. Die übliche Form der Beatmung ist die kontinuierliche Überdruck-Beatmung (CPAP), aber auch andere Formen bis hin zur kompletten maschinellen Beatmung können zur Anwendung kommen. Bei folgenden neurologischen Erkrankungen kann eine nicht-invasive Form der Beatmung indiziert sein[13]:

- *Multisystematrophie*
  Übliche Art der Beatmung: CPAP (continuous positive airway pressure), BilevelPAP (bilevel positive airway pressure)
- *idiopathisches Parkinson-Syndrom:*
  Übliche Art der Beatmung: CPAP
- *ALS:*
  Übliche Art der Beatmung: BilevelPAP
- *autonome Neuropathien (v.a. diabetisch):*
  Übliche Art der Beatmung: CPAP, BilevelPAP
- *Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung:*
  Übliche Art der Beatmung: CPAP
- *Poliomyelitis / Post-Polio-Syndrom:*
  Übliche Art der Beatmung: CPAP, BilevelPAP
- *neuromuskuläre Erkrankungen (z. B. Myasthenia gravis):*
  Übliche Art der Beatmung: je nach Schweregrad bis zur Intubation
- *Muskelkrankheiten (z. B. Myotone Dystrophie, Maltase-Mangel-Myopathie):*
  Übliche Art der Beatmung: BilevelPAP
- *kongenitale Erkrankungen (z. B. Kongenitales zentrales alveoläres Hypoventilations-Syndrom (CCHS), familiäre Dysautonomie /Riley-Day-Syndrom):*
  Übliche Art der Beatmung: maschinelle Beatmung
- *bilaterale posterolaterale Läsionen der Medulla oblongata (z. B. bei Ischämie, Hämorrhagie, intrakraniellen Abzessen, Leigh's Syndrom):*
  Übliche Art der Beatmung: CPAP, BilevelPAP
- *Encephalitis:*
  Übliche Art der Beatmung: je nach Schweregrad bis zur Intubation
- *Schlaganfall:*
  Übliche Art der Beatmung: je nach Schweregrad bis zur Intubation
- *Epilepsie:*
  Übliche Art der Beatmung: je nach Schweregrad bis zur Intubation
- *Schlafstörungen: Restless-Legs-Syndrom (RLS), Narkolepsie*
  Übliche Art der Beatmung: CPAP

[13] AWMF-Leitlinien: http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/index.html

Eine Maskenbeatmung erfordert keinen direkten Zugang zu den unteren Atemwegen, wie bei einer kontinuierlichen endotrachealen Beatmung über ein Tracheostoma. Viele Patienten mit neurologischen oder pneumologischen Erkrankungen benötigen keine kontinuierliche Unterstützung ihrer Atemfunktion, sondern lediglich eine intermittierende Unterstützung, oft während der Nacht. Die Beatmung über eine Maske erspart den Patienten die Anlage eines Tracheostomas.

Andererseits ist es auch möglich, eine kontinuierliche Beatmung über Maskensystem durchzuführen. Die Patienten sind dabei teilweise sogar in der Lage, ihrer alten Arbeit wieder nachzugehen.

Der Umgang mit solchen Maskensystemen muss von den Patienten jedoch erst erlernt werden. Die Ersteinstellung auf eine Heimbeatmung ist vom Aufwand her mit einer 48-stündigen kontinuierlichen maschinellen Beatmung auf einer Intensivstation vergleichbar, da der Patient nicht analgosediert wird und daher Geräteeinstellung und Patient noch besser aufeinander eingestellt werden müssen, als bei intubierten Patienten, bei denen man sich im Wesentlichen an den Blutgasen orientiert. Aufgrund des sehr hohen Personalaufwands und des erforderlichen Fachwissens wird eine solche Ersteinstellung nur an wenigen Kliniken in Deutschland durchgeführt.

Um eine systematische Unterfinanzierung dieser Einrichtungen zu vermeiden, ist die Einführung einer neuen intermediären DRG für die Ersteinstellung auf eine nicht-invasive Form der Beatmung in der Neurologie und Pneumologie erforderlich.

Eine Kodierung der nicht-invasiven Beatmung ist im aktuellen OPS Version 2.1 nur mit dem Kode 8-706 (Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung) möglich. Zu empfehlen wäre, analog zum australischen Katalog, die Einführung von OPS-Kodes, die eine Differenzierung nach der Art der Beatmung ermöglichen.

Vorschlag für neue OPS-Kodes (bisher nicht beim DIMDI eingereicht):

8-712	Formen der maschinellen Beatmung:
8-721.1	CPAP (Continuous positive airway pressure)
8-712.2	BiPAP (Bilevel positive airway pressure)
8-712.3	Kontrollierte mechanische Beatmung
8-712.4	Unterstützende Beatmung (z.B. Pressure support ventilation)
8-712.5	Ersteinstellung auf eine Heimbeatmung
8-712.x	sonstige

Die Ergänzung des OPS-Kodes um die Art der Beatmung ermöglicht auch einen eventuellen Splitt dieser DRG, um eine **Ersteinstellung** der Beatmung von der Behandlung von Patienten, die die Beatmung bereits längere Zeit selber anwenden, durchführen zu können.

DRG	**E41Z - Nicht-invasive Beatmung bei Erkrankungen der Atmungsorgane**
MDC	MDC 04 - E
Kommentar	Im Gegensatz zur Beatmung über einen endotrachealen Zugang finden die nicht-invasiven Formen der Beatmung zunehmend Verbreitung. Diese Beatmungsformen werden in der Pneumologie oft nötig, wenn eine eigenständige suffiziente Atmung des Patienten aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr möglich ist. Die übliche Form der Beatmung ist die kontinuierliche Überdruck-Beatmung (CPAP), aber auch andere Formen bis hin zur kompletten maschinellen Beatmung können zur Anwendung kommen.
Empfehlung	Einführung einer neuen DRG E41Z Prozedur aus TAB-E41-1 TAB-E41-1 8-706 Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
Begründung	Der Umgang mit solchen Maskensystem muss von den Patienten erst erlernt werden. Die Ersteinstellung auf ein Heimbeatmung ist vom Aufwand her mit einer 48-stündigen kontinuierlichen maschinellen Beatmung auf einer Intensivstation vergleichbar, da der Patient nicht analgosediert wird und daher Geräteeinstellung und Patient noch besser aufeinander eingestellt werden müssen, als bei intubierten Patienten, bei denen man sich im Wesentlichen an den Blutgasen orientiert. Aufgrund des sehr hohen Personalaufwands und des erforderlichen Fachwissens wird eine solche Ersteinstellung nur an wenigen Kliniken in Deutschland durchgeführt. Um eine systematische Unterfinanzierung dieser Einrichtungen zu vermeiden, ist die Einführung einer neuen intermediären DRG für die Ersteinstellung auf eine nicht-invasive Form der Beatmung in der Pneumologie erforderlich. Alternativ könnte eine alternative Vergütung für diese Leistungen eingeführt werden.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**B42Z – Ersteinstellung auf eine nicht-invasive Beatmung bei neurologischen Erkrankungen**
MDC	MDC 01-B
Kommentar	Im Gegensatz zur Beatmung über einen endotrachealen Zugang finden die nicht-invasiven Formen der Beatmung zunehmend Verbreitung. Diese Beatmungsformen werden in der Neurologie oft nötig, wenn eine eigenständige suffiziente Atmung des Patienten aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr möglich ist. Die übliche Form der Beatmung ist die kontinuierliche Überdruck-Beatmung (CPAP), aber auch andere Formen bis hin zur kompletten maschinellen Beatmung können zur Anwendung kommen.
Empfehlung	Einführung einer neuen DRG B42Z Prozedur aus TAB-B42-1 und TAB-B42-2 TAB-B42-1 8-706 Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung TAB-B42-2 8-718.0 Dauer der maschinellen Beatmung: Bis 12 Stunden / Tag 8-718.1 Dauer der maschinellen Beatmung: Über 12 Stunden / Tag
Begründung	Der Umgang mit solchen Maskensystem muss von den Patienten erst erlernt werden. Die Ersteinstellung auf ein Heimbeatmung ist vom Aufwand her mit einer 48-stündigen kontinuierlichen maschinellen Beatmung auf einer Intensivstation vergleichbar, da der Patient nicht analgosediert wird und daher Geräteeinstellung und Patient noch besser aufeinander eingestellt werden müssen, als bei intubierten Patienten, bei denen man sich im Wesentlichen an den Blutgasen orientiert. Aufgrund des sehr hohen Personalaufwands und des erforderlichen Fachwissens wird eine solche Ersteinstellung nur an wenigen Kliniken in Deutschland durchgeführt. Um eine systematische Unterfinanzierung dieser Einrichtungen zu vermeiden, ist die Einführung einer neuen intermediären DRG für die Ersteinstellung auf eine nicht-invasive Form der Beatmung in der Neurologie erforderlich.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**B60ANicht akute Paraplegie/Tetraplegie** **A: mit oder ohne OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC,** **B: mit oder ohne OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC,**
Kommentar	In diese DRG werden nicht akute Para- und Tetraplegien mit und ohne OP-Prozedur gruppiert. Die Durchführung operativer Eingriffe führt bei diesen schwer kranken Patienten jedoch zu einer erheblichen Verweildauerverlängerung
Empfehlung	Splitting in Abhängigkeit einer OR-Prozedur. DRG B60A/B Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie ohne OR-Prozedur und DRG B09A/B Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie mit OR-Prozedur
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaften (DGU und DGOOC) liegt vor
Begründung	Patienten mit einer OR-Prozedur (OPS-Kode aus Kapitel 5 d. OPS-Katalog) haben eine doppelt so lange Verweildauer wie Patienten ohne OR-Prozedur (25,8 Tage vs. 12,7 Tage)
Relevanz	Hoch, Behandlung konzentriert sich auf spezialisierte Zentren
Umsetzung	Für 2004

DRG	**B61 Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarkes** **A: mit oder ohne OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: mit oder ohne OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Empfehlung	Siehe Kapitel Übersetzungsfehler, Vorschlag zur Korrektur des Titels

DRG	**B62Z Stationäre Aufnahme zur Apherese**
Kommentar	Kalkulation problematisch wegen ineffizienter Kostenverrechnung

DRG	**B63Z Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B64Z Delirium**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B65Z Zerebrale Lähmungen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B66 Neubildungen des Nervensystems** **A: Alter > 64 Jahre** **B: Alter < 65 Jahre**
Kommentar	Der Alterssplitt „Patientenalter > 64“ für die Basis-DRG B66 ist in den Daten des DRG-Evaluationsprojektes Radioonkologie nicht nachvollziehbar.
Empfehlung	Der Alterssplitt sollte entfernt werden. Das Patientenkollektiv sollte unter Berücksichtigung des PCCL-Wertes (PCCL > 2) in die DRG B66A Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC und B66B Neubildungen des Nervensystems ohne äußerst schwere oder schwere CC differenziert werden.
Begründung	Der Aufwand wird wesentlich durch postoperative Komplikationen und Komorbiditäten oder durch die Ausdehnung der malignen Grunderkrankung bestimmt.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft liegt vor

DRG	**B67 Degenerative Krankheiten des Nervensystems** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B68 Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Siehe Kommentar im Gutachten im Kapitel 8.2.5.9 Neurologische Pädiatrie und 8.5.7 MS-Spezialbehandlung

DRG	**B69 Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Siehe Kommentar im Gutachten

DRG	**B70 Apoplexie** **A: mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur** **B: mit anderen CC** **C: ohne andere CC** **D: verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme**
Kommentar	Eine Problem-DRG stellt die DRG B70 (Apoplex) dar. Diese Fallgruppe ist derzeit in vier verschiedene Schweregrade differenziert. Da der Schlaganfall von verschiedenen Fachrichtungen behandelt wird, jede Fachrichtung aber für sich die besten Ergebnisse und die beste Therapieform reklamiert, differieren die Behandlungsinhalte, aber wahrscheinlich auch die Behandlungsergebnisse. Die intensivste Behandlungsform erfolgt wahrscheinlich in sogenannten Stroke Units, die mit Intensivstationen vergleichbar sind. Abhängig von den lokalen Strukturen werden auch unterschiedlich lange Behandlungszeiträume in den einzelnen Behandlungsepisoden angetroffen. Siehe Kommentar im Gutachten zur Schlaganfallbehandlung. Starke Leistungsinhomogenität durch sehr differente, teilweise von der Landesplanung abhängige Behandlungsangebote (Kapitel 8.2.5.14 Schlaganfallbehandlung (Stroke Unit))

DRG	**B71 Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Interferenz mit Diabetes, Andere Fallspektren
Empfehlung	Überprüfung, eventuell Verschiebung von Diagnosen zwischen MDCs
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**B72Z Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B73Z Virusmeningitis**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B74Z Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B75Z Fieberkrämpfe**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B76 Anfälle** **A: Alter < 3 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter > 2 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Siehe Kommentar 8.2.5.4 Epilepsie

DRG	**B77Z Kopfschmerzen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B78Z Intrakranielle Verletzung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B79Z Schädelfrakturen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B80Z Andere Kopfverletzungen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**B81 Andere Erkrankungen des Nervensystems** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

Augenheilkunde

Von der Deutschen Gesellschaft für Ophtalmologie wird dargelegt, dass insbesondere die Operationen am hinteren Augenabschnitt nicht adäquat im DRG-System abgebildet sind. Andererseits soll eine weitere Differenzierung bezüglich der Operationen des hinteren Augenabschnittes vorgenommen werden. Wir selbst verfügen über keine Daten, die entsprechende Analysen der geschilderten Problematik zulassen und können deshalb hierzu nicht differenziert Stellung nehmen. Wir empfehlen aber dringend, dieses Problem eventuell mit Unterstützung einer Fachgruppe aus der Deutschen Gesellschaft für Ophthalmologie näher zu beleuchten, um eine adäquate Leistungsabbildung sicherzustellen, wenn diese bisher nicht besteht. Notwendig erscheinen uns differenzierte Analysen der InEK-Kalkulationsdaten und Berücksichtigung der Hinweise der Fachgesellschaft. Dabei muss zur Untersuchung unterschiedlicher Spezialisierungen auch eine Analyse interklinischer Unterschiede bezüglich des Diagnose- und Leistungsspektrums erfolgen.

Eigene Untersuchungen hierzu haben wir nicht durchgeführt. Wir empfehlen, dass zu den ophtalmologischen DRGs im InEK Detailanalysen auf Basis der Kostenkalkulationsdaten und der § 21.4 Daten durchgeführt werden und dabei die Änderungen in der Version 5.0 der AR-DRGs berücksichtigt werden.

DRG	**C01Z Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen**
Kommentar	
Empfehlung	1. folgende Prozeduren sollen aus der DRG C02Z gestrichen werden 1-510.5 Biopsie intrakran Blutgef d Inzis u Trepan Schädelkn 1-511.5 Stereotaktische Biopsie an intrakraniellen Blutgefäßen 2. Siehe Kapitel Übersetzungsfehler, Vorschlag zur Korrektur des Titels
Begründung	Diese Prozeduren kennzeichnen keine opthalmologischen Prozeduren
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Opthalmologie) liegt vor

DRG	**C02Z Enukleationen und Eingriffe an der Orbita**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C03Z Eingriffe an der Retina**

DRG C03Z (Eingriffe an der Retina)

Es werden zwei DRG-Gruppen gefordert:

DRG C03A: „Aufwändige Eingriffe an der Retina“
DRG C03B: „Einfache Eingriffe an der Retina“

In die DRG „Aufwändige Eingriffe an der Retina“ sollen Netzhautmanipulationen im Rahmen einer Pars-plana-Vitrektomie (z.B. Ablatio, Membrane-Peeling, Makularotation) eingeschlossen werden. Einen detaillierten Vorschlag finden Sie in der Anlage.

Zusätzlich sollen aus dieser DRG folgende OPS-Kodes in andere DRGs verlagert werden:
5.135.4 Destruktion von erkranktem Gewebe des Corpus ciliare -> C14Z
5.161.0 Entfern Fremdk Orbita, Magnet -> C02Z
5.161.1 Entfern Fremdk Augapf, nnb, Magnet -> C01Z
5.161.2 Entfern Fremdk Orbita, d Inzis -> C02Z
5.161.3 Entfern Fremdk Augapf, nnb, d Inzis -> C01Z
5.161.x Sonst Entfern Fremdk Orbita u Augapf, nnb -> C02Z
5.161.y Entfern Fremdk Orbita u Augapf, nnb, nnb -> C02Z
5.169.4 Temporäre intraokulare Druckerhöhung -> streichen

DRG	**C04Z Große Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C05Z Dakryozystorhinostomie**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C06Z Komplexe Eingriffe bei Glaukom**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C07Z Andere Eingriffe bei Glaukom**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C08Z Große Eingriffe an der Linse**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C09Z Andere Eingriffe an der Linse**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C10Z Eingriffe bei Strabismus**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C11Z Eingriffe am Augenlid**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C12Z Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C13Z Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C14Z Andere Eingriffe am Auge**
Empfehlung	folgende Prozeduren sollen aus der DRG C02Z gestrichen werden 1-510.05 Biopsie intrakran Blutgef d Inzis u Trepan Schädelkn 1-511.05 Stereotaktische Biopsie an intrakraniellen Blutgefäßen
Begründung	Diese Prozeduren kennzeichnen keine opthalmologischen Prozeduren
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Ophthalmologie) liegt vor

DRG	**C60 Akute und schwere Augeninfektionen** **A: Alter > 54 Jahre** **B: Alter < 55 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C61Z Neurologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C62Z Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**C63 Andere Erkrankungen des Auges** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Empfehlung	Da diese DRG eine Sammelgruppe der medizinisch konservativ behandelten Patienten darstellt und deshalb recht heterogen ist, muss sie besonders genau überprüft werden.

A) Titelkorrekturen für MDC 03 und DRGs aus MDC 03

MDC	**03- D Titel**
Kommentar	In der aktuellen G-DRG Version 1.0 ist die MDC 03 mit dem Titel „Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich“ benannt. Dieser Titel umfasst aber nicht die in dieser MDC ebenfalls enthaltenen Krankheiten und Störungen des Mundes und Kiefers einschließlich Zähne und Zahnhalteapparat. Erkrankungen dieser Bereiche finden sich in verschiedenen DRGs dieser MDC, explizit im DRG-Titel sind sie sogar benannt in: - D67Z Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle außer Zahnextraktion und –wiederherstellung, - D40Z Zahnextraktion und –wiederherstellung - D04 Operationen am Oberkiefer
Empfehlung	Änderung des Titels für die MDC 03 in „Erkrankungen und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses“
Begründung	In der Australischen Vorlage lautet der Titel: “Diseases and disorders of the ear, nose, mouth and throat**“.** Damit wird der Zusammensetzung dieser MDC Rechnung getragen. Bei der Übertragung in die deutsche Version wurde der Titel um die Begrifflichkeit „Mund“ gekürzt. Damit vertritt der Titel nicht mehr das gesamte Spektrum der hier hinterlegten DRGs mit ihren Erkrankungen und Störungen.
Relevanz	
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor mit Unterstützung der Fachgesellschaft HNO
Umsetzung	Für 2004

Weitere DRGs, die ähnlich wie der Titel der gesamten MDC bei der Übersetzung des AR-DRG-Kataloges nach G-DRG die Bezeichnung von „Ear, Nose, Mouth & Throat“ nach „HNO-Bereich“ gewechselt haben und entsprechend umbenannt werden sollten.

- D09Z Verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich
- D12Z Andere Eingriffe im HNO-Bereich
- D60A Bösartige Neubildungen im HNO-Bereich; mit äußerst schweren oder schweren CC
- D60B Bösartige Neubildungen im HNO-Bereich ohne äußerst schwere oder schwere CC
- D66A Andere Krankheiten im HNO-Bereich mit CC
- D66B Andere Krankheiten im HNO-Bereich ohne CC

B) Liste der DRGs in MDC 03 und Änderungsvorschlägen für diese

DRG	**D01Z Kochleaimplantat**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt. Ein Problembereich kann die Anpassung (Hörtraining) nach der Implantation in Folgeaufenthalten darstellen, da hierfür keine spezifischen DRGs existieren.

Basis-DRG D02, Vorschläge 1. bis 4.

Basis-DRG	D02 Eingriffe an Kopf und Hals
Kommentar	**1. Komplexe Rekonstruktionen** Die Basis-DRG D02 umfasst überwiegend schwere und sehr schwere Eingriffe im Kopf-Hals-Bereich. Einen besonderen Aufwand stellen Operationen dar, bei denen einzeitig eine Resektion von Gewebe zusammen mit einer komplexen Rekonstruktion im Operationsgebiet erfolgt. Hierzu zählen Eingriffe, bei denen eine Deckung in der Technik einer mikrovaskulären Anastomosierung stattfindet oder solche, die eine Rekonstruktion über einen Magenhochzug und/oder ein Darminterponat erreichen. Für bestimmte Eingriffe sind hier Kombinationskodes hinterlegt, in denen die mikrovaskuläre Anastomosierung enthalten ist. Für andere Eingriffe, insbesondere die Neck Dissection, bei der die Kombination mit einer mikrovaskulären Anastomosierung häufig erfolgt (im DRG-Evaluationsprojekt Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie ca 50% dieser einzeitigen kombinierten Eingriffe) ist kein Kombinationskode hinterlegt. Eine Kennzeichnung dieser Fälle ohne Kombinationskodes erfolgt über die Verschlüsselung einer Gewebe-transplantation, die als isolierter Kode die freie Gewebeplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung für die Empfängerstelle bezeichnet. Derzeit sind diese Fälle zu ca. 30-50% noch eingruppiert in die DRG A07Z Tracheotomie und/oder Langzeitbeatmung > 95 Stunden bis < 11 Tage, weil häufig eine Tracheotomie erfolgt, die in der Regel nicht mit der in A07Z ausgewiesenen langen Beatmungszeit verbunden ist, sondern aus anderen medizinischen Gründen notwendig ist, z.B. einer schwellungsbedingten Verlegung der oberen Atemwege. Da die Zuordnung zur Langzeitbeatmung zukünftig voraussichtlich an eine entsprechend lange Beatmungszeit gekoppelt werden wird (s. Vorschläge A07Z), werden diese Fälle dann nach Änderung dieser Pre-MDC Logik in die Basis-DRG D02 gruppiert. Einen ähnlich hohen Aufwand stellt die Rekonstruktion mit einem Magenhochzug oder einem Interponat aus Darm dar. Um diese speziellen Fälle sachgerecht einzuordnen, sollten sie in einer eigenen Untergruppe dargestellt werden, die über eine gesonderte Tabelle mit diesen Kodes definiert wird.
Empfehlung	Dreifache Splittung der Basis-DRG D02 nach folgendem Schema: <u>Neue Einteilung der D02:</u> D02A, Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexen Rekonstruktionen (wird über eine Tabelle mit den genannten aufwändigen Rekonstruktionen erreicht) D02B, Eingriffe an Kopf und Hals mit CC PCCL > 2 D02C, Eingriffe an Kopf und Hals ohne CC PCCL < 3 Die Prozedurenkodes der neuen Tabelle TAB-D02-2 würden dann in Verbindung mit einer Prozedur aus der TAB-D02-1 die Eingruppierung in die neue DRG D02A, Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexen Rekonstruktionen triggern. Die Kodes zum Magenhochzug und/oder Darminterponat müssen aus der Tabelle D12-1 entfernt werden.
Begründung	Die beschriebenen Rekonstruktionen stellen sowohl für den operativen Aufwand (mehrere Op-Teams) als auch für die Nachbehandlung (primäre Nachbehandlung auf der Intensivstation) den bestimmenden Faktor dar und erhöhen den Ressourcenaufwand erheblich.
Relevanz	Nach derzeit vorliegenden Daten sind diese Fälle sehr heterogen über die Krankenhäuser verteilt. Die Gesamtzahl dieser Fälle beläuft sich nach überschlägiger Schätzung auf rund 1000/Jahr
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor und wird von der Fachgesellschaft HNO unterstützt
Umsetzung	Für 2004

Anpassung Klassifikationssystem
MDC 03 [D] Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich

Basis-DRG	D02 Eingriffe an Kopf und Hals
Kommentar	**2. Änderung des Splitts nach PCCL** Beim CCL-Grad einer Nebendiagnose sind praktisch keine Diagnosen mit der Zuordnung der CC-Stufe „1“ vorhanden. Mit der aktuellen Splittung von D02B nach D02A über einen PCCL > 1 wird nahezu jeder Fall mit einer einzelnen schweregradsteigernden Nebendiagnose in die höherwertige A-Gruppe eingeordnet. Die Differenzierung der beiden Schwergradgruppen ist damit gering. Wenn die Fälle mit Hauptdiagnosen aus dem Bereich Mittelohr/Mastoidektomie (s. Vorachlag 4.) ausgegliedert werden, die sich fast ausschließlich in der aktuellen B-Gruppe befinden (25% der G-DRG-Kalkulation), wird die Fallzahl der A-Gruppe die der B-Gruppe überschreiten.
Empfehlung	Das Splittkriterium für die Gruppierung von der niedrigstbewerteten DRG in D02 zur nächst höheren DRG in D02 sollte auf PCCL>2 gesetzt werden (s. Neue Einteilung unter Vorschlag 1. zu D02)
Begründung	Eine differenzierte Eingruppierung der Fälle ist essentiell und mit dem Splitt nach PCCL>1 nicht gewährleistet. In der Australischen DRG-Version 5.0 ist der Splitt ebenfalls heraufgesetzt.
Relevanz	Im DRG-Evaluationsprojekt zur Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie 5.-häufigste Basis-DRG
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor und wird von der Fachgesellschaft HNO unterstützt

Basis-DRG	**D02 Eingriffe an Kopf und Hals**
Kommentar	**3. Zuordnung von OPS-Kodes aus 5-770,** Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens. Kodes dieser Gruppe sind z.T. schon der DRG D02 zugeordnet, z.T. der D04. Einige Kodes dieser Gruppe sind ohne DRG-Zuordnung und führen in die Fehler-DRG 901Z, Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose. Unnötige Gruppierungen in Fehler-DRGs sollten soweit möglich vermieden werden.
Empfehlung	Folgende OPS-Kodes aus 5-770 sollten der DRG D02 zugeordnet werden: 5-770.10 Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Debridement und Drainage 5-770.11 Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Entfernung eines Sequesters 5-770.12 Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Einlegen eines Medikamententrägers 5-770.1Y Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): N.n.bez. 5-770.1x Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis):Sonstige 5-770.5 Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)
Begründung	Die bezeichneten Kodes stellen eine spezifische Therapie für Erkrankungen der Hauptdiagnoseliste der HDK 03 dar. Aus den vorliegenden Daten des DRG-Evaluationsprojekts zur Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie sind Fälle mit diesen Prozeduren in der Verweildauer vergleichbar mit denen, die im aktuellen G-DRG-Katolog hinterlegten für D02.
Relevanz	Aus der OPS-Kode-Gruppe 5-770 werden aus vorliegenden Daten zu 30 % solche genutzt, die ohne Zuordnung in 901Z gruppiert werden.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor und wird von der Fachgesellschaft HNO unterstützt

Basis-DRG	**D02 Eingriffe an Kopf und Hals**
Kommentar	**4. Ausgliederung von Mastoidektomiekodes** In der aktuellen G-DRG-Kalkulation zur DRG D02B wurden die Datensätze von 264 Patienten zugrundegelegt. 25,0% der aufgeführten Hauptdiagnosen entfielen auf den Bereich "Mittelohr" (H66.1, H66.2, H66.9, H70.1, H71). Korrespondierend zu diesem Bereich von Hauptdiagnosen sind für 30,6% der Prozeduren die Prozedurenkodes 5-203.1, Radikale Mastoidektomie und 5-203.2, Radikale Mastoidektomie mit Myringoplastik aufgeführt. Damit erscheint diese medizinisch eher der DRG D06Z ("Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid und komplexe Eingriffe am Mittelohr") zuzuordnende Gruppe von Fällen in der Erhebungsgrundlage zur überwiegend onkologisch-operativen DRG D02B deutlich überrepräsentiert. Grund für diesen Umstand ist die Auflistung der Prozedurenkodes 5-203.1 und 5-203.2 als Übersetzung der australischen Kodes 41557-01, 41560-01, 41563-01 und 41564-01 in TAB-D02-1. Als Hintergrund für diesen offensichtlichen Übersetztungsfehler muss die von der deutschen Ohrchirurgie abweichende australische Nomenklatur und Operationstechnik angesehen werden. Ökonomisch entspricht die beim Cholesteatom (H71) häufig aufgeführte Radikalhöhlen-Operation eher dem australischen Kode 41560-00 ("Modified radical mastoidectomy"), im deutschen OPS-301: 5-203.3. Damit führt die Zuordnung der OPS-Kodes 5-203.1 und 5-203.2 zu einer Verschiebung im Fallspektrum dieser DRG, aus der falsche Leistungsanreize und Fehlfinanzierungen entstehen können.
Empfehlung	Folgende OPS-Kodes sollten aus der Liste TAB D02-1 entfernt und nach TAB-D06-1 (DRG D06Z) transferiert werden: - 5-203.1 Radikale Mastoidektomie - 5-203.2 Radikale Mastoidektomie mit Myringoplastik
Begründung	Für die genannten operativen Prozeduren am Mittelohr mit den OPS-Kodes 5-203.1 und 5-203.2 besteht eine medizinische und ökonomische Stimmigkeit zu der DRG D06Z.
Relevanz	Die fehlende Zuordnung dieser Leistungen in die nach medizinischen und ökonomischen Kriterien passenden DRG sollte hergestellt werden.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor und wird von der Fachgesellschaft HNO unterstützt

DRG	**D03Z Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte**
Kommentar	Auf der derzeit vorliegenden Datenbasis sind keine spezifischen DRG-Probleme zu identifizieren

Basis-DRG D04, Vorschläge 1. bis 5.

<table>
<tr><td>Basis-DRG</td><td>D04 Operationen am Oberkiefer</td></tr>
<tr><td>Kommentar</td><td>1. Materialentfernung
Die Materialentfernung im Bereich des Kiefers und Gesichtes wird über den Prozedurenkode systematisch getrennt von Materialentfernungen am übrigen Skelettsystem und über die Zuordnung des OPS-Kodes 5-779.3, Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen, Entfernung von Osteosynthesematerial, in die Basis-DRG D04 gruppiert. Da alle Materialentfernungen über diesen einen Kode verschlüsselt werden, ist diese Gruppe als Einheit damit klar beschrieben. In den Daten des DRG-Evaluationsprojektes zur Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie stellen die Fälle mit 5-779.3 als gruppierungsrelevanter Prozedur einen großen Anteil dar und haben vergleichsweise niedrige Verweildauern (s. Tabelle).
5-799.3 als gruppierungsrelevante Prozedur
<table>
<tr><td>Projektdaten</td><td>D04A</td><td>D04B</td></tr>
<tr><td>Anteil der Fälle in %</td><td>32</td><td>44</td></tr>
<tr><td>Mittlere geometrische VWD, Tage</td><td>5,1</td><td>4,7</td></tr>
<tr><td>Fälle außer 5-779.3 Mittlere geometrische VWD, Tage</td><td>9,0</td><td>8,9</td></tr>
</table>
Auch in der G-DRG-Kalkulation tragen viele Fälle der D04 die 5-779.3 als Prozedur im Datensatz (D04B 42%, D02A 22%). Da die Materialentfernung in Relation zur Einbringung der Osteosynthese i.d.R. einen vergleichsweise leichteren Eingriff darstellt, sollte diese Gruppe getrennt dargestellt und kalkuliert werden</td></tr>
<tr><td>Empfehlung</td><td>Dreifache Splittung der Basis-DRG D04 mit der neuen DRG:
D04C, Metallentfernung an Kiefer und Gesicht.
Die neue abrechenbare DRG wird definiert über eine eigene Tabelle (TAB-D04-2) mit dem Kode der Materialentfernung 5-779.3, Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen, Entfernung von Osteosynthesematerial und nimmt alle entsprechenden Fälle eindeutig auf. Der Kode wir gleichzeitig aus der Tabelle TAB-D04-1 gestrichen.</td></tr>
<tr><td>Begründung</td><td>Mit der neuen DRG D04C würde eine sachgerechte Vergütung erreicht werden.</td></tr>
<tr><td>Relevanz</td><td>Die D04 stellt für den Bereich der MKG (Daten: DRG-Evaluationsprojekt) die häufigste Basis-DRG dar.</td></tr>
<tr><td>Umsetzung</td><td>Für 2004</td></tr>
<tr><td>Hinweis</td><td>Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor und wird von der Fachgesellschaft HNO unterstützt</td></tr>
</table>

Basis-DRG	**D04 Operationen am Oberkiefer**
Kommentar	**2. Änderung des Splitts nach PCCL** Beim CCL-Grad einer Nebendiagnose sind praktisch keine Diagnosen mit der Zuordnung der CC-Stufe „1“ vorhanden. Mit der aktuellen Splittung von D04B nach D04A über einen PCCL > 1 wird nahezu jeder Fall mit einer einzelnen schweregradsteigernden Nebendiagnose in die höherwertige A-Gruppe eigeordnet. Die Differenzierung der beiden Schwergradgruppen ist damit gering.
Empfehlung	Lösungsvorschlag zu 2. Splittkriterium für die Gruppierung nach D04A: PCCL>2
Begründung	Insbesondere, wenn der große Anteil an Materialentfernungen innerhalb der DRG gesondert gruppiert wird (s. Vorschlag 1. D04), der derzeit in der Mehrzahl in die D04B fällt, kann ohne Änderung des Splittkriteriums der Anteil der Fälle in D04B denjenigen in D04A deutlich unterschreiten.
Relevanz	Die D04 stellt für den Bereich der MKG (Daten: DRG-Evaluationsprojekt) die häufigste Basis-DRG dar.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor und wird von der Fachgesellschaft HNO unterstützt

Basis-DRG	**D04 Operationen am Oberkiefer**
Kommentar	**3. Zuordnung von OPS-Kodes aus 5-770,** s. Kommentar zur D02, Punkt 2.
Empfehlung	Folgender OPS-Kode sollte der DRG D04 zugeordnet werden: 5-770.6 Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens, Exzision von periostalem Narbengewebe (nach Dekortikation)
Begründung	Der bezeichnete Kode stellt eine spezifische Therapie für Erkrankungen der Hauptdiagnoseliste der HDK 03 dar. Er ist häufig eine zusätzliche Prozedur bei höherwertigen Kodes, kann aber auch als gruppierungsrelevante Einzelleistung auftreten. In den vorliegenden Daten sind letztere Fälle kaum vertreten. Nach der medizinischen Schwere des Eingriffes ist diese Prozedur vergleichbar mit solchen aus 5-770, die aktuell schon nach D04 gruppiert sind.
Relevanz	Unnötige Gruppierungen in Fehler-DRGs sollten soweit möglich vermieden werden.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor und wird von der Fachgesellschaft HNO unterstützt

Basis-DRG	**D04 Operationen am Oberkiefer**
Kommentar	**4. Änderung der Titel in der Basis-DRG D04** Die Prozedurenliste zur D04 umfasst neben der Hauptgruppe Operationen am Oberkiefer als zweite große Gruppe verschiedene Operationen am Unterkiefer. Die Original-Bezeichnung der AR-DRG lautet „Maxillo Surgery“.
Empfehlung	Änderung des Titels der Basis-DRG zu: „Operationen am Kiefer“ Dementsprechend werden die Titel der DRGs D02A und D02B geändert. D04A Operationen am Kiefer mit CC D04B Operationen am Kiefer ohne CC D04C Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
Begründung	Der Titel für D04C folgt nicht ganz der Logik der Benennung der Basis-DRG. Da der OPS-Kode aber die Metallentfernung am Gesicht mit einschließt, bleibt dieses im Titel erhalten.
Relevanz	Die Zuordnung von Fällen zu den DRGs sollte soweit möglich aus dem Titel der DRG nachvollziehbar sein.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor und wird von der Fachgesellschaft HNO unterstützt

Basis-DRG	**D04 Operationen am Oberkiefer**
Kommentar	**5. Problemkonstellationen zur näheren Untersuchung durch das InEK** **Mehrfachleistung in einer OP, kombinierte Dysgnathiekorrektur Ober-und Unterkiefer** Bei der operativen Korrektur von Dysgnathien sind die Hauptdiagnosen i.d.R. K07.0, Stärkere Anomalien der Kiefergröße, K07.1, Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses oder K07.2, Anomalien des Zahnbogenverhältnisses. Diese Patienten werden mit den Prozedurenkodes aus 5-776, Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes oder 5-777, Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes operiert. Der operative und postoperative Aufwand ist jedoch für die kombinierten Eingriffe erheblich höher als für einfachen Eingriff an UK oder OK.
Empfehlung	Das InEK wird aufgefordert, diese Differenzen in den Kostendaten der Kalkulationsstichprobe zu prüfen, die interklinische Verteilung auf Inhomogenitäten zu untersuchen und ggf. diese Kombinationsleistung über eine entsprechende Zusatztabelle als mögliches Kriterium für die Eingruppierung nach D04A zu definieren.
Begründung	Diese Fälle finden sich zu ähnlichen Anteilen in der D04A bzw. D04B. Sie sind also über den Schweregrad nicht unterschieden, auch in der Verweildauer gibt es nur eine leichte Verlängerung des geometr. Mittels von 10,2 auf 12,5 Tage, wenn beide Bereiche operiert werden. Der operative und postoperative Aufwand ist jedoch für die kombinierten Eingriffe erheblich höher.
Relevanz	In der G-DRG-Kalkulation tragen 16 % der Fälle in D04B eine dieser Hauptdiagnosen. Im DRG-Evaluationsprojekt zur Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie finden sich 18 % (174) der Fälle in Basis-DRG D04 mit diesen Hauptdiagnosen, zu 40% in D04A, zu 60% in D04B. Von diesen 174 Fällen wird bei 33 % eine einzeitige Osteotomie an Unter- und Mittelgesicht durchgeführt.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG zur Prüfung liegt vor.

DRG	**D05Z Sialadenektomie**
Kommentar	Die Eingriffe an den Speicheldrüsen werden in den beiden DRGs D05Z ("Sialadenektomie") und D07Z ("Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Sialadenektomie" geführt. Diese Trennung entspricht aber nicht durchgängig der ökonomischen und medizinischen Relevanz der Eingriffe. In TAB-D05-1 finden sich vier Prozeduren (5-262.5, 5-262.6, 5-262.x, 5-262.y), welche in der DRG D05Z überbewertet sind. Bei den Prozeduren 5-262.5 ("Resektion der Glandula sublingualis") und 5-262.6 ("Resektion kleiner Speicheldrüsen") handelt es sich zwar um die vollständige Entfernung einer Speicheldrüse, doch steht der zu leistende Aufwand in einem extremen Missverhältnis zu den anderen in dieser Gruppe gelisteten Prozeduren. Ebenso verhält es sich mit den beiden Prozeduren 5-262.x ("Sonstige Resektion einer Speicheldrüse") und 5-262.y ("Resektion einer Speicheldrüse, n.n.bez."), wobei diese zudem zu unspezifisch sind und demzufolge Fehlkodierungen zu erwarten sind.
Empfehlung	1. Entsprechend ihrer ökonomischen und medizinischen Wertigkeit schlagen wir vor, die Prozeduren 5-262.5 Resektion der Glandula sublingualis 5-262.6 Resektion kleiner Speicheldrüsen 5-262.x Sonstige Resektion einer Speicheldrüse 5-262.y Resektion einer Speicheldrüse, nnb aus der DRG D05Z ("Sialadenektomie") auszugliedern und der DRG D07Z ("Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Sialadenektomie") zuzuordnen. Die ökonomische Homogenität in der DRG D07Z bliebe bestehen. 2. Die Bezeichnungen der beiden DRGs könnte beispielsweise wie folgt geändert werden: D05Z "Parotidektomie und Submandibulektomie" D07Z "Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Parotidektomie und Submandibulektomie"
Begründung	Die Homogenität der DRGs, die Eingriffe an den Speicheldrüsen erfassen wird verbessert
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft für HNO liegt vor, ebenso der Fachgesellschaft MKG

DRG	**D06Z Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid und komplexe Eingriffe am Mittelohr**
Kommentar	Auf der derzeit vorliegenden Datenbasis sind keine spezifischen DRG-Probleme zu identifizieren

DRG	**D07Z Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Sialadenektomie**
Kommentar	Entsprechend dem Vorschlag zu DRG D05Z werden in die D07Z Prozeduren transferiert. Damit ändert sich der Charakter dieser DRG. Dementsprechend sollte der Titel geändert werden.
Empfehlung	Die Bezeichnungen der DRG könnte wie folgt geändert werden: D07Z "Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Parotidektomie und Submandibulektomie"
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft HNO liegt vor wird unterstützt von der Fachgesellschaf MKG

DRG	**D08Z Eingriffe an Mundhöhle und Mund**
Kommentar	Auf der derzeit vorliegenden Datenbasis sind keine spezifischen DRG-Probleme zu identifizieren

DRG	**D09Z Verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich**
Kommentar	1. In der DRG D09Z ("verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich") mit den beiden Tabellen TAB-D09-1 und TAB-D09-2 findet sich eine große fachliche Heterogenität der operativen Prozeduren. Die Prozeduren 5-201.- ("Entfernung einer Paukendrainage") und 5-199.0 ("Kauterisation des Trommelfells (bei Perforation)") entsprechen hinsichtlich des ökonomischen Aufwandes und der medizinischen Fallschwere den Prozeduren der Tabelle TAB-D13-1, DRG 13Z, Parazentese (Myringotomie) mit Einlegen eines Paukenröhrchens. Die Prozeduren 5-199 und 5-201.ff entsprechen in medizinischer und in ökonomischer Hinsicht den in TAB-D13-1 gelisteten Prozeduren. 2. Der Originaltitel der australischen DRG wurde nicht korrekt übertragen: Miscellaneous Ear, Nose, Mouth & Throat Procedures (s. Kommentar zum Titel der MDC 03)
Empfehlung	1. Die folgenden vier Prozeduren sollten von TAB-D09-1 nach TAB D13-1 transferiert werden: 5-199.0 ("Kauterisation des Trommelfells (bei Perforation)") 5-201.0 ("Entfernung einer Paukendrainage, einseitig") 5-201.1 ("Entfernung einer Paukendrainage, beidseitig") 5-201.y ("Entfernung einer Paukendrainage, n.n.bez.") 2. Änderung des Titels zu: „Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals“
Begründung	1. Im Interesse einer klaren ökonomischen Trennung der einzelnen DRGs durch Zuordnung ähnlicher medizinischer Leistungen und zur Vermeidung falscher Leistungsanreize sollten diese Prozeduren entsprechend transferiert werden. 2. (s. Kommentar zum Titel der MDC 03):
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft HNO liegt vor, wird unterstützt von der Fachgesellschaf MKG

DRG	**D10Z Rhinoplastik (mit oder ohne Turbinektomie)**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**D11Z Tonsillektomie oder Adenotomie**
Kommentar	Tonsillektomie und Adenotomie zählen zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen überhaupt. Während die Adenotomie verbreitet als tagesstationärer Eingriff oder ambulante Operation durchgeführt werden kann, ist für die Tonsillektomie aufgrund der Gefahr von bedrohlichen Nachblutungen in Deutschland aus medizinischen wie medikolegalen Gründen in der Regel eine postoperative stationäre Behandlung erforderlich und üblich. Dies ist in Australien aufgrund unterschiedlicher organisatorischer wie haftungsrechtlicher Rahmenbedingungen anders. Aus den unterschiedlichen postoperativen Liegezeiten resultieren nach unseren Auswertungen differierende Kosten.
Empfehlung	1. Die Adenotomie als alleiniger Eingriff (mit den über OPS-301 bezeichneten Varianten) sollte aus der DRG D11Z "Tonsillektomie oder Adenotomie" ausgegliedert und der DRG D13Z "Parazentese mit Einlegen eines Paukenröhrchens" zugeordnet werden. Folgende OPS-Kodes werden aus der TAB-D11-1 gestrichen und der TAB-D13-1 (D13Z) zugeordnet: 5-285.0 Adenotomie, Primäreingriff (ohne Tonsillektomie) 5-285.1 Readenotomie (ohne Tonsillektomie) 5-285.x Sonstige Adenotomie (ohne Tonsillektomie) 5-285.y Adenotomie (ohne Tonsillektomie), nnb 5-289.2 Operative Blutstillung nach Adenotomie 2. Mit der Ausgliederung der bezeichneten Eingriffe sollte auch der Titel der DRG gekürzt werden auf: „Tonsillektomie“.
Begründung	1. Folgende Gründe sprechen für die Zuordnung zur D13Z: - Stationäre Liegezeit, Sachkosten, sowie die OP- und Anästhesie-Zeiten sind vergleichbar. - Beide Eingriffe werden sehr häufig gemeinsam durchgeführt. - Sowohl die Adenotomie, als auch die Parazentese bzw. Einlage von Paukenröhrchen werden zumeist bei Kindern zwischen 1 und 4 Jahren durchgeführt.
Relevanz	In der G-DRG-Kalkulation höchste Fallzahl in der MDC 03
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft HNO liegt vor, wird unterstützt von der Fachgesellschaft MKG

DRG	**D12Z Andere Eingriffe im HNO-Bereich**
Kommentar	In der Australischen Vorlage lautet der Titel: “Other Ear, Nose, Mouth & Throat Procedures“
Empfehlung	Änderung des Titels zu: „Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals“
Begründung	s. Kommentar zum Titel der MDC 03
Relevanz	s. Kommentar zum Titel der MDC 03
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft HNO liegt vor, wird unterstützt von der Fachgesellschaft MKG

DRG	**D13Z Parazentese (Myringotomie) mit Einlegen eines Paukenröhrchens**
Kommentar	Hier besteht der Vorschlag aus D09Z und D11Z zur Aufnahme von Prozeduren zur Adenotomie und Entfernen von Paukenröhrchen
Empfehlung	Änderung des Titels zu: „Adenotomie und/oder Parazentese (Myringotomie)“
Begründung	Aufnahme der Adenotomie. Die Parazentese reicht als Überbegriff aus, so dass auf die Titelverlängerung „Einlegen / Entfernen eines Paukenröhrchens“ verzichtet werden kann.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft HNO liegt vor, wird unterstützt von der Fachgesellschaft MKG

DRG	**D40Z Zahnextraktion und -wiederherstellung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**D60 Bösartige Neubildungen im HNO-Bereich** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	In der Australischen Vorlage lautet der Titel: Ear, Nose, Mouth and Throat Malignancy W Catastrophic or Severe CC
Empfehlung	Änderung des Titels zu: Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren oder schweren CC
Begründung	s. Kommentar zum Titel der MDC 03
Relevanz	s. Kommentar zum Titel der MDC 03
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft HNO liegt vor, wird unterstützt von der Fachgesellschaft MKG

DRG	**D61Z Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**D62Z Epistaxis**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**D63 Otitis media und Infektionen der oberen Atemwege** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**D64Z Laryngotracheitis und Epiglottitis**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**D65Z Verletzung und Deformität der Nase**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**D66 Andere Krankheiten im HNO-Bereich** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	In der Australischen Vorlage lautet der Titel: Other Ear, Nose, Mouth and Throat Diagnoses W CC
Empfehlung	Änderung des Titels zu: Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals mit CC
Begründung	s. Kommentar zum Titel der MDC 03
Relevanz	s. Kommentar zum Titel der MDC 03
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft HNO liegt vor, wird unterstützt von der Fachgesellschaft MKG

DRG	**D67Z Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle außer Zahnextraktion und -wiederherstellung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E01 Große Eingriffe am Thorax** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E02 Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E40Z Krankheit der Atmungsorgane mit maschineller Beatmung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E60 Zystische Fibrose (Mukoviszidose)** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E61 Lungenembolie** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Prüfen, ob die selektive Thrombolyse adäquat berücksichtigt ist

DRG	**E62 Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren oder mäßig schweren CC** **C: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E63Z Schlafapnoesyndrom**
Kommentar	Bei der Diagnostik und Therapie des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms im Schlaflabor können im wesentlichen drei Situationen unterschieden werden, die sich medizinisch und bezüglich der Verweildauer (und damit bezüglich des betriebswirtschaftlichen Aufwands) wesentlich unterscheiden: A: Polysomnographische Diagnose einer schlafbezogenen Atmungsstörung einschließlich Beurteilung deren Schweregrades und Einleitung einer nasalen Überdrucktherapie (z. B. CPAP, BiPAP, Auto-CPAP) in einem einzigen stationären Aufenthalt. Nach den Leitlinien der Fachgesellschaften ist hierzu nach der diagnostischen Polysomnographie in der Regel eine Therapieeinleitung über zwei weitere Behandlungsnächte erforderlich, entsprechend zeigen auch die Untersuchungen der DGSM (Daten aus dem Qualitätssicherungsprojekten) eine mittlere Verweildauer in dieser Situation von ca. 3,0 Tagen. B: Polysomnographische Diagnostik einer schlafbezogenen Atmungsstörung ohne Therapieeinleitung. In dieser Situation erfolgen nach den Leitlinien der Fachgesellschaften ein bis zwei nächtliche Polysomnographien, die mittlere Verweildauer in dieser Situation

	beträgt etwa 1,5 Tage. C: Stationäre Therapiekontrolle einer nasalen Überdrucktherapie (z. B. CPAP, BiPAP, Auto-CPAP) in begründeten Fällen. In dieser Situation erfolgt unter polysomnographischer Kontrolle eine Überprüfung des Therapieerfolges und ggf. eine Modifikation der Beatmungsparameter (z.B. des Therapiedrucks oder anderer Parameter). Die mittlere Verweildauer hierfür ist nach den vorliegenden Daten der DGSM etwa 1,5 Tage.
Empfehlung	Einführung eines neuen OPS-Codes für die "Einleitung einer nasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atmungsstörungen (z. B. CPAP, Bi-Level, Auto-CPAP)". Der Kode ist bereits beantragt. Mit diesem Code kann die Situation A (Verweildauer 3,0 Tage) von den Situationen B und C (beide Verweildauer 1,5 Tage) eindeutig unterschieden werden. Basierend auf den neuen Code als "Splitting-Kriterium" Differenzierung der bisherigen DRG E63Z in eine DRG E63A (entsprechend der oben genannten Situation A) und eine DRG E63B (entsprechend den oben genannten Situationen B und C) zu teilen.
Begründung	1. Bereits heute besteht auf durch die unzureichende Abbildung der Leistungen im Schlaflabor die Gefahr, durch eine einzige Z-DRG ein sog. "Episoden-Splitting" zu provozieren,t. d.h. die Diagnostik von der Therapie in zwei getrennte stationäre Behandlungsepisoden zu trennen. Dies würde neben einer unnötigen Mehrbelastung der Patienten (2x Anreise, 2x Eingewöhnung ins Schlaflabor etc.) auch zu Mehrkosten (z.B. erhöhter administrativer Aufwand durch zweite stationäre Aufnahme, Notwendigkeit zur Wiederholung von Untersuchungen im Schlaflabor bei Eingewöhnungsproblemen der Patienten) führen. Vor allem diesem Fehlanreiz zu einem unsinnigen Episoden-Splitting soll durch unseren Vorschlag entgegengewirkt werden. 2. Das quantitative Verhältnis zwischen den o.g. Behandlungssituationen im Schlaflabor ("A", "B", "C") ist je nach regionaler Versorgungsstruktur im jeweiligen Schlaflabor sehr variabel. So sind in manchen Schlaflaboren stationäre Aufnahmen "nur" zur diagnostischen Polysomnographie (OPS 1-790) relativ häufig, wenn z.B. der Anteil von Patienten, ohne Indikation zur Einleitung einer nasalen Ventilationstherapie sehr hoch ist. Dieser Anteil ist von jeweiligen Schlaflabor kaum zu beeinflussen und ergibt sich überwiegend aus der Indikationsstellung zur stationären Einweisung durch die Zuweiser.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin DGSM, unterstützt von: Dt. Ges. Pneumologie, Dt. Ges. f. HNO, Dt. Ges. f. Neurologie, Bundesverband d. Pneumologen

DRG	**E64Z Lungenödem und respiratorische Insuffizienz**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E65 Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E66 Schweres Thoraxtrauma** **A: Alter > 69 Jahre mit CC** **B: Alter < 70 Jahre mit CC oder Alter > 69 Jahre ohne CC** **C: Alter < 70 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E67 Beschwerden und Symptome der Atmung** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter < 3 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: Alter > 2 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E68Z Pneumothorax**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E69 Bronchitis und Asthma bronchiale,** **A: Alter > 49 Jahre mit CC** **B: Alter < 50 Jahre mit CC oder Alter > 49 Jahre ohne CC** **C: Alter < 50 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E70 Keuchhusten und akute Bronchiolitis** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E71 Neubildungen der Atmungsorgane** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E72Z Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode**
Kommentar	Die Zuordnungssystematik zu den DRGs E72Z und 963Z (Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht) ist nicht konsequent.
Empfehlung	Es sollte überprüft werden, ob nicht alle Diagnosen, die die Atmungsorgane betreffen aus der TAB-M15-0 in die TAB-E72-1 (und M04-0) verschoben werden sollten.
Begründung	Es wäre sinnvoll, wenn alle Diagnosen, die die Atmungsorgane betreffen und ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, aus der Fehler-DRG 963Z herausgenommen und in die MDC 04 verschoben würden (s. auch Begründung bei DRG 963Z). Derzeit führt z. B. (bei Alter größer 1 Jahr oder Alter größer 28 Tage und Gewicht >2499g) die Diagnose P22.0 (Atemnotsyndrom des Neugeborenen) in die Fehler-DRG 963Z während die unspezifischen Kodierungen dieser Diagnose (P22.8 und P22.9) in die E72Z gelangen. Die Zuordnung zur MDC 15 (Neugeborene) geschieht zunächst unabhängig von der Hauptdiagnose auf Basis des Alters/Gewichts. Es käme also zu keiner Interferenz mit der MDC 15.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**E73 Pleuraerguss** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E74 Interstitielle Lungenerkrankung** **A: Alter > 64 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter < 65 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 64 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: Alter < 65 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**E75 Andere Krankheiten der Atmungsorgane** **A: Alter > 64 Jahre mit CC** **B: Alter < 65 Jahre mit CC oder Alter > 64 Jahre ohne CC** **C: Alter < 65 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F01Z Implantation oder Wechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), komplettes System**
Empfehlung	Die DRG F01Z sollte in eine F01A und eine F01B gesplittet werden. In der F01A sollen die Fälle zusammengefasst sein, die einen Zweikammerdefibrillator bzw. einen biventrikulären Defibrillator erhalten haben. In der F01B sollen die Fälle zusammengefasst werden, die einen Einkammerdefibrillator erhalten haben
Begründung	Zwischen den Aggregaten und den Sonden der genannten Defibrillatortypen bestehen gewaltige Kostenunterschiede. Zweikammer- oder biventrikuläre Defibrillatoren sind erheblich teurer als Einkammerdefibrillatoren. Darüber hinaus sind die komplexeren Systeme aufwändiger zu implantieren, die Operationszeiten unterscheiden sich wesentlich von den Implantationszeiten bei den einfachen Systemen. Darüber hinaus handelt es sich um sehr unterschiedliche Patientengruppen. Die Patienten, die ein ventrikuläres System erhalten, sind schwer herzinsuffizient. Sie haben damit eine längere Verweildauer, benötigen eine aufwändigere Therapie und die Implantation des ventrikulären Gerätes dauert wesentlich länger als die Implantation eines normalen Defibrillators (bis 6 Stunden) und wird unter Vollnarkose durchgeführt. Abhängig von der Spezialisierung eines Krankenhauses können die Gewichte bezüglich der Anteile der verschiedenen Defibrillatortypen völlig unterschiedlich verteilt sein. Um eine Fehlallokation der Mittel zu vermeiden, ist der Splitt notwendig.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaften (DGTHG + DKG) liegt vor

DRG	**F02Z Implantation oder Wechsel von Komponenten eines Kardioverters/Defibrillators (AICD)**
Empfehlung	Die Implantation eines ICD (komplettes System oder Aggregatwechsel) wurde bereits in der australischen Systematik von einem ICD-Sonden-Wechsel abgegrenzt. In Band I: Projektbericht der ersten deutschen Bewertungsgrundlagen wird dargelegt, dass eine korrekte Kalkulation dieser DRG F02Z aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht möglich war. Dies ist nachvollziehbar, da der solitäre Wechsel der Defibrillatorsonden ein sehr seltener Eingriff ist. Häufig ist allerdings der Wechsel des Aggregates. Diese Leistung führt bisher in die Basis-DRG F01, was nicht sinnvoll erscheint, da nicht nur der Aufwand im Zusammenhang mit der OP (Geräte, OP-Kosten) in dieser DRG berücksichtigt werden muss, sondern auch die präoperative Diagnostik (und Verweildauer) für die Indikationsstellung bei einer Neuimplantation bzw. Systemumstellung (Gesamtfallbetrachtung). Da der Sach- und Personalaufwand für den Wechsel eines biventrikuläres ICD-Aggregates deutlich höher ist als der Materialaufwand für die Implantation eines nicht-biventrikuläres ICD-Aggregates, sollte die Basis-DRG F02 in zwei abrechenbare DRGs unterteilt werden. Die bisherige DRG F02Z wird umdefiniert und deckt zukünftig den Wechsel von Aggregaten ohne Sonden und den Wechsel von Aggregaten mit Sondenwechsel ab. Die entsprechenden Prozeduren werden aus der G-DRG F01 in die F02 verschoben. Der alleinige Sondenwechsel eines ICD wird in die F18Z verschoben. Die G-DRG F02Z wird in zwei unterschiedliche, abrechenbare DRGs mittels unterschiedlicher OPS-Prozeduren gesplittet.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaften (DGTHG + DKG) liegt vor

DRG	**F03Z Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit invasiver kardiologischer Diagnostik**
Kommentar	Diese DRG ist sehr heterogen, da einfache Eingriffe (Herzklappenrekonstruktion) und komplexe Eingriffe (Mehrfachklappeneingriff mit Ersatz, Kombinationen von Herzklappen- und Koronarchirurgie) in dieser DRG abgebildet werden.,
Empfehlung	Neuorganisation der Basis-DRGs F03/F04 unter Verzicht der bisherigen Trennung zwischen Eingriffen mit und ohne invasive kardiologische Diagnostik im selben Aufenthalt. Neuvorschlag (Basis-DRGs) F03 Herzklappeneingriff mit HLM (mehrere Herzklappen oder Kombination mit anderen herzchirurgischen Eingriffen) F04 Herzklappenersatz oder Rekonstruktion mit HLM (eine Herzklappe)
Begründung	Die Klappenprothese für einen Herzklappenersatz kostet derzeit ca. 2.500 Euro, eine Klappenrekonstruktion verursacht im Mittel Sachkosten von ca. 500 Euro. Sind mehrere Klappen betroffen, handelt es sich in der Regel um wesentlich kränkere Patienten. Diese werden im Mittel einen längeren Aufwand verursachen, als Patienten, bei denen "nur" ein Klappenersatz vorgenommen wurde. Wenn die Unterschiede bezüglich der Verweildauer in den derzeit verfügbaren Daten bei der Analyse noch nicht so klar herausgearbeitet werden können, ist dies eine Folge des bisherigen Finanzierungssystems in der Herzchirurgie. Von den Krankenkassen wurde eine Mindestverweildauer in der Akutbehandlung von ca. 12 Tagen als Grundlage für die Abrechenbarkeit der so genannten A-Pauschale vorausgesetzt. Diese – nicht im gesetzlichen Fallpauschalenkatalog hinterlegte – Mindestverweildauer hat einen falschen Anreiz geboten und führt zur Verwischung der tatsächlichen Aufwandsgrenzen von aufwandsärmeren und aufwandsstärkeren Patientenbehandlungen in der Herzchirurgie.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGTHG) liegt vor

DRG	**F04 Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine ohne invasive kardiologische Diagnostik,** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC oder komplizierenden Eingriff**
Kommentar	Siehe F03

DRG	**F05 Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik,** **A: mit äußerst schweren CC oder komplizierendem Eingriff** **B: ohne äußerst schwere CC oder komplizierenden Eingriff**
Kommentar	Zunächst keine Änderung notwendig

DRG	**F06 Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik,** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC oder komplizierenden Eingriff**
Kommentar	Zunächst keine Änderung notwendig

DRG	**F07Z Andere kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Herz-Lungen-Maschine**
Kommentar	In diese DRG-Fallgruppe werden unter anderem auch alle Kinder mit angeborenen Herzfehler eingruppiert, die nicht an der Herzklappe operiert worden. Erfolgte im Rahmen des gesamten Eingriffes auch eine Operation an der Herzklappe, resultiert eine Gruppierung in die Herzklappen-DRGs. Erfolgen aber Operationen an anderen Bestandteilen des Herzens, erfolgt eine Eingruppierung in die DRG F04. Die Operation und die postoperative Nachsorge beim Aortenersatz ist nicht mit der bei anderen Operationen am Herzen in der DRG F07 zu vergleichen. Durch die langen Operationszeiten und die teilweise sehr ausgedehnten Operationsareale ist das Operationstrauma für diese Patienten bedeutend größer. Hieraus resultiert eine deutlich verzögerte Rekonvaleszenz. Diese Fälle müssten sich deutlich ökonomisch von der Restgruppe differenzieren lassen. In diese DRG-Fallgruppe werden auch Fälle eingruppiert, die ein Herzunterstützungs-system z. B. zur Überbrückung zur Herztransplantation oder als Interimsunterstützung bis zur Erholung des Herzmuskels erhalten haben. Die Implantation dieser Systeme ist äußerst kostenintensiv und nicht in der DRG-Fallgruppe abzudecken. Diese Fälle sollten daher auf der Basis der OPS-Prozedurenschlüssel aus der Fallgruppe eliminiert werden und einer Lösung im Rahmen der gesetzlich vorgesehene Öffnungsklauseln (§ 6.1/6.2) für alternative Vergütungen zugeführt werden. Wegen der Gesamtzahl von ca. 500 implantierten Systeme pro Jahr in den herzchirurgischen Kliniken Deutschlands und der großen Heterogenität bezüglich der verwendeten Systeme erscheint die Einrichtung einer DRG-Fallgruppe für diese Behandlungen nicht sinnvoll.
Empfehlung	1. Wegen der großen Leistungsinhomogenität innerhalb dieser DRG-Fallgruppe muss eine differenzierte Untersuchung anhand der Kalkulationsdaten im InEK durchgeführt werden, um evtl. Subgruppen zu isolieren, die in eine neu zu bildende DRG bzw. in anderen DRGs verschoben werden müssen. Ziel sollte dabei die Verbesserung der Aufwandshomogenität sein. 2. Zur Berücksichtigung der Kinderherzchirurgie ist ein Alterssplitt bei Alter <1 Jahr notwendig. 3. Herausnahme der Herzunterstützungssysteme auf Prozedurenebene aus dieser DRG-Fallgruppe. Neuaufteilung wie folgt:
	DRG F07A Andere kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter <1 Jahr DRG F07B Eingriffe an der Aorta mit HLM DRG F07C Andere kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Herz-Lungen-Maschine
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004/2005
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGTHG) liegt vor

DRG	**F08 Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schweren CC**
Kommentar	Zunächst keine Änderung notwendig

DRG	**F09Z Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine**
Kommentar	In diese DRG-Fallgruppe werden unter anderem auch alle Kinder mit angeborenen Herzfehler eingruppiert, die ohne HLM operiert wurden. Die Behandlung dieser Kinder ist wesentlich aufwändiger, als die korrespondierender Erwachsener.
Empfehlung	Wegen der großen Leistungsinhomogenität innerhalb dieser DRG-Fallgruppe muss eine differenzierte Untersuchung anhand der Kalkulationsdaten im InEK durchgeführt werden, um evtl. Subgruppen zu isolieren, die in eine neu zu bildende DRG bzw. in andere DRGs verschoben werden müssen. Ziel sollte dabei die Verbesserung der Aufwandshomogenität sein. Zur Berücksichtigung der Kinderherzchirurgie ist ein Alterssplitt bei Alter <1 Jahr notwendig.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2005
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGTHG) liegt vor

DRG	**F10Z Perkutane Koronarangioplastie bei akutem Myokardinfarkt**
Kommentar	Seit 2002 sind beschichtete Stents, die eine Re-Stenoserate deutlich senken verfügbar. Die Kosten für diese Stents betragen derzeit circa 2500 € pro Stück versus 300 € für einen konventionellen Stent. Dieses medizinisch wie ökonomisch vorteilhafte Verfahren kann sich nur bei einer sachgerechten Darstellung im DRG-System schnell genug durchsetzen.
Empfehlung	Eine eigene ungesplittete DRG für beschichtete Stents, die im Algorithmus vor der DRG F10 und der F15 steht sollte eingeführt werden. Die Gruppierung in diese DRG erfolgt aufgrund einer Prozedur die eine Implantation eines beschichteten Stents kennzeichnet. Einführung von OPS-Kodes für beschichtete Stents.
Begründung	Hohes finanzielles Risiko der Kliniken
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DKG) liegt vor

DRG	**F11 Amputation bei Kreislauferkrankungen außer obere Extremität und Zehen** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F12Z Implantation eines Herzschrittmachers**
Kommentar	Die Implantation eines Zweikammer-Schrittmachers ist mit höheren Sachkosten verbunden als die Implantation eines Einkammer-Schrittmachers und erfordert einen höheren Personal- und Zeitaufwand als die Implantation eines Einkammer-Schrittmachers. Die Implantation eines CRT-Systems erfolgt bei eine ganz anderen Patientengruppe (schwere Herzinsufizienz) und ist deutlich aufwändiger als die Implantation eines Zweikammer-Schrittmachers. Die durchschnittlichen Kosten der 1-Kammer-Schrittmacher, 2-Kammer-Schrittmacher sowie der CRT-Schrittmacher und der dazugehörigen Sonden unterscheiden sich erheblich. Diese Situation wird bzw. wurde vom bisherigen pauschalierten Sonderentgeltsystem detaillierter berücksichtigt: es existier(t)en eigene Sonderentgelte für Implantationen/Wechsel von 1-Kammer-und 2-Kammer-Schrittmachern. Auch hier nicht berücksichtigt wurden die CRT-Systeme, weil diese Systeme zum Zeitpunkt der Kalkulation von Sonderentgelten und Fallpauschalen (1994) noch nicht existierten.
Empfehlung	Splitt in 3 DRGs (1-Kammer, 2-Kammer, CRT-Syssteme)
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft (DGTHG + DKG) liegt vor

DRG	**F13Z Amputation an oberer Extremität und Zehen bei Kreislauferkrankungen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F14 Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F15Z Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt mit Stentimplantation**
Kommentar	Siehe F10Z , hier jedoch nicht so relevant.

DRG	**F16Z Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt ohne Stentimplantation**
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft (DKG) liegt vor

DRG	**F17Z Wechsel eines Herzschrittmachers**
Kommentar	Siehe F12Z
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft (DGTHG + DKG) liegt vor

DRG	**F18Z Revision eines Herzschrittmachers ohne Aggregatwechsel**
Kommentar	Die Eingriffe der DRG F18Z enthalten ausdrücklich nicht die Implantation oder den Wechsel der Aggregate. Die bei der Erstellung der G-DRGs V. 1.0 willkürlich hinzugenommenen Leistungen beinhalten aber die Aggregatanlage und sind damit um ein vielfaches aufwändiger, so dass hier eine grobe Veränderung der DRG-Fall- und Kostenstruktur die Folge sein wird. Bei Patienten, die einen isolierten Wechsel von ICD-Sonden erhalten, ist sowohl die medizinische Prozedur als auch der ökonomische Aufwand für einen ICD-Sondenwechsel dem eines Sondenwechsel bei Schrittmachern (F18Z) sehr ähnlich und sollte daher korrekterweise auch in der F18Z abgebildet werden (Bisher F02Z, diese soll jedoch umdefiniert werden, siehe dort)
Empfehlung	Prüfung im InEK
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft (DGTHG + DKG) liegt vor

DRG	**F19 Andere perkutan-transluminale Intervention am Herzen**
Kommentar	Diese DRG subsumiert die Katheterablation unter andere Katheterinterventionen, die nicht an ein speziell ausgerüstetes, elektrophysiologisches Katheterlabor gebunden sind und bezüglich des zeitlichen Aufwandes, des Verbrauches an Material- und Personalressourcen regelmäßig einen deutlich geringeren Aufwand erzeugen. Dies gilt für die eigentliche Prozedur als auch für den gesamten Fallaufwand. Innerhalb der Basis-DRG F19 liegt somit ein klinikindividuell sehr unterschiedlicher Ressourcenverbrauch vor, abhängig davon ob ein elektrophysiologisch ausgerüstetes Katheterlabor zur Durchführung von Katheterablationen betrieben wird oder nicht. Die Kliniken, die eine Katheterablationen anbieten, werden daher gegenüber den anderen Kliniken innerhalb dieser DRG deutlich unterfinanziert.
Empfehlung	Durch eine neue gesplittete DRG (DRG Fxx.A: Komplexe Katheterablation bei Herzrhythmusstörung, DRG FxxB: Nicht-komplexe Katheterablation bei Herzrhythmusstörung) und die Herausnahme der Kodes für die Katherablation aus der der Prozedurenlisten TAB-F19-1 kann die oben beschriebene Problematik gelöst werden.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag Fachgesellschaft (DKG) liegt vor

DRG	**Fxx.. Katheterablation bei Herzrhythmusstörungen**
Kommentar	Siehe F19Z
Empfehlung	In die neue DRG Fxx werden alle Patienten mit einer Katheterablation: 8-835.0 Radiofrequenzablation bei Tachyarrhythmie 8-835.1 Thermoablation bei Tachyarrhythmie 8-835.x Sonstige ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie 8-835.y Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie, nnb gruppiert. Die DRG Fxx wird in komplexe Ablationen und nicht-komplexe Ablationen gesplittet, um die Versorgung komplex zu abladierender Tachykardien sachgerecht darstellen zu können. Dieser Split kann mit den bestehenden ICD- und OPS-Kodes nur annäherungsweise erreicht werden. Ein Vorschlag für neue OPS Kodes die Ablationtstherapie betreffend wurde von der DKG eingereicht.
Begründung	Da nur einige Zentren komplexe Katheterablationen durchführten, liegt eine deutlich inhomogene Aufwandsverteilung innerhalb der Kliniken bezogen auf diese DRG vor. Eine sachgerechte Vergütung kann also nur durch ein zusätzliches Splitkriterium erreicht werden, das den erhöhten Aufwand komplexer Prozeduren berücksichtigt. Dieser lässt sich nicht durch die PCCL oder einen Alterssplit differenzieren, eine Unterscheidung in Prozeduren die einer komplexen und damit Ressourcenaufwändigeren Ablation entsprechen und solchen die einer nicht komplexen Ablation entsprechen ist jedoch einfach möglich.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**F20Z Unterbindung und Stripping von Venen**
Kommentar	A. Die in die DRG F20Z führenden Prozeduren werden von verschiedenen Fachgebieten durchgeführt. B. Die Prozedurenliste enthält Kodes für die sonstige bzw. nicht näher bezeichnete Naht von Blutgefäßen. Dadurch können auch Patienten mit einer Versorgung von Arterien in diese DRG gruppiert werden.
Empfehlung	A. Splittvorschlag: Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen (I83.0; I83.2; I70.23; I70.24), die alle eine Ulzeration bzw. eine Gangrän kennzeichnen, sollten in die DRG F20A eingruppiert werden, Fälle mit einer anderen Hauptdiagnose aus der MDC 05 gelangen in die F20B. Die Prozedurentabelle (TAB-F20-1) bleibt hiervon unberührt. B. Entfernung der Kodes 5-388.x (Sonstige Naht von Blutgefäßen), 5-388.y (N.n.bez Naht von Blutgefäßen), 5-389.x (Sonstiger operativer Verschluss von Blutgefäßen) und 5-389.y (N.n.bez operativer Verschluss von Blutgefäßen) aus der Prozedurentabelle TAB-F20-1
Begründung	Es können zwei Gruppen von Patienten unterschieden werden: Patienten, die wegen ansonsten unauffälligen Varizen ohne Ulzerationen (Mehrheit der Fälle) zur Operation kommen und Patienten, die wegen ulzerierenden Varizen operiert werden. Diese Fälle haben wegen der Ulzera einen erheblich höheren Schweregrad, der sich durch eine deutlich längere Verweildauer (arithmetisch und geometrisch) und einen deutlich höheren Aufwand darstellt. Diese Patienten verteilen sich nicht gleichmäßig auf alle Kliniken. Einige spezialisierte Kliniken haben einen Anteil von bis zu 25% an dieser Patientengruppe, der Anteil am Gesamtaufwand innerhalb einzelner Kliniken innerhalb dieser DRG beträgt bis über 50%. Diese Gruppe lässt sich gut über die oben genannte Liste der Hauptdiagnosen differenzieren, die durch das Merkmal einer vorhandenen Ulzeration bzw. Gangrän gekennzeichnet ist. Überprüft werden sollte ob zusätzlich zu dem beschriebenen Splittkriterium Patienten mit einem PCCL >2 in die "A"-DRG (...bei Ulzeration) gruppiert werden sollten.
Relevanz	mittel
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor.

DRG	**F21 Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem** **A: mit äußerst schweren CC oder Alter > 64 Jahre ohne äußerst schwere CC** **B: Alter < 65 Jahre ohne äußerst schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F40Z Kreislaufkrankheit mit maschineller Beatmung**
Kommentar	Sammelgruppe, muss bezüglich der Leistungshomogenität untersucht werden

DRG	**F41A Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F42 Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik** **A: mit komplexer Diagnose/Prozedur** **B: ohne komplexe Diagnose/Prozedur**
Kommentar	Diese DRG subsumiert die diagnostische invasive Elektrophysiologie unter andere invasive diagnostische Herzkatheteruntersuchungen, die nicht an ein speziell ausgerüstetes elektrophysiologisches Katheterlabor gebunden sind und bezüglich des zeitlichen Aufwandes, des Verbrauches an Material- und Personalressourcen regelmäßig einen deutlich geringeren Aufwand erzeugen. Dies gilt für die eigentliche Prozedur als auch für den gesamten Fallaufwand. Somit besteht eine deutlich inhomogene Aufwandverteilung der einzelnen Institutionen in der Basis-DRG F42.
Empfehlung	Durch eine neue, nicht gesplittete DRG (Kreislauferkrankung mit invasiver diagnostischer elektrophysiologischer Untersuchung) kann die oben beschriebene Problematik gelöst werden. Die DRG wird über die OPS-Kodes 1-265.- (Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt) sowie 1-268.- (Kardiales Mapping) angesteuert. Gleichzeitig müssen diese Kodes aus der Tabelle (TAB-F42-2) entfernt werden. Bei den übrigen oben genannten DRGs kann die Kodezuordnung beibehalten werden. Im Gruppierungsalgorithmus sollte die neue DRG vor der Basis-DRG F42 abgefragt werden.
Begründung	Die Gesamtfallkosten für die invasive diagnostische Elektrophysiologie sind deutlich höher als die durchschnittlichen Kosten für die DRG F42A oder F42B. Innerhalb der Basis-DRG F42 kann aufgrund der unterschiedlichen Verteilung der einzelnen Prozeduren über die Kliniken keine sachgerechte Vergütung erzielt werden. Innerhalb der Patientengruppe, bei denen eine diagnostische elektrophysiologische Untersuchung durchgeführt wird, liegt eine homogene Aufwands- und Verweildauerverteilung vor. Eine eigenständige ungesplittete DRG würde diese Fälle gut abbilden. Die Anzahl der Fälle in dieser DRG würde etwa 25.000 betragen, so dass auch mit einer ausreichend exakten Kalkulation zu rechnen ist. Gleichzeitig würde die bestehende Basis-DRG F42 deutlich homogener. Die zu bildende DRG lässt sich einfach über die durchgeführten Prozeduren definieren.
Relevanz	mittel
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (Deutsche Kardiologische Gesellschaft) liegt vor.

DRG	**F60A Kreislauferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik,** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: ohne invasive kardiologische Diagnostik, verstorben**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F61Z Infektiöse Endokarditis**
Kommentar	Wenn eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wird erfolgt trotz der Hauptdiagnose Endokarditis eine Eingruppierung in die Basis-DRG F42, diese wird aber der aufwändigen Endokarditis-Therapie nicht gerecht.
Empfehlung	Folgende Hauptdiagnosen sollten daher bei der Eingruppierung in die F42 ignoriert werden: I33.0 Akute und subakute infektiöse Endokarditis I33.9 Akute Endokarditis, nnbez

	I38 Endokarditis, Herzklappe nnbez
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (Deutsche Kardiologische Gesellschaft) liegt vor.

DRG	**F62 Herzinsuffizienz und Schock** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schwere CC**

DRG	**F63 Venenthrombose** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F64Z Hautulkus bei Kreislauferkrankungen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F65 Periphere Gefäßkrankheiten** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Sehr heterogen bezüglich Fallspektrum und Leistungen. Probleme gibt es bei der Differenzierung der PAVK-Stadien I, II, III, und IV.
Empfehlung	Splitt
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft liegt vor (Angiologie)

DRG	**F66 Koronararteriosklerose** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F67 Hypertonie** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F68Z Angeborene Herzkrankheit**
Kommentar	Leistungsinhomogen, da Kinder und Erwachsene gemischt.
Empfehlung	Prüfen, ob eine besondere Berücksichtigung der Kinder mit angeborenen Herzfehlern erfolgen muss. Diese DRG ist führend in der Kinderkardiologie. Es ist zu erwarten, dass die nichtinvasive Diagnostik und Therapie von angeborenen Herzfehlern bei kleinen Kindern höhere Kosten verursacht, als bei Erwachsenen. Eventuell ist die Bildung einer neuen DRG oder ein Splitt dieser Basis-DRG notwendig.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**F69 Herzklappenerkrankungen** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F71 Schwere Arrhythmie und Herzstillstand** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B ohne A: äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F72 Instabile Angina pectoris** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F73 Synkope und Kollaps** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F74Z Thoraxschmerz**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**F75 Andere Krankheiten des Kreislaufsystems** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

Anpassung Klassifikationssystem
MDC 06 [G] Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	**G01 Rektumresektion** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G02 Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G03 Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum** **A: bei bösartiger Neubildung** **B: außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren oder schweren CC** **C: außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Der OPS-Kode 5-354.27 (Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese) aus der Herzchirurgie wurde den G-DRGs G03A-C zugeordnet.
Empfehlung	Ggf. Entfernung dieses Kodes aus der TAB-G03-1.
Begründung	Die Zuordnung dieses Kodes besteht in der AR-DRG nicht.
Relevanz	Mittel
Umsetzung	Für 2004 ff
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGTHG) liegt vor

DRG	**G04 Adhäsiolyse am Peritoneum** **A: Alter > 49 Jahre mit CC** **B: Alter < 50 Jahre mit CC oder Alter > 49 Jahre ohne CC** **C: Alter < 50 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G05 Kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G06Z Pyloromyotomie**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G07 Appendektomie** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G08Z Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G09Z Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G10Z Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G11A Eingriffe an Anus und Enterostoma** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G12 Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei bösartiger Neubildung** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC außer bei bösartiger Neubildung**
Kommentar	Der Kode 8-836.y (nicht näher bezeichnete perkutane transluminalen Angioplastie) fehlt in der TAB-G12-1
Empfehlung	Hinzufügen des Kodes 8-836.y zur TAB-G12-1
Begründung	Die Kodierung einer nicht näher bezeichneten perkutane transluminalen Angioplastie (8-836.y) in Verbindung mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 6 führt zur Eingruppierung in die Fehler-DRG 901Z.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**G40 Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC oder komplizierenden Eingriff**
Kommentar	Die Zuordnung der Fälle mit endoskopischen Leistungen am oberen Verdauungstrakt (DRGs G40-G42 und G45) erfolgt in der aktuellen Systematik primär anhand der Prozedur und sekundär nach Art der Erkrankung. Der PCCL-Wert wird nur für eine Basis-DRG als Splittkriterium verwendet. Die anderen Basis-DRGs werden anhand der Verweildauer in abrechenbare DRGs unterteilt. Diese Systematik bildet die Unterschiede im Aufwand für die Patientengruppen nicht befriedigend ab.
Empfehlung	Eine Zuordnung der Fälle primär nach Art der Erkrankung und sekundär nach der prozeduralen Leistung ermöglicht eine sachgerechtere Zusammenfassung der Fälle zu unterschiedlichen Fallgruppen. Weiterhin sollte eine Berücksichtigung des PCCL-Wertes als Splittkriterium erfolgen, um den Aufwand der Fallgruppen besser zu differenzieren. Tagesfälle sollten unabhängig von der Grunderkrankung und der Komplexität der endoskopischen Leistung in eine gemeinsame DRG gruppiert werden.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**G41 Komplexe therapeutische Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane** **A: Mehrere Belegungstage** **B: Ein Belegungstag**
Kommentar	Siehe DRG G40A
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**G42 Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane** **A: Mehrere Belegungstage** **B: ein Belegungstag**
Kommentar	Siehe DRG G40A
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**G43Z Komplexe therapeutische Koloskopie**
Kommentar	Die Unterscheidung der Koloskopien nach komplex-therapeutischen Koloskopien und anderen Koloskopien führt zu keiner befriedigenden Differenzierung der koloskopisch versorgten Patienten.
Empfehlung	Die DRG G43Z Komplexe therapeutische Koloskopie sollte aufgegeben werden. Alle koloskopisch versorgten Patienten könnten in einer Basis-DRG zusammengefasst werden. Diese Basis-DRG sollte in 3 abrechenbare DRGs unterteilt werden. Fälle mit Verweildauer > 1 und PCCL > 2 oder komplizierender Prozedur würden dem A-Splitt zugeordnet, Fälle mit Verweildauer > 1 und PCCL-Wert < 3 dem B-Splitt. Koloskopisch versorgte Patienten mit Verweildauer = 1 würden dem C-Splitt zugeordnet. Die hierarchische Ordnung der DRGs für interventionelle Verfahren am Gastrointestinaltrakt sollte entsprechend des Vorschlags der Fachgesellschaft (DGVS) angepasst werden.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**G44 Andere Koloskopie** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff** **C: ein Belegungstag**
Kommentar	1. In der AR-DRG Originaldefinition enthalten diese DRGs ausschließlich endoskopische Leistungen. Aufgrund der in der TAB-G44-1 angegebenen Leistungen mit „sonstigem“ oder „nicht näher bezeichnetem“ Zugang ist auch die Gruppierung von Fällen mit offenen chirurgischen Prozeduren möglich. 2. Siehe auch G43
Empfehlung	Entfernung der Kodes, die einen „sonstigen“ oder „nicht näher bezeichneten“ Zugang kennzeichnen (5-469.0x, 5-469.0y, 5-469.cx, 5-469.cy, 5-469.dx, 5-469.dy, 5-469.fx, 5-469.fy, 5-469.jx, 5-469.jy, 5-469.xx, 5-469.xy, 5-469.y) aus der Prozedurenliste TAB-G44-1.
Begründung	Sowohl „endoskopische“ als auch „offen chirurgische“ OPS-Kodes liegen der Prozedurenliste dieser interventionellen DRGs zugrunde. Dies führt zu einer Vermischung unterschiedlich aufwändiger Leistungen.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**G45 Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane** **A: Mehrere Belegungstage** **B: ein Belegungstag**
Kommentar	A. Der deutsche OPS-Kode 5-449.7x bzw. 5-449.7y (Andere Operationen am Magen: Dilatation: Sonstige bzw. nicht näher bezeichnete) beschreibt nicht allein endoskopische, sondern möglicherweise auch offen chirurgische oder über andere Zugänge vorgenommene Prozeduren (vgl. Hinweis zu DRGs G44A-C). Eine offen chirurgische bzw. laparoskopische Prozedur wie die Dilatation am Magen (bei alleinigem offen-chirurgischen oder laparoskopischem Zugang: OPS: 5-449.70 bis .72) müsste in eine entsprechende chirurgische DRG eingruppiert werden. Die gleiche Problematik ergibt sich auch bei den anderen Kodes dieser DRG, die keine Angabe des Zugangs beinhalten (5-449.-x, 5-449.-y, 5-449.y, 5-469.hx, sowie 5-469.hy). B. In der AR-DRG Definition sind Dilatationen und Bougierungen des Magens, einer gastroduodenalen Striktur und des Ösophagus aufgeführt. Die in der G-DRG Definition aufgeführte Bougierung am Darm bzw. Dilatation des Dünndarms (OPS-Kodes: 5-469.b3, -.bx, -.by, -.h3, -.hx, -.hy) findet sich in der australischen Definition nicht wieder und geht deutlich über die Therapie einer gastroduodenalen Striktur hinaus. 2. Siehe DRG G40A
Empfehlung	1. Entfernung der Kodes für offen chirurgische bzw. laparoskopische Prozeduren aus der Prozedurenlisten TAB-G45-2. 2. Siehe DRG G40A
Begründung	In der australischen Gruppierungslogik sind endoskopische Dilatationen am Magen aufgeführt (MBS-Kodes 30475-00: Endoscopic dilatation of gastric stricture und 30475-01: Endoscopic dilatation of gastroduodenal stricture), jedoch keine offen chirurgischen Dilatationen.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**G60 Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Sehr Aufwandsheterogen - Problem Chemotherapie - Problem Palliativmedizin (VWD mindestens doppelt so hoch) Unterschiedliche Fachgebiete behandeln Patienten, die dieser DRG zugeordnet werden. Die Fallgruppe ist bezüglich der Verweildauer und der Leistungsinhalte extrem inhomogen.
Empfehlung	Überprüfung durch InEK, Erarbeitung von Lösungsvorschlägen
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**G61 Gastrointestinale Blutung,** **A: Alter < 65 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 64 Jahre** **B: Alter < 65 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G62Z Kompliziertes peptisches Ulkus**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G63Z Unkompliziertes peptisches Ulkus**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G64Z Entzündliche Darmerkrankung**
Kommentar	Ökonomisch Inhomogen
Empfehlung	Überprüfung durch InEK unter Beteiligung DGVS , Erarbeitung von Lösungsvorschlägen
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004 ff

DRG	**G65 Obstruktion des Verdauungstraktes** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G66 Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Empfehlung	Siehe Kapitel Übersetzungsfehler, Vorschlag zur Korrektur des Titels

DRG	**G67 Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane** **A: Alter > 9 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter > 9 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

	G68 Gastroenteritis **A: Alter < 10 Jahre mit CC**
DRG	**B: Alter < 10 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**G69Z Ösophagitis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter < 10 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

	G70 Andere Krankheiten der Verdauungsorgane **A: mit CC**
DRG	**B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**H01 Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren oder mäßig schweren CC** **C: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**H02 Große Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung** **A:** **B: mit äußerst schweren oder schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**H03 Cholezystektomie mit endoskopischem Gallenwegseingriff** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**H04 Cholezystektomie ohne endoskopischen Gallenwegseingriff** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**H05 Diagnostische Eingriffe am hepatobiliären System** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**H06Z Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**H40Z Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung**
Kommentar	Diese DRG ist bei sehr geringer Fallzahl sehr inhomogen. In diese DRG wurde aufgrund von Kodierunsicherheiten nur ein kleiner Teil der Fälle mit endoskopischen Eingriffen bei Ösophagusblutung eingruppiert
Empfehlung	Aufnahme einer Kodierrichtlinie, die die Verschlüsselung der Ösophagusvarizenblutung explizit regelt. Einschluss der Diagnosengruppen K72.-, K73.-, K75.-, K76.-, K77.- und R16.2 in die Beispielliste für Leberkrankheiten unter der Sterndiagnose I98.2-* (Ösophagusvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) Einfügen des Exkulsivums „Exkl.: Bei bekannter Grunderkrankung (I98.21*)“ unter der Diagnosegruppe I85.-(Ösophagusvarizen)
Begründung	Fälle mit endoskopischen Eingriffen bei Ösophagusvarizenblutungen sind häufig sehr aufwändig und sollten in einer DRG zusammengefasst werden. Bei korrekter Kodierung wird dieses Ziel erreicht! Um in die DRG H40Z zu gelangen, muss eine Lebererkrankung als Hauptdiagnose kodiert werden. Aufgrund der Existenz eines nicht als Sternkode gekennzeichneten Schlüssels (ICD I85.0) besteht bei intuitiver Kodierung (konform mit DKR D001a) die Gefahr der Zuordnung zur MDC 06 und dortigen Verteilung auf die Basis-DRGs G40-G45. Die Verschlüsselung über die Kreuz-Sternkombination stellt die korrekte Gruppierung sicher, scheint aber kaum bekannt zu sein. Durch eine klarstellende Kodierrichtlinie könnte hier Abhilfe geschaffen werden. Um weitere Missverständnisse zu vermeiden, sollten alle ICD-Kodes aus TAB-H40-1 in der Beispielliste für Leberkrankheiten unter der Sterndiagnose I98.2-* (Ösophagusvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) aufgenommen und ein Verweis über ein Exklusivum bei der Diagnosegruppe I85.- (Ösophagusvarizen) eingefügt werden.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**H41 Komplexe therapeutische ERCP** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Die aktuelle Systematik sieht vor, das Patientenkollektiv mit Hauptdiagnose aus der Hauptdiagnosekategorie 07 und ERCP auf Grundlage der Art der ERCP und des PCCL-Wertes zu unterscheiden. Analysen zeigen, dass diese Systematik den unterschiedlichen Ressourcenaufwand für die Behandlung unterschiedlicher Patienten nicht richtig abbildet. Ein wesentlicher Indikator für Aufwandsunterschiede bei der Patientenbehandlung ist die Hauptdiagnose. Triggerdiagnosen sind: Akute Pankreatitis (K85) sowie bösartige Neubildungen der Leber, Galle und Pankreas (C22* - C25*).
Empfehlung	Das Patientenkollektiv sollte primär in Bezug auf die Hauptdiagnose unterteilt werden. Patienten mit den oben ausgewiesen Hauptdiagnosen würden der Basis-DRG ERCP bei schwerer Krankheit zugeordnet, die unter Berücksichtigung des PCCL-Wertes (PCCL-Wert > 2) in 2 abrechenbare DRGs unterteilt werden könnte. Patienten mit anderen Erkrankungen des hepatobliiären Systems und Pankreas würden in Bezug auf die Art der Leistung in die Basis-DRGs Komplexe therapeutische ERCP ohne schwere Krankheit bzw. Andere ERCP ohne schwere Krankheit eingruppiert. Beide Basis-DRGs sollten durch einen PCCL-Splitt (PCCL > 2) jeweils in zwei abrechenbare DRGs unterteilt werden. Die hierarchische Ordnung der DRGs für ERCPs sollte entsprechend des Vorschlags der Fachgesellschaft (DGVS) angepasst werden.
Begründung	Der tatsächliche Ressourcenaufwand für die Behandlung der in den DRGs zusammengefassten Fälle lässt sich mithilfe der vorgeschlagenen Systematik besser differenzieren.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**H42 Andere therapeutische ERCP** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Siehe H41A

DRG	**H60 Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**H61 Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas** **A: Alter > 69 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter < 70 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 69 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: Alter < 70 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Der Altersspli tt „Patientenalter > 69“ für die Basis-DRG H61 ist nicht nachvollziehbar. Der Aufwand für Patienten mit Patientenalter > 69 Jahre unterscheidet sich nicht signifikant vom Aufwand für Patienten mit Patientenalter <70 Jahre.
Empfehlung	Der Altersspli tt sollte aufgegeben werden. Das Patientenkollektiv sollte unter Berücksichtigung des PCCL-Wertes (PCCL > 2) in die DRG H61A Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas mit äußerst schweren oder schweren CC und H61B Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas ohne äußerst schwere oder schwere CC gruppiert werden.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**H62 Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Die ICD10-Klassifikation erlaubt derzeit nicht die Differenzierung zwischen der in der Regel kompliziert verlaufenden „akut nekrotisierenden“ Pankreatitis und der in der Regel nicht kompliziert verlaufenden „akut ödematösen“ Pankreatitis. Die „akut nekrotisierende“ Verlaufsform wird häufig durch längere Intensivaufenthalte begleitet, so dass der mittlere Aufwand für diese Patientengruppe deutlich vom Aufwand für die Behandlung anderer in dieser DRG zusammengefassten Erkrankungen abweicht.
Empfehlung	Es sollte geprüft werden, ob der Aufwand für die Behandlung der akuten Pankreatitis (K85), auch unter der oben beschriebenen Einschränkung, signifikant vom Aufwand für die Behandlung anderer Erkrankungen abweicht. Falls es sich dann im interklinischen Vergleich zeigt, dass unterschiedliche Häufungen dieser Fälle in den Kliniken auftreten, sollten Fälle mit akuter Pankreatitis in einer eigenen DRG zusammengefasst werden. Eine Anpassung der ICD10-Klassifikation, die eine Differenzierung zwischen der komplizierten und nicht komplizierten Verlaufsform ermöglicht, kann künftig zu einer weiteren Anpassung des DRG-Systems beitragen.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Ein ICD10-Anpassungsvorschlag wurde von der Fachgesellschaft (DGVS) bei DIMDI eingereicht.

DRG	**H63 Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose oder alkoholische Hepatitis** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Aus klinischer Sicht sind Patienten mit Leberversagen und hepatorenalem Syndrom deutlich aufwandsintensiver als Patienten mit anderen Erkrankungen in dieser Fallgruppe. Fälle dieser DRG werden von wenigen Kliniken mit Leberersatzverfahren versorgt. Die Leistung kostet in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Anwendung mehrere tausend Euro. Diese Leistung kann über die OPS-Klassifikation derzeit nicht abgebildet werden. Ein Antragsverfahren für Aufnahme dieser Leistung als Prozedur in die OPS-Klassifikation wurde eingeleitet. Eine Abbildung dieser teuren Leistung im DRG-System ist zurzeit nicht möglich.
Empfehlung	Es sollte an einer großen Stichprobe überprüft werden, ob das oben genannte Patientenkollektiv sachgerecht durch diese DRG abgebildet wird. Die Finanzierung der Leberersatztherapie muss außerhalb des DRG-Systems erfolgen.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGVS) liegt vor

DRG	**H64 Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I01Z Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität**
Kommentar	1. Mappingfehler In den AR-DRG-Version 4.1 führen die ICD-10-Kodes M24.35, G80.0 in Kombination mit mindestens einer zweifach kodierten Prozedur, wie z. B. 5-829.00, 5-781.1f, 5-786.3 in die AR-DRG I01Z. Die gleiche Kodierung führt im G-DRG-System nicht in die G-DRG I01Z, sondern in die DRG I08A. 2. Sehr heterogenes Fallspektrum Die OPS-Prozedurengruppen, die derzeit zu einer Gruppierung in die DRG I01Z führen, sind sehr heterogen. Derzeit sind dies sowohl Implantationen als auch Revisionen / Wechsel von Endoprothesen an Gelenken der unteren Extremität. Ferner gehen Frakturen der großen Gelenke häufig mit einer komplexen Schädigung der umgebenden Weichteile einher, so dass ein mehrzeitiges Prozedere angewendet werden muss. Hierbei müssen häufig neben aufwändigen Sonderimplantationen auch komplexe plastische Verfahren durchgeführt werden. 3. Inadäquate Abbildung bei der Behandlung von schwer behindeten Patienten Behinderte Kinder und Jugendliche mit zerebralen Bewegungsstörungen (IZP, z.B. nach frühkindlichem Hirnschaden), angeborenen Lähmungen (Spina bifida) oder Muskelkrankheiten entwickeln regelmäßig meist beidseitige Kontrakturen oder Gelenkdeformitäten simultan an Hüften, Knien und Füßen. In den letzten Jahren hat sich international als Standardtherapie etabliert, alle Problemzonen bei diesen Kindern gleichzeitig in einer Sitzung zu korrigieren. Das bedeutet neben Muskel- und Sehnenverlängerungen oder –transpositionen in der Regel multiple Osteotomien, Arthrolysen oder Arthrodesen. Solche Operationen werden i.d.R. gleichzeitig von 2 Op-Teams durchgeführt und dauern zwischen 4-8 Stunden. Neben dem extrem hohen operativen Aufwand ist die anästhesiologische Überwachung, die postoperative Pflege und die besondere Intensität der krankheitsspezifischen Nachbehandlung in den vorhandenen DRG`s nicht ausreichend abgebildet. Die Kalkulationsdaten von Häusern, die mit der Versorgung dieses Patientenkollektivs befasst sind, zeigen, dass die Ist-Kosten im Mittel um den Faktor 2,58 über denen vom INEK kalkulierten Durchschnittskosten liegen. Dadurch werden operativ zu behandelnde Behinderte durch die DRG`s extrem benachteiligt. Das hohe internationale Behandlungsniveau, USA, Europa, Australien, welches die gerade bei diesem Patientenkollektiv erforderliche hohe Behandlungsintensität beinhaltet, wird in den AR-DRG`s adäquat abgebildet, während es in den G-DRG`s keine Bewertung findet. Hier fehlt die Berücksichtigung beidseitiger Operationen, die Abbildung von Operationen an mehr als einer Lokalistion und der wesentlich höhere Aufwand an Therapie bei Behinderten.
Empfehlung	Zu 1. Das Mapping zwischen den MBS-Ziffern der AR-DRG I01Z (Vers. 4.1) und den OPS-Kodes der G-DRG I01Z (Vers. 1.0) ist zu überprüfen. Sofern sich der beschriebene Mappingfehler bestätigt, sind die entsprechenden OPS-Ziffern zu identifizieren und der Gruppierungs-Algortithmus – auch entsprechend der Anzahl der durchgeführten Prozeduren – demgemäß zu berichtigen. Zu 2+3. Die G-DRG I01Z muss durch entsprechende Prozeduren tatsächlich angesteuert werden können. Weiterhin ist ein Split der G-DRG I01Z erforderlich. Die G-DRG I01Z sollte dann angesteuert werden, wenn große Eingriffe gleichzeitig an beiden unteren Extremitäten durchgeführt werden oder wenn große Eingriffe (wie z.B. Osteotomien und Gelenkeingriffe, Frakturrepositionen) an 2 oder mehr Lokalisationen (Fuß ohne Vorfuß, Knie, Hüfte) durchgeführt werden. Außerdem sollte die G-DRG I01Z angesteuert werden, wenn Weichteileingriffe an mehreren Lokalisationen im Bereich der unteren Extremitäten durchgeführt werden.
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC
Begründung	Aufwändige Prozeduren verursachen einen wesentlich höheren Aufwand. Dies führt zu längeren OP-Zeiten und längeren Verweildauer
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**I02 Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantation außer an der Hand** **A; mit äußerst schweren oder schweren CC außer an der Hand** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC außer an der Hand**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I03 Ersatz / Revision am Hüftgelenk** **A: Revision am Hüftgelenk mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Ersatz mit äußerst schweren oder schweren CC oder Revision am Hüftgelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: Ersatz ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Problematik Endoprothesenkostem Hüftgelenksersatz auf zementfreier Basis oder Hybrid muss separat betrachtet werden, da sich die Sachkosten bei den beiden Verfahren erheblich (im Mittel 2000 Euro) unterscheiden. Darüber hinaus existieren auch erhebliche Unterschiede innerhalb der „Gattungen“ zementiert/ nicht zementiert. Die Verfahren werden unterschiedlich häufig in Krankenhäusern, abhängig vom Grad der lokalen Spezialisierung, angewendet.
Empfehlung	Gründliche Kostenanalyse, um Subgruppen zu finden, die eventuell über neue Splitts isoliert werden können.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004 ff

DRG	**I04 Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schwere CC**
Kommentar	Problematik Endoprothesenkostem Kniegelenksersatz auf zementfreier Basis oder Hybrid muss separat betrachtet werden, da sich die Sachkosten bei den beiden Verfahren erheblich (im Mittel 2000 Euro) unterscheiden. Darüber hinaus existieren auch erhebliche Unterschiede innerhalb der „Gattungen“ zementiert/ nicht zementiert. Die Verfahren werden unterschiedlich häufig in Krankenhäusern, abhängig vom Grad der lokalen Spezialisierung, angewendet.
Empfehlung	Gründliche Kostenanalyse, um Subgruppen zu finden, die eventuell über neue Splitts isoliert werden können. Eventuell Splitt in Revsion und Erstersatz analog zum Hüftgelenk (G-DRG I03)
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004 ff

DRG	**I05Z Anderer großer Gelenkersatz und Replantation an den Extremitäten**
Kommentar	Problematik Endoprothesenkosten

DRG	**I06Z Wirbelkörperfusion bei Wirbelsäulendeformität**
Kommentar	Teure Wirbelsäulenimplantate (siehe Gutachten)
Empfehlung	Gründliche Kostenanalyse, um Subgruppen zu finden, die eventuell über neue Splitts isoliert werden können.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004 ff

DRG	**I07Z Amputation**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I08 Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter > 54 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: Alter < 55 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Teure Sonderimplantate (s. 9.1.2 Implantate)
Empfehlung	Gründliche Kostenanalyse, um Subgruppen zu finden, die eventuell über neue Splitts isoliert werden können.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004 ff

DRG	**I09 Wirbelkörperfusion** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Teure Wirbelsäulenimplantate (s 9.1.2 Implantate)
Empfehlung	Gründliche Kostenanalyse, um Subgruppen zu finden, die eventuell über neue Splitts isoliert werden können.
Begründung	Ökonomische Inhomogenität
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004 ff

DRG	**I10 Andere Eingriffe an der Wirbelsäule** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I11Z Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität**
Kommentar	In den G-DRGs wird die DRG I11Z durch den OPS Code 5-781.4‡ (Verlängerungsosteotomie) und durch den OPS Code 5-781.7‡ (Kortikotomie bei Segmenttransport) ausgelöst. Daneben ist das verwendete Osteosyntheseverfahren zu codieren. Um eine Extremitätenverlängerung zu erzielen, muß dann ein Osteosyntheseverfahren verwendet werden, was diese Verlängerung bewirkt. Hier gibt es die 2 Subgruppen: • Externe Verfahren • Interne Verfahren Bei der externen Osteosynthese wird in der Regel ein Fixateur externe verwendet (5-786.8). Die interne Osteosynthese erfolgt in der Regel durch einen Verlängerungsmarknagel. Bisher kann ein die Osteosynthese durch ein voll implantierbares Verlängerungs- oder Knochentransportsystem nicht codiert werden. Es wurde daher dieser fehlende Code im Februar 2003 beim DIMDI beantragt.Diese beiden Subgruppen sind zu inhomogen um in einer DRG zusammengefasst zu werden.
Empfehlung	Splittung der bisherigen DRG I11Z in zwei unterschiedliche abrechenbare DRGs mittels unterschiedlicher OPS-Prozeduren empfohlen. Eine Extremitätenverlängerung mittels dem neu beantragten OPS-Kode sollte in die höher bewertete DRG führen, die übrigen Prozeduren, die derzeit in die DRG I11Z führen in die niedriger bewertete DRG.
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC
Begründung	Die Inhomogenität der G-DRG I11Z ergibt sich aus folgenden Gründen: A. Unterschiedlicher Ressourcenverbrauch: Die Implantation eines internen Verlängerungs- oder Knochentransportsystemes (Knochenverlängerungsmarknagel, Knochentransportmarknagel) ist mit wesentlich höheren Sachkosten verbunden als die Montage eines Fixateur externe. Pro Fall ergibt sich ausschließlich aufgrund der Kosten des Osteosynthesematerials ein Differenzbetrag von rd. 5.000,00 - 6.000,00 €. Diese enorme Differenz kommt unter anderem dadurch zustande, daß wesentliche Anteile des externen Osteosynthesematerials mehrfach verwendet werden können, was bei den voll implantierbaren Systemen nicht möglich ist. B. Unterschiede in den Komplikationsspektren : Bei voll implantierbaren Verlängerungssystemen scheidet eine wesentliche Quelle für spätere Komplikationen (ca. 3-4 Monate postoperativ) – Knochenentzündung durch Pininfektionen - aus, da keine Knochen-Schrauben die Haut perforieren. Dies ist von erheblicher Bedeutung, weil diese Komplikation häufigste Ursache für Revisionsoperationen und zusätzliche Krankenhausaufenthalte darstellt. Desweiteren ist die Wiederaufnahme der Arbeit oder der Schulbesuch bei Behandlung mit einem Fixateur externe erheblich erschwert bzw unmöglich, was bei einer sich über 4-18 Monate erstreckenden Fixateurtragezeit von volkswirtschaftlicher Bedeutung ist. Bei Zusammenfassung der internen und externen Extremitätenverlängerungsverfahren zu einer Vergütungsgruppe können Fehlanreize gesetzt werden, die zu einer Vermeidung des internen Verlängerungssytems führen, was zur Inkaufnahme der höheren Folgekosten der externen Verlängerungssysteme führt.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**I12 Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Derzeit erfolgt eine Aufsplittung der Basis-DRG I12 in die drei abrechenbaren DRGs A, B und C anhand des PCCL. Diese Splittkriterien führen jedoch zu keiner leistungsgerechten Gruppierung. Die Behandlung von Knochen- und Gelenkinfektionen umfasst sehr vielfältige und notwendige Behandlungsmaßnahmen operativer, pflegerischer und medikamentöser Art. Die für die DRGs I12A, B und C gruppierungsrelevanten Prozeduren sind sehr heterogen. So führt sowohl die perkutane (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, axillär (OPS-Kode 1-425.1) als auch die Revision und plastische Rekonstruktion der Orbita (OPS-Kode 5-166.1) sowie die Reposition einer mehrfachen Mittelgesichtsfraktur (OPS-Kode 5-763.32) oder komplexe mehrdimensionale Osteotomien an den Extremitäten (OPS-Kode 5-781.8m) in die DRGs I12A, B und C. Ferner werden bei posttraumatischen Ostitiden sehr häufig mehrzeitige Eingriffe und komplexe Verfahren, wie z. B. lappenplastische Eingriffe notwendig. So ist neben dem Splitting aufgrund des PCCL auch eine Differenzierung der DRG anhand der Komplexität der durchgeführten Prozedur notwendig. In Abhängigkeit der Prozedur ergeben sich Verweildauerunterschiede von mehr als 100%.
Empfehlung	Splitting der Basis-DRG I12 nicht nur anhand des PCCL, sondern auch anhand der Komplexität der durchgeführten operativen Eingriffe in große und kleine OPs
Begründung	Ökonomische Inhomogenität. In Abhängigkeit der Prozedur ergeben sich derzeit Verweildauerunterschiede von mehr als 100%.
Relevanz	Mittel
Umsetzung	Für 2004/2005
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor

DRG	**I13 Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter > 59 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: Alter < 60 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Operationen am Humerus sind gegenüber Operationen an Tibia, Fibula und Sprunggelenk häufig weniger aufwändig. Bei Operationen an der unteren Extremität ist sehr viel häufiger als am Humerus in Abhängigkeit des Ausmaßes der Weichteilverletzung standardmäßig ein zweizeitiges Procedere indiziert. Zunächst wird mittels Fixateur extern eine vorübergehende gelenkübergreifende Stabilisierung durchgeführt. Nach Abschluss der Wundheilung der Weichteilverletzung erfolgt dann die definitive osteosynthetische Versorgung.
Empfehlung	Splitting in zwei DRGs. Eine für Eingriffe am Humerus und eine DRG für Eingriffe an Tibia, Fibula und Sprunggelenk
Begründung	Bei Eingriffen an Tibia, Fibula und Sprunggelenk besteht gegenüber Eingriffen am Humerus ein erheblicher Verweildauerunterschied.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor

DRG	**I14Z Revision eines Amputationsstumpfes**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I15Z Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I16Z Andere Eingriffe am Schultergelenk**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I17Z Operationen am Gesichtsschädel**
AR-DRG	Maxillo-Facial Surgery
Kommentar	s.u.: Kapitel zur Korrektur von Übersetzungsfehlern
Vorschlag	Operationen an Kiefer und Gesicht

DRG	**I18Z Eingriffe am Kniegelenk!**
Kommentar	In diese DRG werden derzeit sowohl wenig aufwändige OPs, wie z.B. arthroskopische Eingriffe (Entfernung eines Hämarthros) als auch aufwändige und kostenintensive offene Kniegelenk-Operationen gruppiert.
Empfehlung	Splitting in zwei DRGs. Eine für kleine OPs am Kniegelenk, vorwiegend arthroskopische Eingriffe und eine DRG für große Eingriffe am Kniegelenk, v. a. offene Gelenk-Operationen
Begründung	Signifikante Verweildauerunterschiede zwischen arthroskopischen Eingriffen und offenen Gelenk-Operationen. Höhere OP-Kosten bei offenen Gelenk-OPs
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC

DRG	**I19Z Andere Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm**
Kommentar	In diese DRG werden derzeit sowohl wenig aufwändige OPs, wie z.B. arthroskopische Eingriffe, einfache Frakturrepositionen als auch aufwändige und kostenintensive offene Gelenk-Operationen, multiple offene Frakturepositionen etc. gruppiert. In Abhängigkeit des Ausmaßes von Weichteilverletzungen oft zweizeitiges Procedere.
Empfehlung	Splitting in zwei DRGs. Eine für kleine OPs und eine DRG für große Eingriffe
Begründung	Signifikante Verweildauerunterschiede zwischen kleinen und großen Eingriffen
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC

DRG	**I20Z Eingriffe am Fuß**
Kommentar	In diese DRG werden derzeit sowohl wenig aufwändige OPs, wie z.B. Operationen des Hallux valgus und Hallux rigidus als auch sehr aufwändige und kostenintensive offene (Mehrfragment-)Frakturrepositionen und Replantationen am Fuß gruppiert.
Empfehlung	Splitting in zwei DRGs. Eine für kleine OPs am Fuß, vorwiegend Resektionsarthroplastiken bei Hallux valgus und Hallux rigidus und eine DRG für große Eingriffe am Fuß, v. a. offene Fraktur-Repositionen, Replantationen am Fuß oder Implantation / Wechsel von Endoprothesen am Fuß
Begründung	Signifikante Verweildauerunterschiede zwischen wenig aufwändigen Eingriffen und aufwändigen Operationen am Fuß. Höhere OP-Kosten bei aufwändigen OPs
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC

DRG	**I21Z Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I22Z Große Eingriffe an Handgelenk, Hand und Daumen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I23Z Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur!**
Kommentar	1. Gruppierungsfehler aufgrund der niedrigen DRG-Ziffer der DRG I23Z. Entnahme und Anlage von Spongiosa wird als gruppierungsrelevante Prozedur vor der eigentlichen die Indikation begründenden OP berücksichtigt. 2. In diese DRG werden derzeit sowohl wenig aufwändige Entfernungen von Osteosynthesematerial, wie z.B. Drahtentfernungen an gut zugänglichen Körperregionen als auch sehr aufwändige und kostenintensive Entfernungen von Osteosynthesematerial, wie z.B. Entfernungen von intramedullären Drähten oder Metallplatten an schwer zugänglichen Körperregionen gruppiert. 3. Fehler beim Mapping von AR-DRG 4.1 nach G-DRG 1.0: Die DRG I23Z beinhaltet OPS-Ziffern für komplexe Wirbelsäulen-OPs, Lappenplastiken und mikrovaskuläre Anastomosen, die sich im australischen Original nicht wieder finden.
Empfehlung	1. Änderung der DRG-Ziffer zu höheren Werten, an das Ende der chirurgischen DRGs der MDC 08, um den Gruppierungsfehler bei zusätzlicher Kodierung von Spongiosaentnahme und-anlage zu vermeiden. 2. Splitting in zwei DRGs. Eine für wenig aufwändige Entfernungen von Osteosynthesematerial (Drähte, Schrauben, Cerclagen) und eine DRG für aufwändige Entfernungen von Osteosynthesematerial (Platten, Marknägel, Fixateur extern) bzw. an nur mit aufwändigen OPs zu erreichenden Körperregionen 3. Entfernung aller im Rahmen des Mappingfehlers falsch zugeordneten OPS-Ziffern aus der Prozedurentabelle der DRG I23Z
Begründung	1. Gruppierungsfehler führt zu nicht sachgerechter Vergütung 2. Signifikante Verweildauerunterschiede zwischen wenig aufwändigen Entfernungen von Osteosynthesematerial und aufwändigen Entfernungen. Höhere OP-Kosten bei aufwändigen OPs 3. Mappingfehler kann zu Fehlgruppierung führen
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC

DRG	**I24Z Arthroskopie einschließlich Biopsie**
Kommentar	Neben den in der australischen Originalgruppe berücksichtigten rein diagnostischen arthroskopischen Prozeduren wurden in der deutschen Gruppe auch arthroskopische Biopsien hinzugefügt sowie arthroskopische Spülungen an allen Gelenken. Dabei werden der G-DRG I24Z sowohl aseptische als auch septische Gelenkspülungen ausdrücklich zugewiesen. In der australischen DRG I24Z ist dagegen lediglich die „arthroskopische Lavage“ des Hüft- und Sprunggelenkes hinterlegt. Darüber hinaus wurden der G-DRG I24Z in vollständiger Abweichung von der australischen Vorlage die OPS-Kodes 5-810.6- für die arthroskopische assistierte Versorgung bei Frakturen hinzugefügt. Auch die der G-DRG I24Z ebenfalls zugeordneten restlichen OPS-Kodes 5-810.- (Arthroskopische Gelenkrevision) repräsentieren ausschließlich therapeutische Prozeduren Damit wurde die im australischen System rein diagnostische Fallgruppe komplett umdefiniert, was einem erheblichen Eingriff in die Klassifikation gleich kommt.
Empfehlung	Entfernung der Prozeduren 5-810.- aus dieser DRG und Hinzufügen dieser Kodes in die entsprechenden operativen DRGs.
Begründung	Fälle mit unter arthroskopischer Unterstützung versorgten Frakturen der großen Röhrenknochen sowie ein Teil der Fälle mit Gelenkentzündungen, die arthroskopisch gespült und drainiert werden müssen, die zur Zeit auch in diese DRG gruppiert werden, sind sehr kranke Menschen, die eine umfangreiche auch bezüglich der Verweildauer aufwändige Behandlung benötigen. Damit werden "weniger aufwändige" diagnostische Fälle mit "höchst kostenintensiven" therapeutischen Fällen in dieser Fallgruppe gemischt. Die Folge ist eine erhebliche ökonomische Verzerrung.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC

DRG	**I25Z Diagnostische Eingriffe an Knochen und Gelenken einschließlich Biopsie**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I26Z Andere Eingriffe an Handgelenk und Hand**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I27Z Eingriffe am Weichteilgewebe**
Kommentar	DRG ist durch sehr heterogene Prozeduren gekennzeichnet. Wenig aufwändige und komplexe Eingriffe sowie die gleichzeitige Gruppierung von Fällen mit gut- und bösartigen Erkrankungen führen zu einer großen Inhomogenität der Fallgruppe.
Empfehlung	Splitting der DRG in Abhängigkeit der Komplexität der durchgeführten Prozeduren. Sofern die Kalkulation eine Häufung bei komplexen Prozeduren in der Fallgruppe der bösartigen Erkrankungen ergibt, wird empfohlen das Splitting um eine Tabelle mit malignen Hauptdiagnosen zu ergänzen.
Begründung	Komplexe Prozeduren sind wesentlich aufwändiger als einfache Prozeduren. Die Patienten sind in der Regel morbider und die Verweildauer länger.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Verinigung plastischer Chirurgen liegt vor

DRG	**I28A/B Andere Eingriffe am Bindegewebe**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I60Z Frakturen am Femurschaft und offene Frakturen an den Femurkondylen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I61Z Andere Frakturen am Femur**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I62 Frakturen an Becken und Schenkelhals** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Derzeit erfolgt eine Aufsplittung der Basis-DRG I62 in die drei abrechenbaren DRGs A, B und C anhand des PCCL. Dieses Splittkriterium führt jedoch zu keiner leistungsgerechten Gruppierung. Bei der konservativen Behandlung von Schenkelhalsfrakturen einerseits und von Beckenfrakturen bzw. anderen Frakturen am Oberschenkel andererseits liegt ein erheblicher Verweildauerunterschied vor. Dies wurde auch bei der Anpassung der AR-DRGs der Version 4.1 nach der Version 5.0 berücksichtigt.
Empfehlung	Überprüfung anhand eines großen Fallkollektivs. Dann ggfs. Anpassung der G-DRG I62 im Sinne der AR-DRGs Version 5.0
Begründung	Erhebliche Verweildauerunterschiede in Abhängigkeit der Frakturlokalisation
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaften (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC

DRG	**I63Z Verstauchung, Zerrung und Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I64 Osteomyelitis** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 64 Jahre** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Derzeit erfolgt eine Aufsplittung der Basis-DRG I64 in die zwei abrechenbaren DRGs A und B primär anhand des Patientenalters (65 Lebensjahre). Bei jüngeren Patienten ist zusätzlich noch der PCCL gruppierungsrelevant. Dieses Splittkriterium führt jedoch zu keiner leistungsgerechten Gruppierung. Die Behandlung akuter und chronischer Osteomyelititiden umfasst sehr vielfältige und notwendige Behandlungsmaßnahmen operativer, pflegerischer und medikamentöser Art. Ähnlich dem Vorgehen bei Tumorpatienten ist ein sehr aufwändiger interdisziplinärer Behandlungsansatz derartiger Krankheitsbilder erforderlich, der häufig in einen Zustand der „Infektruhe“, jedoch nicht der Infektausheilung mündet. So ist es sehr häufig erforderlich, dass diese Patienten nach stationärer Behandlung nach nicht vorhersehbarer Zeit wieder aufgenommen werden müssen. Da die Zahl der Patienten mit akuten und chronischen Knochen- und Gelenkinfektionen mit multiresistenten Bakterien stetig zunimmt, müssen neben den Behandlungsmaßnahmen auch entsprechende und aufwändige Isolierungsmaßnahmen durchgeführt werden. Es treten erhebliche Verweildauerunterschiede von bis zu 100% bei gleicher Hauptdiagnose und gleichem PCCL auf.
Empfehlung	Untersuchungen an einer breiteren Datenbasis sind notwendig, um entsprechende Splittkriterien oder eine andere Form der Finanzierung, z. B. über Zusatzentgelte, zu erarbeiten
Begründung	Interdisziplinärer Behandlungsansatz, erhebliche Verweildauer- und Aufwandsvariabilität
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaften (DGU) liegt vor, abgestimmt mit DGOOC

DRG	**I65 Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur,** **A: Alter > 64 Jahre** **B: Alter < 65 Jahre**
Kommentar	Der Alterssplitt „Patientenalter > 64“ für die Basis-DRG I65 ist nicht nachvollziehbar. Der Aufwand für Patienten mit Patientenalter > 64 Jahre unterscheidet sich nicht signifikant vom Aufwand für Patienten mit Patientenalter <65 Jahre. Vielmehr ist eine Differenzierung der Kinder und Jugendlichen, die jünger als 19 Jahre alt sind, durchzuführen. In der Basis-DRG finden sich in der Mehrzahl Fälle mit palliativer Therapie von Knochenmetastasen (ICD10 C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes) und die kleinere Gruppe von Fällen mit primären Bindegewebs-tumoren (ICD= C40.0 bis C49.9) mit kurativem Therapieansatz.
Empfehlung	Der Alterssplitt für erwachsene Patienten sollte aufgegeben werden. Kinder und Jugendliche <19 Jahre sollten in eine neu zu schaffende DRG überführt werden. Der Neuvorschlag sollte DRG "I85 - Bösartige solide Neubildung (außerhalb des ZNS), Alter <19 lauten. Ein Splitting auch anhand ergänzender OPS-Kodes für Chemotherapie, die beim DIMDI beantragt sind, sollte geprüft werden. Zwei alternative Splitt-Möglichkeiten sollten auf die ökonomische Relevanz überprüft werden: a) Splitt nach ICD10 Hauptdiagnose: 1. Sarkome ICD= C40.0 bis C49.9 (der TAB-I65-1 G-DRG) 2. die übrigen ICD der der TAB-I65-1 G-DRG b) Alternativ Splitt nach PCCL untersuchen: 1. PCCL 0-2 2. PCCL 3-4
Begründung	Die Behandlung von Sarkomen erfordert meist eine multimodale Therapie (intensive Chemotherapie, komplexe Strahlentherapie, Hyperthermie). Diese wird und soll aus Qualitätsaspekten nur in wenigen Zentren durchgeführt werden. Die Behandlung von Knochenmetastasen erfordert oft nur eine weniger aufwändige Chemotherapien/Strahlentherapie. Der Aufwand in der palliativen Therapie wird wesentlich durch Komorbiditäten oder durch die Ausdehnung der malignen Grunderkrankung bestimmt.
Relevanz	Bei Fehlfinanzierung würde durch das Entgeltsystem ein negativer Anreiz zur Spezialisierung auf diese relativ seltenen und komplexen Therapien entstehen.
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft liegt vor
Umsetzung	Für 2004

DRG	**I66 Andere Erkrankungen des Bindegewebes** **A: Alter < 65 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 64 Jahre** **B: Alter < 65 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Sehr heterogene DRG. Über 90% der kinderrheumatologischen Fälle gruppieren in die Basis-DRG. Unspezifische Verschlüsselungen der chronischen Polyarthritis werden dieser Basis-DRG zugeordnet obwohl alle anderen Verschlüsselungen der CP ohne Organbeteiligung in die Basis-DRG I69 führen.
Empfehlung	1. Ausgliederung der kinder- und jugendrheumatologischen Fälle in eine eigene Basis-DRG mit anderer Splittsystematik 2. Streichung der unspezifischen Verschlüsselung der chronischen Polyarthritis von der Hauptdiagnoseliste der Basis-DRG I66 und Aufnahme in der entsprechenden Liste der Basis-DRG I69 3. Überprüfung der Sinnhaftigkeit des derzeitigen Alters-/PCCL-Splitts an den deutschen Kalkulationsdaten. Analyse ob aufwändigere Subgruppen in der Basis-DRG identifiziert und gesondert gruppiert werden können.
Begründung	1. Kinder- und jugendrheumatologische Fälle zeigen eine deutlich andere Verweildauerverteilung als Fälle in der Erwachsenenrheumatologie. Der derzeitige PCCL-Splitt führt paradoxerweise dazu, dass weniger aufwändige kinderrheumatologische Fälle höher gruppiert werden als die aufwändigeren. 2. Aus systematischen Gründen und zur Verhinderung von strategischem Kodieren über unspezifischen Diagnosekodes sollten alle chronischen Polyarthritiden (CP) ohne Organbeteiligung in die gleiche Basis-DRG führen. Von der Verweildauerverteilung passen die unspezifischen CPs ebenfalls besser in die Basis-DRG I69. 3. Auch nach Ausgliederung der kinder- und jugendrheumatologischen Fälle und der unspezifischen CPs bleibt eine große Heterogenität der Basis-DRG I66 bestehen. Diese kann nicht über die derzeitigen Splittkriterien vermindert werden.
Relevanz	Die Existenz der spezialisierten rheumatologischen Behandlungsstrukturen in Deutschland wird durch die derzeitige Systematik gefährdet.
Umsetzung	Für 2004/2005
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft wird noch entwickelt, schwierige Problematik

DRG	**I67 Septische Arthritis** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Eventuelle Probleme mit teurer Antibiose, hoher Verweildauervariabilität

DRG	**I68 Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich** **A: ohne Schmerztherapie/Myelographie Alter < 75 Jahre mit CC oder Alter > 74 Jahre** **B: ohne Schmerztherapie/Myolographie, Alter < 75 Jahre ohne CC** **C: mit Schmerztherapie/Myelographie**
Kommentar	Problem mit OPS-Kode
Empfehlung	s.u.: Kapitel zur Korrektur von Übersetzungsfehlern

DRG	**I69 Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien** **A: Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter > 74 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Aufgrund Vermischung mit operierten orthopädischen Patienten sehr heterogene DRGs in dieser Basis-DRG. Der derzeitige Altersplitt und damit die DRG I69C erscheinen überflüssig.
Empfehlung	1. Streichung der DRG I69C und Aufhebung des Alterskriteriums in den A/B-Splitts 2. Streichung der unspezifischen Verschlüsselung der chronischen Polyarthritis von der Hauptdiagnoseliste der Basis-DRG I66 und Aufnahme in der entsprechenden Liste der Basis-DRG I69 3. Wenn auch nach Kalkulation ohne operative Fälle eine große Diskrepanz zwischen dem Aufwand bei rheumatologisch und nicht rheumatologisch behandelten Fällen bestehen bleibt, sollte eine Lösung zur sachgerechteren Abbildung der rheumatologischen Fälle gesucht werden
Begründung	1. Der derzeitige Altersplitt differenziert bei rheumatologischen Fällen nicht zwischen Patienten mit unterschiedlichen Verweildauerprofilen. Dafür können aufwändigere junge Patienten trotz eines PCCL>2 derzeit nicht in den A-Splitt gelangen. 2. Aus systematischen Gründen sollten alle chronischen Polyarthritiden (CP) ohne Organbeteiligung in die gleiche Basis-DRG führen. Von der Verweildauerverteilung passen die unspezifischen CPs ebenfalls besser in die Basis-DRG I69.
Relevanz	Vereinfachung der Systematik unter Verzicht auf einen Altersplitt und damit nicht notwendige abrechenbare DRG Die Existenz der spezialisierten rheumatologischen Behandlungsstrukturen in Deutschland wird möglicherweise durch die derzeitige Systematik gefährdet.
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (VRA) liegt vor

DRG	**I70Z Unspezifische Arthropathien**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

RG	**I71 Muskel- und Sehnenerkrankungen** **A: Alter > 69 Jahre mit CC** **B: Alter < 70 Jahre mit CC oder Alter > 69 Jahre ohne CC** **C: Alter < 70 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I72 Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln** **A: Alter < 80 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 79 Jahre** **B: Alter < 80 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I73 Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes** **A: Alter > 59 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter < 60 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 59 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: Alter < 60 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I74 Verletzung an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß** **A: Alter > 74 Jahre mit CC** **B: Alter < 75 Jahre mit CC oder Alter > 74 Jahre ohne CC** **C: Alter < 75 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I75 Verletzung an Schultergelenk, Arm, Ellenbogengelenk, Kniegelenk, Bein oder Sprunggelenk** **A: Alter > 64 Jahre mit CC** **B: Alter < 65 Jahre mit CC oder Alter > 64 Jahre ohne CC** **C: Alter < 65 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**I76 Andere Erkrankungen des Bindegewebes** **A:Alter > 69 Jahre mit CC** **B: Alter < 70 Jahre mit CC oder Alter > 69 Jahre ohne CC** **C: Alter < 70 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**J01Z Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankung der Haut, Unterhaut und Mamma**
Kommentar	Sehr niedrige Fallzahl (N=6) in der G-DRG Kalkulation; davon waren nur 33% Inlier!!
Empfehlung	Sondervergütung dieser Patienten, eventuell nach § 6.1
Begründung	Kalkulation erscheint aufgrund sehr niedriger Fallzahlen und großer Schwankungen in der Verweildauer sehr schwierig. Aufgrund des großen wirtschaftlichen Risikos bei sehr langer Verweildauer sollten diese Fälle, sofern sich keine stabilere Datengrundlage findet, zunächst von der Vergütung über Fallpauschalen ausgeklammert werden.
Relevanz	mäßig
Umsetzung	Für 2004

DRG	**J02 Hauttransplantation/Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schweren CC**
Kommentar	Die G-DRG-Version 1.0 differenziert Operationen der Haut der unteren Extremität in 4 Basis-DRGs (J02, J03, J04, J05). Das primäre Unterscheidungskriterium ist die Durchführung einer Hauttransplantation oder Lappenplastik. Patienten mit Ulkus ohne Hauttransplantation (Basis-DRG J04) weisen jedoch einen deutlich höheren Ressourcenverbrauch und eine deutlich höhere Verweildauer auf als Patienten ohne Ulkus und mit Hauttransplantation (Basis-DRG J03). Gleichzeitig besteht eine hohe ökonomische Homogenität innerhalb der beiden Basis-DRGs J02 und J04 (Fälle mit Ulkus) sowie J03 und J05 (Fälle ohne Ulcus). Alle Basis-DRGs für Operationen an der Haut der unteren Extremität (J02 bis J05) weisen niedrige Fallzahlen mit hoher Ressourcen- und Verweildauervariabilität auf.
Empfehlung	Wir schlagen daher eine grundsätzliche Änderung der DRG-Logik im Bereich der Zuordnung dermatologischer Operationen an der unteren Extremität mit der primären Unterscheidung Ulkus / kein Ulkus vor. Anhand dieser Logik können 2 DRGs gestrichen werden ohne die klinische oder ökonomische Homogenität zu verschlechtern. Die von uns vorgeschlagene neue Logik (in Anlehnung an die AR-DRG-Version 5.0) sieht vor Patienten mit Prozeduren an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus in eine Basis-DRG zu gruppieren. Diese DRG wird zunächst nach einem PCCL >3 gesplittet. Patienten mit einem PCCL >3 werden in die DRG J12A eingruppiert. In diese DRG kommen alle Fälle der bisherigen DRG J02A sowie Fälle mit einem PCCL >3 aus der bisherigen J04A. Patienten mit einem PCCL < 4 werden dann weiter nach dem Kriterium Hauttransplantation oder Lappenplastik in die DRGs J12B und J12c gesplittet. Patienten die eine Hauttransplantation oder eine Lappenplastik erhielten werden in die DRG J12B gruppiert. Patienten ohne eine solche Prozedur in die DRG J12C. Die Differenzierung zwischen der DRG J12B und J12C ist seitens des Ressourcenverbrauchs noch nicht zufrieden stellend, eine weitere Zusammenfassung der DRGs (J12B und J12C) sollte allerdings zunächst aus klinischer Sicht nicht erfolgen. Dies sollte jedoch zu einem späteren Zeitpunkt anhand der Kalkulationsdaten und des klinischen Profils dieser Fälle erneut geprüft werden. Patienten mit Prozeduren an der Haut der unteren Extremität ohne Ulkus werden in eine zweite Basis-DRG gruppiert. Diese Basis-DRG wird durch das Splittkriterium PCCL >2 und Hauttransplantation / Lappenplastik in zwei DRGs geteilt. Patienten mit einem PCCL >2 und einer Hauttransplantation oder Lappenplastik werden in die DRG J13A gruppiert. Patienten mit einem PCCL < 3 oder keiner Hauttransplantation / Lappenplastik werden in die DRG J13B gruppiert. Die Unterschiede in der Verweildauer und im Ressourcenverbrauch zwischen den Fällen ohne Ulcus an der unteren Extremität und mit einer Hauttransplantation und den Fällen mit Hauttransplantationen an anderer Lokalisation wahrscheinlich nicht mehr signifikant. Der klinische Unterschied besteht hier jedoch weiterhin. In einer der nächsten Kalkulationsrunden sollten diese Daten erneut unter Einbeziehung von klinischen Aspekten geprüft werden. Von besonderer Bedeutung ist die Spezialisierung einiger Kliniken. Ein großer Antei der Fälle mit Ulkus der unteren Extremität werden in nur wenigen Kliniken behandelt. Eine differenzierte Abbildung der Patienten mit einer Operation an der Haut der unteren Extremität mit und auch ohne Ulkus ist also bei dieser Spezialisierung weiterhin zwingend erforderlich.
Begründung	Siehe Empfehlung
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J03 Hauttransplantation/Lappenplastik an der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut** **A_ mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Siehe DRG J02
Empfehlung	Siehe DRG J02
Begründung	Siehe DRG J02
Relevanz	Siehe DRG J02
Umsetzung	Siehe DRG J02
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J04 Eingriffe an der Haut der unteren Extremität ohne Transplantation oder Lappenplastik bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Siehe DRG J02
Empfehlung	Siehe DRG J02 und Basis-DRG J04
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J05Z Andere OR-Prozeduren an der Haut der unteren Extremität ohne Transplantation oder Lappenplastik außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut**
Kommentar	Siehe DRG J02
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J06 Große Eingriffe** **A: bei bösartigen Neubildungen der Mamma** **B: bei Erkrankungen und Verletzungen der Mamma außer bei bösartiger Neubildung**
Kommentar	In dieser DRG sind sowohl Fälle mit alleinigen Tumoroperationen als auch kombinierte Eingriffe aus Tumor-OP und plastischen Rekonstruktionen mit myokutanen Lappen. 1. Siehe Kapitel Übersetzungsfehler, Vorschlag zur Korrektur des Titels
Empfehlung	Es sollte überprüft werden, ob Fälle mit den folgenden Eingriffen eine Gruppe mit wesentlich erhöhtem Aufwand darstellen, die einen Splitt erfordert. 5-885.30 Plast Reko Mamma frei HautmuskTranspl, einseit 5-885.31 Plast Reko Mamma frei HautmuskTranspl, beids 5-885.3y Plast Reko Mamma frei HautmuskTranpl, Seite nnb 5-885.40 Plast Reko Mamma gest HtTranspl, einseit 5-885.41 Plast Reko Mamma gest HtTranspl, beids 5-885.4y Plast Reko Mamma gest HtTranspl, Seite nnb 5-885.50 Plast Reko Mamma gest Muskeltranspl, einseit 5-885.51 Plast Reko Mamma gest Muskeltranspl, beids 5-885.5y Plast Reko Mamma gest Muskeltranspl, Seite nnb 5-885.60 Pl Reko Mam gest HtMuskTrpl [myokut Lp] eins oh PrImpl 5-885.61 Pl Reko Mam gest HtMuskTrpl [myokut Lp] bds oh PrImpl 5-885.6y Pl Rek Mam gest HtMuskTrpl [mykut Lp] Seit nnb oh PrImpl 5-885.70 Pl Reko Mam gest HtMuskTrpl [myokut Lp] ProthImpl eins 5-885.71 Pl Rek Mamma gest HtMuskTrpl [myokut Lp] ProthImpl bds 5-885.7y Pl Rek Mam gest HtMuskTrpl [myokut Lp] PrImpl Seit nnb 5-885.80 Plast Reko Mamma Omentumlap, einseit 5-885.81 Plast Reko Mamma Omentumlap, beids 5-885.8y Plast Reko Mamma Omentumlap, Seite nnb 5-885.x0 Sonst plast Reko Mamma Haut- u MuskelTx, einseit 5-885.x1 Sonst plast Reko Mamma Haut- u MuskelTx, beids 5-885.xy Sonst plast Reko Mamma Haut- u MuskelTx, Seite nnb
Begründung	Diese Operationen liegen im Aufwand, durch OP-Dauer und Umfang des Eingriffs wesentlich höher als die einfacheren Tumoroperationen. Sie erfordern in der Regel zusätzlich einen gleichzeitigen gegenseitigen plastischen Eingriff zur Erhaltung der Symmetrie.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J07 Kleine Eingriffe** **A: bei bösartigen Neubildungen der Mamma** **B: bei Erkrankungen und Verletzungen der Mamma außer bei bösartiger Neubildung**
Kommentar	**Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt**

DRG	**J08 Andere Hauttransplantation und/oder Debridement** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Inhomogenitäten bestehen insbesondere durch die Eingruppierung von malignen (hoher Anteil) und nichtmaligner Erkrankungen in diese DRG. Die Fälle mit einer nichtmalignen Hauptdiagnose haben eine deutlich niedrigere Verweildauer und einen niedrigeren Ressourcenverbrauch.
Empfehlung	Beobachtung des Anteil und der Verteilung der nichtmalignen Hauptdiagnosen innerhalb dieser DRG
Begründung	Starke Inhomogenität durch nichtmaligne Hauptdiagnosen.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004 / 2005
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J09Z Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**J10Z Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma**
Kommentar	Siehe DRG J08
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J11Z Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma**
Kommentar	Siehe DRG J08
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J60 Hautulkus** **A: Alter > 64 Jahre** **B: Alter < 65 Jahre**
Kommentar	Sehr hohe Differenz der geometrischen Verweildauer zwischen DRG-Kalkulation und DDG-Projekt (Faktor 2). Fallselektion dermatologischer Fachabteilungen die in anderen Kliniken nicht versorgt werden können oder andere Therapieoptionen in Fachabteilungen?
Empfehlung	Beobachtung des Profils der DRG, insbesondere der Unterschiede zwischen dermatologischen Fachabteilungen und anderen Fachabteilungen.
Begründung	Hohe Relevanz für einige Spezialkliniken bei sehr langer Verweildauer der Patienten.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J61Z Schwere Erkrankungen der Haut**
Kommentar	Die Basis-DRG J61 (Schwere Erkrankungen der Haut) ist eine vom Diagnosespektrum heterogene "Sammel"-DRG für verschiedenste Hauterkrankungen. Sie wird von den verschiedenen Arten der Psoriasis dominiert. Die Psoriasis weist sehr unterschiedliche Verlaufsformen auf, die zu einem unterschiedlichen Ressourcenverbrauch und einer unterschiedlichen Verweildauer führen. Anhand spezifischer Hauptdiagnosen können diese Patienten aufgrund der mangelnden Differenzierung in der ICD 10 nicht unterschieden werden. Es können jedoch deutlich zwei Gruppen von Patienten anhand ihrer PCCL getrennt werden.
Empfehlung	Über einen Schweregradsplitt (PCCL >3) lassen sich diese beiden Gruppen deutlich differenzieren.
Begründung	Innerhalb der Basis-DRG J61 weist eine Gruppe von Patienten einen deutlich höheren Ressourcenverbrauch als der Durchschnitt der Patienten dieser Basis-DRG. Diese Patienten verteilten sich nicht gleichmäßig auf die Kliniken. Hauptdiagnosen oder ein Alterssplitt konnten keine zufriedenstellenden Ergebnisse bringen. Anhand des PCCL kann jedoch eine Gruppe von Patienten identifiziert werden, die einen deutlich erhöhten Aufwand im Vergleich zum Durchschnitt der Basis-DRG hat. Patienten mit einem PCCL >3 weisen einen deutlich höheren Aufwand, sowie eine deutlich höhere geometrische und arithmetische Verweildauer auf. Der Anteil dieser Subgruppe liegt bei 5%, der Anteil am Aufwand innerhalb der gesamten DRG bei circa 7%. Hierbei sind deutliche klinikindividuelle Unterschiede zu beachten. Der Anteil am Gesamtaufwand innerhalb einzelner Kliniken innerhalb dieser DRG beträgt bis über 30%. Durch die Einführung des Splittkriteriums lassen sich Symmetrie- und Homogenitätskoeffizient verbessern.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**J62 Bösartige Neubildungen der Mamma** **A: Alter > 69 Jahre mit CC** **B: Alter < 70 Jahre mit CC oder Alter > 69 Jahre ohne CC** **C: Alter < 70 Jahre ohne CC**
Kommentar	Problem Chemotherapie
Empfehlung	Analyse durch InEK

DRG	**J63Z Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**J64 Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut** **A: Alter > 59 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: Alter > 59 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 60 Jahre**
Kommentar	70% der Fälle haben in dermatologischen Fachabteilungen die Hauptdiagnose Erysipel. In der Kalkulationsstichprobe nur 38%, hier zeigte sich jedoch ein wesentlich höherer Anteil von Hautabszessen, die in der Regel eine deutlich niedrigere Verweildauer und einen deutlich niedrigeren Ressourcenverbrauch aufweisen.
Empfehlung	Beobachtung unter Berücksichtigung des Fallspektrums dermatologischer Fachabteilungen im Vergleich zu anderen Fachabteilungen.
Begründung	Hohe Relevanz für dermatologische Fachabteilungen durch unterschiedliches (ressourcenintensiveres) Fallspektrum
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**J65 Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma** **A: Alter > 69 Jahre** **B: Alter < 70 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**J66 Mäßig schwere Erkrankungen der Haut** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Vom Diagnosespektrum her sehr heterogene „Sammel“-DRG , z.Z. jedoch ohne Anhalt für weiter Splittnotwendigkeiten.
Empfehlung	Analyse des Fallspektrums dermatologischer Fachabteilungen im Vergleich zu nicht-dermatologischen Fachabteilungen.
Begründung	Gefahr der Selektion aufwändiger Fälle (Diagnosen) in dermatologischen Fachabteilungen.
Relevanz	Niedrig

DRG	**J67 Leichte Erkrankungen der Haut** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Siehe DRG J66

Der Diabetes ist eine Erkrankung, die sich in vielen Formen manifestieren kann. Das australische – und folglich auch das deutsche – DRG-System ordnet den Fall immer dem Organsystem (Hauptdiagnosekategorie) zu, das hauptsächlich behandelt wurde. Diabetiker, die wegen ihrer Polyneuropathie behandelt werden, werden so in die MDC 1 (Nervensystem) eingruppiert. Patienten, die primär wegen ihres Diabetes oder wegen multipler Komplikationen des Diabetes behandelt werden, werden in die MDC 10 (endokrines System) gruppiert.

Endokrinologische Fälle können daher auch in nicht-endokrinologische DRGs gruppiert werden. Dort machen sie aber oft nur einen kleinen Teil der Fälle aus. Das klinische Profil der DRG B71B der InEK-Stichprobe zeigt, dass häufig Fälle mit Karpaltunnelsyndrom in diese DRG gruppiert wurden. Die diabetischen Fälle machten lediglich 3,2% der Stichprobe aus. Ähnliche Abweichungen konnten auch in anderen DRGs aufgezeigt werden. Im Unterschied zu den DRGs, die unterschiedliche Fälle in dieselbe DRG gruppieren, werden diese Fälle oft nicht in derselben Fachabteilung, oft sogar noch nicht einmal in derselben Klinik behandelt. Die Daten der prospektiven Stichprobe des endokrinologischen DRG-Evaluationsprojekts stammten ausschließlich aus endokrinologischen Fachabteilungen bzw. Fachkrankenhäusern. Hier lag die mittlere Verweildauer der Fälle in der DRG B71B mehr als doppelt so hoch wie in der InEK-Stichprobe.

Diabetologische Fälle, die in eine nicht-endokrinologische DRG eingruppiert werden, werden meist aufgrund einer Komplikation der Grunderkrankung Diabetes dort eingruppiert. Sie sind somit oft aufwändiger als andere Fälle, die wegen einer anderen Grunderkrankung in dieselbe DRG eingruppiert werden. Der Patient mit einer diabetischen Polyneuropathie hat eine mehr als doppelt so hohe Verweildauer wie der Patient mit einem Karpaltunnelsyndrom.

Im Vergleich der Verweildauern der einzelnen DRGs, in die diabetologische Fälle eingruppiert werden können, liegt die mittlere Verweildauer teilweise erheblich über der mittleren Verweildauer der InEK-Stichprobe, unterscheidet sich zwischen den einzelnen DRGs sich jedoch kaum.

Da die diabetologischen Fälle hinsichtlich der Verweildauer eine relativ homogene Gruppe bilden, sich aber deutlich von den nicht-diabetologischen Fällen unterscheiden, sollte jeder konservativ behandelte diabetologische Fall in die MDC 10 eingruppiert werden.

Anpassung Klassifikationssystem
MDC 10 [K] Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Dazu muss die Liste der Hauptdiagnosen der MDC 10 (TAB-M10-0), die bis jetzt nur die Kodes für Diabetes mit Koma, mit Ketoazidose, mit multiplen Komplikationen, mit sonstigen Komplikationen oder ohne Komplikationen enthält, um die übrigen Diabetes-Kodes ergänzt werden. Diese Kodes müssen aus den übrigen Hauptdiagnoselisten entfernt werden, um eine Gruppierung in eine nicht-endokrinologische DRG zu verhindern.

Da in dieser Studie hauptsächlich konservativ behandelte Patienten untersucht werden, kann keine Aussage über die Verweildauern der Patienten gemacht werden, die operativ aufgrund einer Komplikation des Diabetes behandelt wurden (Ausnahme: Diabetisches Fußsyndrom).

DRG	**K01Z Diabetischer Fuß**
Kommentar	A. In die DRG K01Z können alle Fälle gruppiert werden, die eine Hauptdiagnose aus der MDC 10 und eine Prozedur aus der Tabelle TAB-K01-1 haben. Laut den aktuellen Kodierrichtlinien muss ein diabetisches Fußsyndrom (DFS) mit einem Kode aus der Klasse E1-.7- (Diabetes mit multiplen Komplikationen) kodiert werden. Da bei der Eingruppierung lediglich die Prozedur in dieser DRG relevant ist, können auch Fälle ohne DFS in die K01Z gruppiert werden. Dies führt zu einer Vermischung der Fälle mit DFS mit anderen endokrinologischen Fällen in einer DRG, die spezifisch für das DFS ist. B. Die Liste der Prozeduren ist unvollständig. Insbesondere fehlen femoropedale und popliteopedale Bypässe, die Drainage, das Einlegen eines Medikamententrägers sowie Prozeduren am Fußnagel. Fälle mit solchen Prozeduren werden daher zur Zeit nicht in die DRG K01Z eingruppiert, obwohl sie wegen eines DFS (operativ) behandelt wurden. Ein Splitt aufgrund der Prozeduren (eventuell Vorschlag der Gefäßchirurgen) sollte nicht erfolgen. Therapieziel ist der Fußerhalt, nicht die Amputation. Aus einem Splitt auf der Basis der operativen Prozeduren würde aber eine Besserstellung der Amputation resultieren, damit würde ein falscher Anreiz geschaffen.
Empfehlung	A. Einschränkung Diagnosen auf Diabetes B. Erweiterung der Prozedurentabelle siehe Vorschlag DDG
Begründung	A. Um die Spezifität der DRG K01 zu erhöhen, ist eine Anpassung der Hauptdiagnoseliste erforderlich, wie sie in der AR-DRG V5.0-Gruppierungslogik bereits erfolgte. Gemäß den deutschen Kodierrichtlinien KDR 0401b muss jeder diabetische Fuß mit einem Kode aus der Klasse E1-.7- (Diabetes mit multiplen Komplikationen) verschlüsselt werden. Um eine Vermischung der Fälle mit diabetischen Fußsyndrom mit anderen Fällen in dieser DRG zu vermeiden, sollten nur Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der Klasse E1-.7- in diese DRG gruppiert werden. B. Die Liste der Prozeduren sollte mit den fehlenden Prozeduren (Inzisionen, Operationen am Nagelorgan und Anlage eines femoropedalen oder popliteopedalen Bypasses) ergänzt werden.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**K02Z Eingriffe an der Hypophyse**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K03Z Eingriffe an der Nebenniere**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K04Z Große Eingriffe bei Adipositas**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K05Z Eingriffe an der Nebenschilddrüse**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K06Z Eingriffe an der Schilddrüse**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K07Z Eingriffe bei Adipositas**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K08Z Eingriffe am Ductus thyreoglossus**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K09Z Andere OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K40Z Endoskopische oder diagnostische Eingriffe bei Stoffwechselerkrankungen ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K60 Diabetes mellitus** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	
Empfehlung	Siehe allgemeine Empfehlungen zur MDC 10
Relevanz	mittel
Umsetzung	Für 2005

DRG	**K61Z Schwere Ernährungsstörungen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K62 Verschiedene Stoffwechselerkrankungen** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC oder Alter > 74 Jahre ohne schwere CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 75 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K63Z Angeborene Stoffwechselstörungen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**K64 Endokrinopathien** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	In die DRG K64 (Endokrine Erkrankungen) werden alle Fälle gruppiert, bei denen eine endokrinologische Hauptdiagnose vorliegt und die nicht operativ und nicht invasiv interventionell therapiert werden. Daraus ergibt sich, dass der Patient, der mit einer Schilddrüsenerkrankung zwei Tage zur Diagnostik in einer Klinik war ebenso in die Gruppe K64 eingruppiert wird wie der Schilddrüsenpatient, der bei bösartigem Schilddrüsentumor eine hochdosierte Radiojodtherapie in der Nuklearmedizin erhalten hat. Solange keine das Gegenteil beweisenden Daten vorliegen, ist zunächst einmal davon auszugehen, dass die Fälle innerhalb der DRG K64 in allen Krankenhäusern gleich verteilt sind (homogene Gruppe). Da nuklearmedizinische Leistungen wie z. B. die Radiojodtherapie aber nur in spezialisierten nuklearmedizinischen stationären Einrichtungen durchgeführt werden können, kann bei dieser Fallgruppe von einer Gleichverteilung nicht primär ausgegangen werden. Nuklearmedizinisch therapierte Schilddrüsenpatienten erhalten eine teure Therapie mit Radionukliden, die Kosten der anderen Therapien sind zunächst einmal unklar. Je nach Fachabteilung, die diese Patienten hauptsächlich während des gesamten Aufenthaltes behandelte, differieren die Verweildauern. Innerhalb der DRG K64 wurden abhängig vom Schwerpunkt der Fachabteilung unterschiedlichste Leistungen erbracht, die aus der Verweildauerinformation nicht zu entnehmen sind (z.B. hohe Kosten der Radiojodtherapie)
Empfehlung	Da die Radiojodtherapie der Schilddrüse ausschließlich in nuklearmedizinischen Fachabteilungen erfolgt, sollte die Gruppe der Fälle, die eine Radiojodtherapie erhalten, von der Gruppe der restlichen Fälle der DRG abgetrennt werden. Hierzu wäre eine neue DRG (K41Z) zu bilden, die ausschließlich für die Radiojodtherapie der Schilddrüsenerkrankungen konzipiert ist. Da die Mischung der Fälle mit gutartigen und bösartigen Erkrankungen und die Radiojodtherapie in jedem nuklearmedizinischen Zentrum annähernd gleich sein sollte, genügt zunächst eine abrechenbare DRG für diese Fälle.
Begründung	Bei der Radioiodtherapie, z. B. des Schilddrüsenkarzinoms, der Schilddrüsen-Autonomie oder der Immunthyreopathie, handelt es sich um eine Therapie mit offenen Radionukliden. Daher muss die in Deutschland geltende Strahlenschutzgesetzgebung („Strahlenschutzverordnung“ und „Richtline Strahlenschutz in der Medizin“) eingehalten werden. Dies bedeutet, daß in Deutschland die Radioiodtherapie ausschließlich auf speziell ausgestatteten nuklearmedizinischen Therapiestationen (Abklinganlage, baulicher Strahlenschutz, Dosimetrie, Qualitätskontrollen, 24h-Verfügbarkeit eines Medizinphysikexperten und eines im Strahlenschutz fachkundigen Arztes, ...) durchgeführt werden darf und der Patient dort mindestens 48h, meist jedoch mehrere Tage, stationär verbleiben muss. Die Entlassungskriterien sind in der o.g. Richtline klar vorgegeben. Bei der Radiojodtherapie fallen neben hohen Kosten für die Erfüllung der Strahlenschutzgesetzgebung zusätzlich hohe Radionuklidkosten an. Dies führt dazu, dass die Kosten, der Fälle, die eine Radiojodtherapie erhalten, im Vergleich zur Restgruppe der K64 (A/B)-Fälle differieren. Es wird daher vorgeschlagen, aus der DRG K64 die Fälle mit einer Radiojodtherapie abzuspalten und eine neue DRG K41Z zu bilden.
Relevanz	Hoch, > 10.000 Fälle pro Jahr mit Radiojodtherapie
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (Nuklearmedizin) liegt vor

DRG	**L01 Nierentransplantation** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Siehe DRG A02Z
Empfehlung	Die DRG L01A und die DRG L01B (Nierentransplantation) sollen von der MDC-L zur Pre-MDC A09 verschoben werden.
Begründung	Mit der Verschiebung wird der Logik entsprochen, der alle anderen soliden Organtransplantationen folgen. Darüber hinaus wird hierdurch verhindert, dass Nierentransplantierte, die langzeitbeatmet sind, in die entsprechenden langzeitbeatmeten DRGs eingruppiert werden. (siehe auch Begründung DRG A02Z)
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**L02Z Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L03 Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe bei Neubildung** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	In diese DRG werden alle Fälle mit operativen Eingriffen bei Neubildungen der Nieren, Ureteren und der Harnblase gruppiert. Somit werden in dieselbe DRG sowohl Patienten, bei denen eine Neoblase gebildet wurde, als auch Patienten, die lediglich eine Biopsie der Niere durch Inzision erhielten, gruppiert. Würde die Neoblasen-Anlage weiterhin in die DRG L03 gruppiert werden, so würde dies zu einer systematischen Unterfinanzierung der wenigen Zentren führen, an denen ein solcher Eingriff durchgeführt werden kann.
Empfehlung	Der Splitt der DRG L03 anhand des PCCL (zur Zeit PCCL > 2) sollte ergänzt werden um einen Splitt unter Berücksichtigung besonders aufwändiger Prozeduren, wie die Anlage einer Neoblase.
Begründung	Bei der Anlage einer Neoblase müssen zunächst die Harnblase sowie die betroffenen Lymphstrukturen unter Berücksichtigen der Sicherheitsabstände bei malignen Neubildung entfernt werden. Anschliessend wird, meist aus einem Teil des Magens oder Darms, eine neue Blase gebildet, in die Harnleiter implantiert werden. Die Bildung einer Neoblase ist ein sehr aufwändiges Verfahren, das nur in wenigen urologischen Kompetenz-Zentren in Deutschland durchgeführt werden kann. Die Operation dauert 6-8 Stunden und bedingt einen mehrtägigen Aufenthalt auf der Intensivstation.
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**L04 Nieren-, Ureter- und große Harnblasen-Eingriffe außer bei Neubildung** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L05 Transurethrale Prostataresektion** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Redundante DRG (siehe M02A/B) aus systematischen Gründen. Diese Doppel-DRG ist aber verzichtbar.
Empfehlung	Streichung dieser DRG, da redundant in MDC M
Begründung	Diese DRG ist redundant. Dies führt bei unterschiedlichen Kostengewichten zu falschen Anreizen, da die Leistung (TUR Prostata) grundsätzlich gleich ist. Die Prostatahyperplasie ist grundsätzlich eine Erkrankung der männlichen Geschlechtsorgane, so dass dort die DRG verbleiben sollte.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

DRG	**L06 Kleine Eingriffe an der Harnblase** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L07 Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Die Mehrfachbiopsie der Prostata sollte unter besonderen Indikationen (s. u.) mit einer geeigneten DRG-Zuordnung versehen werden, da sie nicht ambulant routinemässig durchgeführt werden kann. Dazu zählen 1. randomisierte Mehrfachbiopsien (8-, 12-fach Biopsien) bei unauffälligem Tastbefund, erhöhtem PSA und fehlgeschlagener Vordiagnostik insbesondere bei erhöhter Schmerzintoleranz 2. komplizierende Begleiterkrankungen wie Gerinnungsstörung! Prostatitisanamnese, antikoagulative Therapie etc. 3. obstruktive Symptomatik mit der hohen Wahrscheinlichkeit einer postoperativen Harnverhaltung bei entsprechender Anamnese.
Empfehlung	A. Schaffung eines neuen OPS-Kodes für die Mehrfachbiopsie der Prostata unter besonderer Berücksichtigung der o. g. Indikationen und Beschränkung auf den stätionären Bereich. Ein entsprechender Antrag für die Schaffung dieses neuen OPS-Kodes ist in Vorbereitung. B. Einordnung des neuen OPS-Kodes als gruppierungsrelevante OPS-Prozedur in die DRG L07 Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion
Begründung	Diese Mehrfachbiopsie kann nicht ambulant routinemäßig durchgeführt werden. Sie entspricht für die oben genannten Indikationen nicht dem OPS-Kode 1-563.0 und folgende. Empfehlung der Zuordnung zur DRG L07, da es sich um Eingriffe an der Prostata ohne eine Prostataresektion handelt auch wenn die Mehrfachbiopsien in aller Regel nicht transurethral durchgeführt werden.
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

DRG	**L08 Eingriffe an der Urethra** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Derzeit erfolgt eine Aufsplittung der Basis-DRG L08 in die zwei abrechenbaren DRGs A und B anhand des PCCL. Diese Splittkriterien können jedoch zu keiner leistungsgerechten Gruppierung führen, da die OPS-Prozeduren, die in diese DRG führen, sowohl aufwändige als auch weniger aufwändige Eingriffe darstellen, die somit innerhalb der DRG L08 zu Inhomogenitäten führen. Als weniger aufwändige Eingriffe werden in diesem Zusammenhang vor allem die folgenden OPS-Ziffern betrachtet: 5-585.0 Transurethrale Urethrotomia interna, ohne Sicht 5-585.1 Transurethrale Urethrotomia interna, unter Sicht
Empfehlung	Die OPS-Kodes 5-585.0 und 5-585.1 sollten aus der Gruppierungslogik für die DRG L08 entfernt werden und künftig in die DRG L40Z Ureteroskopie gruppieren.
Begründung	Unterschiedlich aufwändige Prozeduren führen zur Inhomogenität der DRG L08A
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

G-DRG	**L09 Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane**
AR-DRG	Other Procedures for Kidney and Urinary Tract Disorders
Kommentar	A. Titel nicht inhaltsgleich B. Die diesen G-DRGs zugeordneten perkutanen-transluminalen Gefäßinterventationen (8-836.-a) an visceralen Gefäßen sind im australischen System nicht in der Definition dieser Fallgruppen enthalten und zudem auch anatomisch falsch. Der deutsche Kode 8 836.0a (Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße viszeral) lässt sich beispielsweise einwandfrei medizinisch inhaltlich auf den australischen Kode 3530301 (Percutaneous transluminal balloon angioplasty of aortic visceral branches) mappen. Dieser australische Kode ist nachweislich nicht der AR-DRG L09 zugeordnet, kann also auch nicht Grundlage der Definition der G-DRG sein. Statt der Kodes für Gefäßinterventionen an visceralen Gefäßen müssten die entsprechenden anatomisch korrekten Kodes für Gefäßinterventionen an abdominalen Gefäßen dieser DRG zugeordnet werden. C. Die DRG L09 stellt eine heterogene Gruppierung von nicht vergleichbaren operativen Eingriffen mit erheblich unterschiedlichem Kostenaufwand dar. z.B.: 1-425.0 Perkutane (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, zervikal versus 5-402.2 Reg LA (Ausräum me LK 1 Reg) selbst Eingriff paraaor off chir (dies entspricht einer mehrstündigen, komplizierten Operation ggf. mit Nerverhaltung und Gefäßersatz sowie interdisziplinärem OP-Team)
Empfehlung	A. Neuer Titel: “Andere Eingriffe bei Nieren- und Harnwegserkrankungen“ B. Hinzufügen der Kodes für eine PTA an abdominalen Gefäßen (8-836.*9 und 8-836.y) zur Prozedurenliste TAB-L09-1. Entfernung der Kodes 8-836.-a aus der Prozedurenliste TAB-L09-1 C. Splittung der DRG L09 aufgrund der Prozedur. Dazu könnte die Prozedurenliste TAB-L09-1 in zwei Listen aufgeteilt werden, von denen die eine weniger aufwändige Prozeduren, und die andere aufwändigere Prozeduren enthält.
Begründung	A. Falsche Übersetzung B. Bei den Aa. renalis handelt es sich um abdominale Abgänge der Aorta, nicht um viszerale Abgänge. Aus diesem Grund sollten die Kodes für PTA an den viszeralen Gefäßen durch die Kodes für PTA an den abdominalen Gefäßen ausgetauscht werden. C. Sehr inhomogene Fallgruppe
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

Sinngemäß auch bei den DRG L62, L63, L65 und L67

DRG	**L40Z Ureteroskopie**
Kommentar	A. Im G-DRG-System definiert eine Vielzahl von OPS-Kodes diese Fallgruppe. Hierbei handelt es sich nicht nur um diagnostische Maßnahmen, sondern zu einem großen Teil auch um therapeutische Maßnahmen. Alle Kodes, die mit 5-552, 5-560, 5-561, 5-562 und 5-590 beginnen, beschreiben therapeutische Maßnahmen. Die Zuordnung ist nach Vergleich mit der australischen Original-DRG nicht nachvollziehbar. Die der DRG zugeordneten Kodes zur Drainage, Inzision und Exzision perirenalen und retroperitonealen Gewebes (5-590.-) sind ebenfalls nicht mit der australischen Systematik vereinbar. Dort sind keine Drainagekodes der DRG L40Z zugeordnet. Ein Patient, der eine retroperitoneale Drainage benötigt, ist schwer krank. Die DRG beschreibt den gesamten Fall, nicht das Therapieverfahren. In der G-DRG werden somit wesentlich aufwändigere Patienten mit rein diagnostischen Fällen gemischt, als dies in der australischen Gruppendefinition vorgesehen ist. B. Die DRG L08 ist sehr heterogen aufgebaut. Die weniger aufwändigen Kodes 5-585.0 und 5-585.1 sollten daher in die DRG L40 führen.
Empfehlung	A. Entfernung der therapeutischen OPS-Kodes aus der Prozedurenliste TAB-L40-1. B. Die OPS-Kodes 5-585.0 und 5-585.1 sollten aus der Gruppierungslogik für die DRG L08 entfernt werden und künftig in die DRG L40Z Ureteroskopie führen.
Begründung	A. Im australischen Originalsystem ist dieser AR-DRG als einziger Leistungskode die Ureteroskopie, also eine rein diagnostische Maßnahme hinterlegt. Im aktuellen G-DRG System kommt es zu einer Durchmischung von rein diagnostischen und aufwändigen therapeutischen Fällen in dieser DRG. B. OPS-Kodes 5-585.0 und 5-585.1 passen unter Aufwandsgesichtspunkten besser in die DRG L40 als in die DRG L08
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

DRG	**L41Z Urethrozystoskopie ohne CC**
Kommentar	Derzeit können mit dem OPS keine retrograden Ureterographien verschlüsselt werden. Wird wenigstens der OPS-Kode 8-136.0 (Einlegen eines Ureterkatheters) angegeben erfolgt die Gruppierung in die DRG L41Z. Der Aufwand einer retrograden Ureterographie ist jedoch deutlich größer. Das Verfahren kann eingesetzt werden, um eine Ureterrenoskopie in Narkose zu vermeiden. Das PCCL-Kriterium der Basis-DRG erscheint problematisch (trifft auch auf DRG M40Z zu!).
Empfehlung	Schaffung eines OPS-Schlüssels und mittelfristige Überprüfung, wie retrograde Ureterographien sachgerecht abgebildet werden können (z.B. eigener Splitt in Basis-DRG L41) Überprüfung ob das PCCL-Kriterium aufgegeben oder durch ein weniger problematisches ersetzt werden könnte (trifft auch auf DRG M40Z zu!).
Begründung	Wird nicht sachgerecht finanziert, besteht der Anreiz das aufwändigere und risikobehaftetere Verfahren der Ureterrenoskopie einzusetzen, dass über die DRG L40Z adäquater finanziert zu seien scheint. Werden die aufwändigeren Fälle (PCCL>1) in eine konservative DRG gruppiert, so wird deren Bewertungsrelation mit hoher Wahrscheinlichkeit auch über der der L40Z liegen. So entsteht der Anreiz im Rahmen eines strategischen Kodierens die Verschlüsselung der gruppierungsrelevanten Prozedur „zu vergessen“. Die DRG L40Z würde dadurch überflüssig. Dies trifft im Prinzip auch auf die DRG M40Z zu, die lediglich eine Kopie der DRG L41Z in der MDC 12 darstellt!
Relevanz	Hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

DRG	**L42Z Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L60A Niereninsuffizienz** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC oder Alter > 69 Jahre ohne schwere CC** **C: Alter < 70 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L61Z Stationäre Aufnahme zur Dialyse**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L62 Neubildungen der Harnorgane** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L63 Infektionen der Harnorgane** **A: Alter > 69 Jahre mit äußerst schweren CC** **B: , Alter > 69 Jahre ohne äußerst schwere CC** **C: Alter < 70 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L64Z Harnsteine und Harnwegsobstruktion**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L65 Beschwerden und Symptome der Harnorgane** **A: mit mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne mit äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L66Z Urethrastriktur**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**L67 Andere Krankheiten der Harnorgane** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**M01Z Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann**
Kommentar	Die DRG M01 (Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann) stellt eine heterogene Gruppierung von nicht vergleichbaren operativen Eingriffen mit erheblich unterschiedlichem Kostenaufwand dar. Der Unterschied besteht jedoch nicht nur im operativen Aufwand, sondern ist auch durch unterschiedliche Komplexitätsgrade von Patienten gekennzeichnet. Derzeit erfolgt keine Differenzierung der DRG M01. So führen beispielsweise sowohl die OPS-Prozedur 1-559.2 „Biopsie am Mesenterium durch Inzision“ als auch die Prozedur 5-576.81 „Zystektomie Eviszeration kleines Becken Mann, laparoskopisch“ in die DRG M01.
Empfehlung	Es wird ein Splitting der DRG M01 anhand von OPS-Prozeduren in kleine und große operative Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann empfohlen. Aufwändige Prozeduren sollten immer in die höhere DRG-Splittinggruppe münden. Entsprechende OPS-Zuordnungen sind vorbereitet.
Begründung	Die Patienten, die kleine Eingriffe erhalten, unterscheiden sich deutlich von den Patienten, die große Eingriffe erhalten. Große Eingriffe am Becken wie z. B. die Zystektomie setzen entsprechend ausgedehntere Erkrankungen voraus und sind mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer längeren Verweildauer vergesellschaftet. Damit sind in dieser Gruppe unterschiedlich aufwändige Fallspektren gemischt. Aufwändige Eingriffe finden nicht in jeder urologischen Abteilung statt. Ein Teil der aufwändigen Eingriffe wird nur in speziellen oder in hoch spezialisierten urologischen Fachabteilungen durchgeführt.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

DRG	**M02 Transurethrale Prostataresektion** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schweren oder schweren CC**
Kommentar	Zusammenlegung mit korrespondierender DRG in der MDC L
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (Dt. Ges. f. Urologie) liegt vor

DRG	**M03A Eingriffe am Penis** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	1. s. M05 2. Die DRG M03 stellt eine heterogene Gruppierung von nicht vergleichbaren operativen Eingriffen mit erheblich unterschiedlichem Kostenaufwand dar. z.B.: 1-564.2 Biopsie am Praeputium durch Inzision versus 5-596.1 Konstruktion Neourethra, einzeit, Harninkontinenz (dies entspricht einer mehrstündigen, komplizierten Operation)
Empfehlung	1. Aufnahme des Kodes 5-640.3 und 5-640.4 in die Prozedurenliste TAB-M03-1 2. Die DRG M03 sollte aufgrund der Prozeduren gesplittet werden. Dies kann durch durch die Differenzierung der Prozeduren in zwei Listen (s. Anhang) geschehen. Die Kodes, die sehr aufwändige operative Eingriffe kennzeichnen, sollten der DRG M03A zugeordnet werden.
Begründung	1. s. M05 2. sehr heterogene Fallgruppe aufgrund unterschiedlich aufwändiger Prozeduren, die in diese DRG führen
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

DRG	**M04 Eingriffe am Hoden** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**M05 Zirkumzision**
Kommentar	Die Kodes für die Reposition einer Paraphimose in Narkose und die Lösung von Präputialverklebungen bezeichnen andere Eingriffe als eine Zirkumzision. Die Zirkumzision ist ein operatives Verfahren (Schnitt, Naht), die Lösung von Vorhautverklebungen nicht. Die Frenulumplastik ist im AR-DRG-System der DRG M03 zugeordnet.
Empfehlung	Entfernung des Kodes 5-640.3 und 5-640.4 aus der Prozedurenliste TAB-M05-1
Begründung	Im australischen Originalsystem definieren die Reposition einer Paraphimose oder die Lösung von Präputialverklebungen (MBS 3066600 [Reduction of paraphimosis], MBS 9040201 [Division of penile adhesions, bei der DRG M03A-B offensichtlich auf den OPS-Kode 5-649.1 (Adhäsiolyse am Penis) gemappt] u. a. die AR-DRGs M03A-B (Penis Procedures) und nicht die AR-DRG M05. Ebenso ist der MBS-Kode 3743500 [Fraenuloplasty of of penis] klar den AR-DRGs M03A-B zugeordnet. Die Verschiebung der Frenulumplastik in die G-DRG M05Z kann somit nicht im Sinne einer Übersetzung erklärt werden. Hier ist folglich eindeutig eine falsche Überleitung bei der Definition der G-DRGs erfolgt.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Dt. Ges. f. Urologie liegt vor

DRG	**M06 Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen** **A: bei bösartiger Neubildung** **B: Geschlechtsorganen außer bei bösartiger Neubildung**
Kommentar	Beim lokal begrenzten Prostatakarzinom ist die Implantation radioaktiver Seeds (OPS-Kode 8-525.21, Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern: Mehr als 10 Quellen) eine Therapieoption für ausgewählte Fälle. Diese Fälle werden in die DRG M06A „Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung“ gruppiert, ebenso wie viele Fälle mit anderen weniger aufwändigen Therapieverfahren (urologische und radioonkologische).
Empfehlung	1. Gesonderte Finanzierung (Zusatzentgelte) der hohen Sachkosten neben der DRG-Pauschale 2. Alternativ: Splitt der DRG über die Prozedur (OPS-Kode 8-525.21, Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern: Mehr als 10 Quellen), erscheint aber wegen der geringen Fallzahl bundesweite weniger praktikabel.
Begründung	Diese Seedimplantationen übertreffen im Aufwand durch die hohen Sachkosten die übrigen Fälle in M06A um ein Vielfaches. Allein die Sachkosten für die radioaktiven Implantate betragen ca. 4500-5500€. Diese Therapie wird nur in wenigen spezialisierten Strahlentherapie/Urologie Zentren durchgeführt. Die übrigen Fälle derselben DRG-Fallgruppe werden verteilen sich dagegen auf alle Krankenhäuser mit Urologischen Abteilungen.
Relevanz	Im Jahre 2002 wurden ca. >600 Seedimplantationen im stationären Bereich durchgeführt. Eine fehlende Differenzierung führt zu nicht sachgerechter Vergütung der spezialisierten Zentren.
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DEGRO) liegt vor, abgestimmt mit Dt. Ges. f. Urologie
Umsetzung	Für 2004

DRG	**M40Z Urethrozystoskopie ohne CC**
Kommentar	Zusammenlegung mit korrespondierender DRG in der MDC L
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (Dt. Ges. f. Urologie) liegt vor

DRG	**M60 Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**M61 Benigne Prostatahyperplasie** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**M62 Infektion/Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**M63Z Sterilisation beim Mann**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**M64Z Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N01Z Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N02 Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien oder Adnexe** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N03 Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Hinweis	Weitere Erläuterungen siehe Anlage

DRG	**N04Z Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung**
Kommentar	In der aktuellen Version 1.0 der G-DRG werden in der N04.Z alle Hysterektomien außer bei bösartiger Neubildung zusammengefasst. Dabei wird nicht berücksichtigt, ob andere operative Prozeduren, insbesondere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen mit durchgeführt werden. Dadurch werden jedoch deutlich höhere Sachkosten verursacht, welche mit in die Bewertung einfließen sollten. In der Definition der G-DRG N06Z werden sowohl isolierte, kleine (z.B. vordere Kolporrhaphie), als auch große, aufwändige operative Verfahren zur Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane aufgeführt, was Inhomogenitäten vermuten lässt.
Empfehlung	1. Es wird ein Splitting der N04Z in 2 Gruppen vorgeschlagen: Die Basis-DRG N04 sollte aufgeteilt werden in N04A [Hysterektomie mit rekonstruktiven Eingriffen an den weiblichen Geschlechtsorganen] und N04B [Hysterektomie ohne rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen] 2. Kleine Eingriffe sollten aus der G-DRG N06Z ausgelagert und in die G-DRG N09 verlagert werden, um eine Homogenisierung der G-DRG N06 zu erreichen. Dies wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie empfohlen.
Begründung	Es wird eine leistungsgerechtere Vergütung erreicht
Relevanz	Eine systematische Benachteiligung von Krankenhäusern, in denen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern in der Gruppe der N04Z anteilig mehr Hysterektomien mit rekonstruktiven Eingriffen an den weiblichen Geschlechtsorganen durchgeführt werden, wird vermieden.

DRG	**N05 Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N06Z Rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt
Hinweis	Kleine Eingriffe sollten aus der G-DRG N06Z ausgelagert und in die G-DRG N09 verlagert werden, um eine Homogenisierung der G-DRG N06 zu erreichen. Dies wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie empfohlen (Vergl. Empfehlung zu N04Z).

DRG	**N07Z Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N08Z Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N09Z Konisation und Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N10Z Diagnostische Kürettage oder diagnostische Hysteroskopie**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N11 Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen** **A: Alter > 64 Jahre oder bei bösartiger Neubildung oder mit CC** **B: Alter < 65 Jahre außer bei bösartiger Neubildung ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N60 Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Problem Chemotherapie
Empfehlung	Homogenitätsprüfung

DRG	**N61Z Infektion/Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**N62 Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

Problem der präpartalen Betreuung von Müttern zur Verhinderung einer Frühgeburt.

Wird z.B. eine Schwangere bei noch unreifer Frucht mit einer Komplikation aufgenommen, die zu einer Frühgeburt führen kann, werden derzeit alle Anstrengungen unternommen, die Schwangerschaft bis zur erforderlichen Reife des Feten aufrecht zu erhalten. Dies geht selbstverständlich (bei gleicher Gruppierung) mit einer verlängerten Verweildauer und einem erhöhten Ressourcenverbrauch einher. Bei einer Vergütung über Fallpauschalen wird der Druck bestehen, Verweildauern und Ressourcenaufwand zu verringern. Hauptdiagnosen sind z.B. Vorzeitiger Blasensprung, Vorzeitige Wehen (dürfen nicht kodiert werden, wenn es zu einer Geburt kommt), Zervixinsuffizienz, etc. Um eine Frühgeburt mit den entsprechenden Folgen für das Neugeborene zu vermeiden, wird unter hohem Aufwand versucht, die Geburt bis zu einer angemessenen Reife **hinauszuzögern**. Kommt es dann zur Geburt, kann nur die Geburts-DRG abgerechnet werden, ggf. kommt es zu einer Höherstufung aufgrund einer komplizierenden Nebendiagnose, meist jedoch nicht. Die vermehrten Kosten der Versorgung des Neugeborenen werden über die gewichtsorientierte Gruppierung bei Neugeborenen abgefangen. Kinder werden nach Gewicht gruppiert. Hier kann ggf. durch eine frühere Geburt eine höher bewertete Pauschale erlöst werden, es werden aber höchstwahrscheinlich auch höhere Kosten entstehen.

Zur Vermeidung falscher Anreize sollte für die oben erwähnten Fallkonstellationen eine alternative Finanzierungsform gefunden werden. Betroffen sein können alle Entbindungs-DRGs (O01A-D, O02Z und O60A-D) sowie die DRGs O62Z, O64Z und O65A-B.

Anpassung der Fallgruppen an die Version 5.0 der AR-DRGs

Die Gruppierungslogik in der Geburtshilfe ist sehr komplex. Es werden sehr viele Sonderwege gegangen (4-fach gesplittete Basis-DRGs, eigene Schweregradbewertung über Diagnoselisten in den Geburts-DRGs, Zuordnung zu einer Basis-DRG über ein Nebendiagnosekriterium, eigene Fehler-DRG).

Bei der letzten Revision des AR-DRG-Systems in Australien wurde die Systematik der Geburtshilfe grundlegend überarbeitet und vereinfacht. Insbesondere hier sollte bei der Anpassung in Deutschland überprüft werden, ob die Übernahme der australischen Modifikationen nicht auch für das G-DRG-System gewinnbringend wären.

Folgende wichtige Änderungen wurden u.a. in Australien vorgenommen:

1. Die Fehler-DRG 962Z wurde ersatzlos gestrichen

2. Mit Ausnahme der ICD-Kodes O80-O82 (Entbindung) wird die vaginale Geburt innerhalb der MDC konsequent nur noch durch die Sekundärdiagnose aus der Gruppe Z37.-! (Resultat der Entbindung) definiert.Fehlgruppierungen in die DRGs O62Z, O64Z und O65A/B bei „falscher“ Hauptdiagnose (O20.- O28.- oder O47.-) werden dadurch vermieden.
3. Die vierfach gesplitteten Entbindungs-DRGs O01A-D und O60A-D wurden abgeschafft und durch dreifach gesplittete DRGs ersetzt.
4. Splittkriterium in den neuen dreifach gesplitteten DRGs ist mit Ausnahme der O60C der PCCL. Die Diagnoselisten zur Schweregradbewertung wurden aufgelöst und den entsprechenden Diagnosen ein CCL-Wert zugewiesen. Aufgrund der Schwierigkeit bei der Hauptdiagnosefestlegung in der Geburtshilfe wird die Hauptdiagnose bei der PCCL-Berechnung mitberücksichtigt.
   In die O60C werden automatisch alle Fälle mit der Hauptdiagnose O80 (Spontangeburt eines Einlings) eingruppiert (ob diese Sanktionierung notwendig ist, ist fraglich).
5. Für die Zuordnung zur Kaiserschnitt-Basis-DRG (O01) ist innerhalb der MDC nur noch die Prozedur maßgeblich. Diagnosekriterien bestehen nicht mehr.
6. Für die Zuordnung zur Basis-DRG (O02) ist innerhalb der MDC nur noch eine OR-Prozedur maßgeblich. Spezifische Prozedurenkriterien sind nicht mehr erforderlich. Als Diagnosekriterien gelten die gleichen wie bei der vaginalen Entbindung ohne OR-Prozedur (Diagnosen O81, O82 oder Z37.-!) mit Ausnahme der O80 (führt immer direkt in die DRG O60C). Dadurch werden viele Fälle aus den Fehler-DRGs 901Z und 902Z in die Basis-DRG O02 verschoben. Die DRG O02 wird mittels PCCL (>2/<3) in zwei abrechenbare DRGs unterteilt.
7. Für die Zuordnung zur Basis-DRG (O40) ist neben dem Diagnosekriterium innerhalb der MDC nur noch eine OR-Prozedur maßgeblich. Spezifische Prozedurenkriterien sind nicht mehr erforderlich. Die DRG wurde in Australien folgerichtig in die chirurgische Partition verschoben und bildet nun die neue DRG O05Z. Dadurch werden viele Fälle aus den Fehler-DRGs 901Z und 902Z in die Basis-DRG O05 verschoben.
8. Die Basis-DRGs O62 (Drohender Abort) und O65 (Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme) wurden gelöscht und in eine neue, gesplittete (nach Tages-/Mehrtagesfällen) Basis-DRG O66 (Antenatal and Other Obstetric Admission) zusammengeführt. In der Basis-DRG O66 werden alle Patientinnen mit einer geburtshilflichen Hauptdiagnose aufgefangen, bei denen kein zusätzlicher Kode der Gruppe Z37.- oder ein eindeutiger postpartaler Kode als Hauptdiagnose vorliegt. Ferner werden alle Fälle mit ektoper Schwangerschaft ohne korrespondierende OP-Prozedur und umgekehrt in diese Basis-DRG gruppiert.

Anpassung der Kodierrichtlinien

Die Geburtshilfe ist sehr anfällig für Kodierfehler. Es existieren derzeit 29 spezielle Kodierrichtlinien für die Geburtshilfe, so viele wie für kein anderes Organgebiet/Fachgebiet oder MDC. Dennoch ist die Kodierung in der Geburtshilfe mit dem zur Verfügung stehenden Instrumentarium nicht zufriedenstellend zu bewältigen. Obwohl für die Gruppierung von untergeordneter Rolle stellt die Wahl der Hauptdiagnose in der Geburtshilfe eine große Herausforderung dar. Da es sich bei Schwangerschaft und Geburt um einen an sich physiologischen Prozess handelt, können die Haupt- und Nebendiagnosedefinitionen der allgemeinen Deutschen Kodierrichtlinien nicht uneingeschränkt auf die Geburtshilfe übertragen werden. Die entsprechenden speziellen Kodierrichtlinien und deren Beispiele

(z.B. DKR **1506a**, 1509a, **1511a**, 1519b, 1520a, 1522a, **0506a**) sind widersprüchlich und nicht umfassend genug.

Auch nach Abschaffung der Fehler-DRG wäre es sinnvoll, konsequente und nachvollziehbare Kodieranweisungen für die Geburtshilfe zu formulieren. Dabei sollte insbesondere Wert auf eine klare Hauptdiagnosendefinition für die Geburtshilfe gelegt werden.

Würden die australischen Korrekturen der Version 5.0 auch in Deutschland übernommen werden, könnte die problematische Kodierrichtlinie **1506a gestrichen werden**.

Die Kodierrichtlinie 1511a würde ihre Brisanz verlieren, sollte aber dennoch korrigiert werden. Entweder sollte der Satz: „In allen anderen Fällen ist die Diagnose, die sich auf die Entbindung bezieht, als Hauptdiagnose zuzuordnen.“ gestrichen oder folgendermaßen umformuliert werden: „ in allen anderen Fällen ist eine Diagnose aus dem ICD-Kapitel XV (O00-O99) als Hauptdiagnose zuzuordnen.“

Auch die Kodierung aus Beispiel 1 der Kodierrichtlinie 0506a könnte nicht mehr in die Fehler-DRG führen.

Ein Vorschlag zu einer konsequenten Hauptdiagnosewahl in der Geburtshilfe wäre die Orientierung an Diagnosegruppen. Ökonomische oder klinische Kriterien würden nicht in dem Maße zu einer einheitlichen Kodierung führen. Enthält der Datensatz mehrere Diagnosen aus dem ICD-Kapitel XV, so sollte die Hauptdiagnose nach folgender Hierarchie vergeben werden. Innerhalb der Diagnosegruppen könnte die Auswahl nach klinischer Relevanz erfolgen.

1. O60–O75 „Entbindungskodes“

2. O30–O48 Mögliche Entbindungskomplikationen

3. O10–O29

   oder O95–O99 Schwangerschaftskrankheiten

4. O85–O92 Wochenbettkomplikationen

Hier müsste die DKR 1519b noch angepasst werden.

DRG	**962Z Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination**
Kommentar	Aufgrund widersprüchlicher Kodierrichtlinien (z.B. DKR 1506a, 1511a, 1519b), bislang geschulter Kodierhinweise für die Fallpauschalen nach BPflV und allgemeiner Anfälligkeit für Kodierfehler, wird ein großer Teil der Geburten dieser Fehler-DRG zugeordnet. Sogar bei völlig korrekter Kodierung nach DKR (s. Beispiel 1 in DKR 0506a) erfolgt die Eingruppierung in die Fehler-DRG
Empfehlung	Streichung der Fehler-DRG
Begründung	Auf die Fehler-DRG kann verzichtet werden, da sie keine erkennbare Funktion erfüllt. In Australien wurde die DRG 962Z bei der Revision zur Version 5.0 ebenfalls abgeschafft. Die Diagnose O80 (Spontangeburt eines Einlings) hat in keiner Basis-DRG Einfluss auf den Schweregrad. Es ist daher nicht ersichtlich, warum die Kodierung der O80 sanktioniert werden sollte. Die Zuordnung zu einer Kaiserschnitt-DRG (O01) erfolgt auf Basis der Prozedur. Fälle mit der Diagnose O82 (Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung) ohne Sectio-Prozedur führen in die Fehler-DRG 962Z. Hier erfüllt die Fehler-DRG eine beschränkte Warnfunktion für die Krankenhäuser. Soll diese Warnfunktion weiter erhalten bleiben, so könnte die Fehler-DRG für diese Fallkonstellationen bestehen bleiben. Die unzutreffende Bezeichnung „Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination“ sollte dann jedoch geändert werden.
Relevanz	Eine differenzierte Abbildung, Kalkulation und Vergütung von Geburten kann nicht erfolgen, wenn ein großer Anteil einer Fehler-DRG zugeordnet wird.
Umsetzung	Für 2004

DRG	**O01 Sectio caesarea** **A: mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer** **B: mit schwerer komplizierender Diagnose** **C: mit mäßig schwerer komplizierender Diagnose** **D: ohne komplizierende Diagnose**
Kommentar	Weitgehende Änderung in Australien (Version 5.0): Abschaffung der Diagnosekriterien (TAB-O01-1 bis TAB-O01-8) Zuordnung zur Basis-DRG nur noch abhängig von Sectio-Prozedur Einführung des PCCL als Splittkriterium Die O01D wurde in Australien gestrichen
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.
Relevanz	Verschiebung einiger Fälle aus der Fehler-DRG 962Z in die Basis-DRG O01 zu erwarten. Vereinfachung der Systematik
Umsetzung	Für 2004

DRG	**O02Z Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur**
Kommentar	Weitgehende Änderung in Australien (Version 5.0): Änderung des Diagnosekriteriums analog der Basis-DRG O80 Abschaffung des spezifischen Prozedurenkriteriums (TAB-O02-4) zugunsten des generellen Einschlusses aller OR-Prozeduren. Einführung eines PCCL-Splitts (>2/<3)
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.
Relevanz	Verschiebung einiger Fälle aus den Fehler-DRGs 901Z und 902Z in die Basis-DRG O02 zu erwarten. Vereinfachung der Systematik
Umsetzung	Für 2004

DRG	**O03Z Extrauteringravidität**
Kommentar	Änderung in Australien: Aus dem „Oder“-Kriterium für TAB-O03-1 und O03-2 ist ein „Und“-Kriterium geworden.
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.
Umsetzung	Für 2004

DRG	**O04Z Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur**
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.
Umsetzung	Für 2004

DRG	**O40Z Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie**
Kommentar	Weitgehende Änderung in Australien (Version 5.0): Umbenennung in O05Z (Abort mit OR-Prozedur) in der chirurgischen Partition. Abschaffung des spezifischen Prozedurenkriteriums (TAB-O40-2) zugunsten des generellen Einschlusses aller OR-Prozeduren.
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.
Relevanz	Verschiebung einiger Fälle aus den Fehler-DRGs 901Z und 902Z in die Basis-DRG O40 (bzw. O05) zu erwarten.
Umsetzung	Für 2004

DRG	**O60 Vaginale Entbindung** **A: mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer** **B: mit schwerer komplizierender Diagnose** **C: mit mäßig schwerer komplizierender Diagnose** **D: ohne komplizierende Diagnose**
Kommentar	Weitgehende Änderung in Australien (Version 5.0): Vereinfachung des Diagnosekriteriums (Z37.-! oder O80-O82) Abschaffung des Prozedurenkriteriums (TAB-O60-10) Einführung des PCCL als Splittkriteriums
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.
Relevanz	Verschiebung vieler Fälle aus der Fehler-DRG 962Z in die Basis-DRG O60 zu erwarten. Fehlgruppierungen in die DRGs O62Z, O64Z und O65A/B bei „falscher“ Hauptdiagnose (O20.- O28.- oder O47.-) werden vermieden Wesentliche Vereinfachung der Systematik
Umsetzung	Für 2004

DRG	**O61Z Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur**
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.

DRG	**O62Z Drohender Abort**
Kommentar	Weitgehende Änderung in Australien (Version 5.0): Diese DRG wurde in Australien mit der O65 zur Basis-DRG O66 (Vorgeburtliche oder andere geburtshilfliche stationäre Aufnahme) zusammengefasst. Die Basis-DRG O66 besitzt einen Tagesfallsplitt. In der Basis-DRG O66 werden alle Patientinnen mit einer geburtshilflichen Hauptdiagnose aufgefangen, bei denen kein zusätzlicher Kode der Gruppe Z37.- oder ein eindeutiger postpartaler Kode als Hauptdiagnose vorliegt. Ferner werden alle Fälle mit ektoper Schwangerschaft ohne korrespondierende OP-Prozedur oder umgekehrt in diese Basis-DRG gruppiert.
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.

DRG	**O63Z Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie**
Kommentar	**Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt**

DRG	**O64Z Frustrane Wehen**
Kommentar	Änderung in Australien (Version 5.0): Einführung eines Splitts. In den A-Splitt werden alle Fälle mit einem PCCL von 4 oder der Hauptdiagnose O47.0 eingruppiert. Durch Änderung des Diagnosekriteriums der Basis-DRG O60 und Abschaffung der Fehler-DRG 962Z können Patientinnen, die wegen vorzeitigen Wehen aufgenommen wurden und während des Aufenthaltes entbinden jetzt trotzdem in eine Geburts-DRG eingruppiert werden.
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.

DRG	**O65 Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme** **A: mit schwerer komplizierender Diagnose** **B: mit mäßig schwerer oder nicht komplizierender Diagnose**
Kommentar	Weitgehende Änderung in Australien (Version 5.0): Diese DRG wurde in Australien mit der O62 zur Basis-DRG O66 (Vorgeburtliche oder andere geburtshilfliche stationäre Aufnahme) zusammengefasst. Die Basis-DRG O66 besitzt einen Tagesfallsplitt. In der Basis-DRG O66 werden alle Patientinnen mit einer geburtshilflichen Hauptdiagnose aufgefangen, bei denen kein zusätzlicher Kode der Gruppe Z37.- oder ein eindeutiger postpartaler Kode als Hauptdiagnose vorliegt. Ferner werden alle Fälle mit ektoper Schwangerschaft ohne korrespondierende OP-Prozedur oder umgekehrt in diese Basis-DRG gruppiert.
Empfehlung	Überprüfung der australischen Änderungen an deutschen Kostendaten.

Anpassung Klassifikationssystem
MDC 15 [P] Neugeborene

Neugeborene, die kinderherzchirurgische Eingriffe erhalten, werden in die DRGs P02 bis P05 bzw. P06A und P06B gruppiert, Vorrangig in die P02Z. Eine Analyse der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie zeigt deutlich, dass die Fälle, die in diese DRGs hereingruppiert werden und einen herzchirurgischen Eingriff bekommen, eine extrem große Spreizung bezüglich der möglichen Verweildauern zeigen.

Bei den Kindern mit einem Aufnahmegewicht unter 2500 g liegt der größte Teil über 40 Tage im Krankenhaus. In allen Gruppen finden sich aber auch Fälle mit relativ kurzer Verweildauer, die entweder verstorben sind oder einen sehr kleinen Eingriff erhalten haben, der aber ebenfalls zuordnungsrelevant für die jeweiligen DRGs ist. Es besteht eine Inhomogenität bezüglich des geleisteten Aufwandes.

Die gesamten Fallgruppen für Neugeborene müssen gründlich bezüglich der Kostenhomogenität überprüft werden. Dabei sind insbesondere auch Vergleiche zwischen Krankenhäusern durchzuführen.

DRG	**P01Z Neugeborenes, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P02Z Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen**
Kommentar	Neugeborene mit kardiothorakalen oder Gefäßeingriffen werden zusammengefasst in der DRG P02Z und haben einen Anteil von 30 % an der Gruppe der kleiner Einjährigen operierten Fälle. Diese DRG zeigt mit 30,1 Tagen arithmetischer Verweildauer und 22,3 Tagen geometrischer Verweildauer eine erhebliche Verweildauerinhomogenität.
Empfehlung	Untersuchung hinsichtlich Leistungs- und Kostenhomogenität durch das InEK erforderlich
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Änderungsvorschlag der Fachgesellschaft (DGTHG) liegt vor

G-DRG	**P03Z Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P04Z Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P05Z Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P06 Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung** **A: mit mehreren schweren Problemen** **B: ohne mehrere schwere Probleme**

Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P60 Neugeborenes, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur** **A: stationäre Aufnahme direkt nach der Geburt** **B: 2. oder nachfolgende stationäre Aufnahme**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P61Z Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P62Z Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P63Z Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P64Z Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**P65 Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur,** **A: mit mehreren schweren Problemen** **B: mit schwerem Problem** **C: mit anderem Problem** **D: ohne Problem**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

	P66 Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur **A: mit mehreren schweren Problemen** **B: mit schwerem Problem** **C: mit anderem Problem**
DRG	**D: ohne Problem**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

	P67 Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, **A: mit mehreren schweren Problemen** **B: mit schwerem Problem** **C: mit anderem Problem**
DRG	**D: ohne Problem**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**Q01Z Splenektomie**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**Q02 Andere OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

<table>
<tr><td>DRG</td><td>Q60 Erkrankungen des retikuloendothelialen und Immunsystems
A: mit äußerst schweren oder schweren CC
B: ohne äußerst schwere oder schwere CC</td></tr>
<tr><td>Kommentar</td><td>Patienten nach allogener Stammzell- oder Knochenmarktransplantation stehen unter einer starken Immunsuppression einerseits durch medikamentöse Immunsuppression zur Verhinderung einer Abstoßung (ähnliches gilt auch für andere Organtransplantationen), andererseits durch die Graft-versus-Host-Erkrankung, die Leber, Darm , Haut und andere Organe befallen kann. Bei dieser schweren Immunreaktion des transplantierten Immunsystems gegen den Organismus kommt es zu schweren, multiplen, oft gleichzeitig bestehenden Organerkrankungen bis hin zum vollständigen Versagen dieser Organe (oft Darm oder Leber). Die Therapie besteht in einer starken Immunsuppression, unter der es dann wieder gehäuft zu Infektionen kommt.
Dieses schwerste Immundefektsyndrom GVHD ist zwar im Hinblick auf alle Krankenhausaufnahmen gesehen ein eher seltenes Bild, da es fast ausschließlich nach einer allogenen Stammzell- oder Knochenmarktransplantation vorkommt. Bei diesem Patientengut allerdings ist es eine häufige, schwere und oftmals lebensbedrohliche Situation, die meist einen langen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht.
Die Graft-versus-Host-Erkrankung, die Leber, Darm , Haut und andere Organe ist laut ICD als T86.0 zu kodieren. Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch eine schwere Diarrhoe mit massivem Wasser und Elektrolytverlust bis zum Ileus, eine schwere Leberentzündung bis zum Leberausfall, eine Hautreaktion bis zu einem Lyell-ähnlichen Bild und auch Manifestationen an anderen Organgen. Diese Patienten sind oft lange stationär zu behandeln, haben häufig Komplikationen wie Infektionen und erneuten Blutbildveränderungen und das Krankheitsbild führt relativ häufig auch zum Tode.</td></tr>
<tr><td>Empfehlung</td><td>Je nach Schwere und Anzahl der ND werden diese Patienten bisher in die DRG Q60A oder Q60B gruppiert.

In der Kalkulation der G-DRG sind in der Q60 aber hauptsächlich Patienten mit einer HD aus dem Bereich der Lymphknotenerkrankungen und nicht Patienten mit einem Immundefekt.
Daher wird empfohlen, eine neue DRG innerhalb der HDK 16 zu schaffen.
<table>
<tr><td>HDK</td><td>Definition</td><td>ICD</td><td>OPS</td></tr>
<tr><td>16</td><td>Erkrankungen des Immunsystems nach allogener Transplantationen</td><td>T86.0 oder
Noch zu bestimmende ICD-Nummern, die das Immunsystem nach einer allogenen Transplantation beschreiben</td><td>Nicht erforderlich</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Hinweis</td><td>Vorschlag der Fachgesellschaft (DGHO) liegt vor</td></tr>
<tr><td>Begründung</td><td>Es handelt sich um eine Gruppe schwerstkranker Patienten, die auch ökonomisch zu den teuersten Patienten zählen und in der bisherigen DRG-Logik nicht adäquat abgebildet werden.</td></tr>
<tr><td>Relevanz</td><td>hoch</td></tr>
<tr><td>Umsetzung</td><td>Für 2004</td></tr>
</table>

DRG	**Q61 Erkrankungen der Erythrozyten** **A:mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**Q62 Gerinnungsstörungen** **A: Alter > 69 Jahre** **B: Alter < 70 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**R01 Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**

DRG	**R02 Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Insgesamt inhomogen, auch durch sehr differente Leistungsinhalte
Empfehlung	Gründliche Analyse

DRG	**R03 Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Insgesamt inhomogen, auch durch sehr differente Leistungsinhalte
Empfehlung	Gründliche Analyse

DRG	**R04 Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Insgesamt inhomogen, auch durch sehr differente Leistungsinhalte
Empfehlung	Gründliche Analyse

DRG	**R60 Akute Leukämie** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren CC** **C: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Die Verteilung der Aufwandes und der Verweildauern in den DRGs R60A, R60B und R60C ist sehr heterogen. Eine leistungsgerechte Bewertung dieser DRGs scheint auf der Basis der aktuellen Systematik nicht möglich zu sein.
Empfehlung	Es sollte geprüft werden, ob eine Differenzierung dieser Fallgruppen über das Patientenalter **oder** über die Hauptdiagnosen (z.B. Unterscheidung zwischen Akuter Myeloischer Leukämie und Akuter Lymphatischer Leukämie) zu einer besseren Abbildung homogenerer Patientenkollektive führt. Eventuell bietet sich auch ein kombinierter Splitt aus Hauptdiagnose und Patientenalter an. Es ist zu überprüfen die Fallgruppe der Kinder und Jungendlichen mit einem Alter <19 Jahren komplett zu separieren und in eine eigene DRG zu überführen. Z. B. DRG "R70 - Akute Leukämie, Alter <19 Jahre". Es wird empfohlen, diese DRG in Abhängigkeit des PKKS zu splitten. R70A PCCL >3 R70B PCCL <3 und >1 R70C PCCL <2 Ein Splitting auch anhand ergänzender OPS-Kodes für Chemotherapie, die beim DIMDI beantragt sind, sollte geprüft werden.
Hinweis	Vorschlag der Gesellschaft für pädiatrische Hämatologie und Onkologie liegt vor
Begründung	Die Fälle in dieser DRG lassen in sich zwei große Erkrankungsgruppen unterteilen: 1. Akute myeloische Leukämien 2. Akute lymphatische Leukämien. Beide Erkrankungen unterscheiden sich in Behandlungsstrategie und den Erkrankungsspezifischen Komplikationen / Komorbiditäten. Daher erscheint die Überprüfung der ökonomischen Relevanz sinnvoll. Zwischen Krankenhäusern können die Anteile der Akute myeloischen und lymphatischen Leukämien und damit die Aufwände in diesen DRGs erheblich differieren. Ökonomische Unterschiede würden daher bei fehlender Differenzierung zu nicht sachgerechter Vergütung führen.Um die Bildung homogenerer Gruppen zu ermöglichen, sollten Kinder und Jugendliche, die jünger als 19 Jahre alt sind, aus der Fallgruppe separiert werden.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**R61 Lymphom und nicht akute Leukämie** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schwere CC** **C: ein Belegungstag**
Kommentar	Die Basis-DRG R61 ist in 3 abrechenbare DRGs unterteilt. Neben den Mehrtagesfall-DRGs R61A (PCCL>3) und R61B (PCCL<4) existiert die Eintagesfall-DRG R61C. Diesen DRGs liegt ein vom Diagnosenspektrum her betrachtet sehr heterogenes Patientenkollektiv zugrunde.
Empfehlung	Es sollte an einer großen Stichprobe geprüft werden, ob die aktuelle Zuordnung der Diagnosen zu der DRG zu akzeptablen Relativsgewichtsberechnungen führt. Ferner sollte analysiert werden, ob der PCCL-Splitt für die DRGs R61A und R61B in der bestehenden Form ausreichend zur Differenzierung des Patientengutes beitragen kann. Analysen zeigen, dass Fälle mit einem PCCL-Wert > 3 deutlich aufwandsintensiver sind als das übrige Patientenkollektiv. Aber auch Fälle mit PCCL-Wert > 2 zeigen sich aufwandsintensiver als die Patientengruppe mit PCCL-Werten < 3. Die Aufgabe des Tagesfall-Merkmals als Splittkriterium und die Berücksichtigung eines weiteren PCCL-Splitts könnte zu folgender Systematik führen: R61A Lymphom und nicht akute Leukämie mit äußerst schweren CC (PCCL>3) R61B Lymphom und nicht akute Leukämie mit schweren CC (PCCL>2) R61C Lymphom und nicht akute Leukämie ohne äußerst schwere oder schwere CC Ähnlich der DRG R60 ist auch hier aufgrund der Heterogenität der Fallgruppe zu überprüfen Kinder und Jungendlichen mit einem Alter <19 Jahren komplett zu separieren und in eine eigene DRG zu überführen. Z. B. DRG "R71 - Lymphom und nicht akute Leukämie, Alter <19 Jahre". Es wird empfohlen, diese DRG in Abhängigkeit des PKKS zu splitten. R70A PKKS >3 R70B PKKS <3 und Mehrtagesfall R70C Eintagesfall Ein Splitting auch anhand ergänzender OPS-Kodes für Chemotherapie, die beim DIMDI beantragt sind, sollte geprüft werden.
Relevanz	mittel
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Gesellschaft für pädiatrische Hämatologie und Onkologie liegt vor

DRG	**R62 Andere hämatologische und solide Neubildungen** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Insgesamt inhomogen, auch durch sehr differente Leistungsinhalte
Empfehlung	Gründliche Analyse

DRG	**R63Z Stationäre Aufnahme zur Chemotherapie**
Kommentar	Diese DRG ist extrem aufwandsheterogen. Aus den Daten des DRG-Evaluationsprojekts zur Radioonkologie ergibt sich, dass der Aufwand schon innerhalb der 25-75% Quartile der Fälle um 100% schwankt, außerhalb dieses Bereiches sogar bis 600%. Ursache dafür ist die der Einsatz sehr unterschiedlicher Zytostatika und ggf. notwendiger teurer Begleitmedikation. Die Auswahl der Medikamente hängt ab vom Patientengut einer Klinik und den gewählten Behadlungsregimen. Dadurch sind die interklinischen Schwankungen sehr groß und führen zu großen Inhomogenitäten in der Vergütung.
Empfehlung	Diese DRG kann in derzeitiger Konstruktion nur bestehen bleiben, wenn die Vergütung der teuren Medikamente gesondert über Zusatzentgelte erfolgt (nach § 17b KHG entsprechend Blutfaktorenpräparate, Hämodialyse). Für die Erstellung solcher Zusatzentgeltlisten liegen derzeit nur begrenzt Daten vor. Weitere Daten zur Differenzierung des medikamentösen Aufwands sind aus der DRG-Evaluation in der Hämatoonkologie durch die Deutsche Krebsgesellschaft mit Unterstützung der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster zu erwarten.
Relevanz	hoch
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DEGRO) liegt vor.
Umsetzung	Für 2004

DRG	**R64Z Stationäre Aufnahme zur Strahlentherapie**
Kommentar	Diese DRG kann bestehen bleiben, ist aber abhängig davon, ob die Strahlentherapie grundsätzlich durch ein Zusatzentgelt vergütet wird.
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DEGRO) zur Entwicklung eines Zusatzentgelts für strahlentherapeutische Leistungen liegt vor.

Bei den DRGs der MDC 18 ist zu berücksichtigen, dass sich in dieser MDC auch die Fälle sammeln, die nach Organtransplantationen oder Knochenmarkstransplantationen an schwerwiegenden Infektionen (z. B. CMV-Infektion) leiden und mit erheblichem Aufwand therapiert werden müssen. Da die Patienten immunsupprimiert sind, sind die Infektionen nicht mit schweren Infektionen bei nicht immunsupprimierten Patienten zu vergleichen (siehe Kapitel Organtransplantation in diesem Gutachten). Die HIV-DRGs müssen sorgfältig analysiert werden.

DRG	**T60 Sepsis** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Die Basis-DRG "T60 - Sepsis" wird nach PCCL differenziert, wobei die aufwendigste DRG T60A sich in 74% der Fälle ergab (Projektdokumentation DRG 2003). Nur 7% der T60A-Prozeduren umfaßten Beatmungsprozeduren; bereits mit PCCL=3 ist in diese DRG zu gruppieren. In der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie führt die Diagnosenkombination A41.9 und D70 und Malignom in diese DRG; in einer monozentrischen Auswertung einer größeren Pädiatrisch-Onkologischen Klinik im Jahr 2002 wurde T60A siebenmal häufiger als T60B gruppiert. Dabei tritt die Diagnosenkombination häufig auf, weil die maligne Erkrankung und die einschneidende Therapie diese Gefahr unvermeidlich mit sich bringen. In dieser häufigen Sitauation kann allerdings der Fall mit hohem und höchstem Behandlungsaufwand nicht weiter differenziert werden, sondern verbirgt sich in der übergroßen Zahl an T60A (siehe oben). Eine breitere Differenzierung der Basis-DRG ist allerdings sehr wünschswert ist, um homogenere Gruppen zu bilden und keine Unterdeckung der Hochleistungsmedizin (siehe oben) zu riskieren.
Empfehlung	Um homogenere Gruppen und eine Abstufung des Aufwands zu erzielen, wird vorgeschlagen, den vorhandenen PCCL-Split um eine Stufe zu erweitern und dazu eine neue DRG "T60C - Sepsis ohne CC" einzuführen. Zusätzlich sollte die Bedeutung der einzelnen Diagnosen überprüft werden. T60A PKKS >3 T60B PKKS >2 T60C
Hinweis	Vorschlag der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie liegt vor.
Begründung	Der bereits vorhandene PCCL-basierte Split soll um eine Stufe erweitert werden, um die überproportionale Häufung von T60A weiter in Fälle hohen und höchsten Aufwandes zu differenzieren.
Relevanz	mittel
Umsetzung	Für 2004

<table>
<tr><td>DRG</td><td>T63 Virale Erkrankung
A: Alter > 59 Jahre
B: Alter < 60 Jahre</td></tr>
<tr><td>Kommentar</td><td>Bei der HD CMV-Infektion B25.0 bis B25.9 wird der Patient in die DRG T63B (Virale Erkrankung, Alter <59) gruppiert unabhängig der begleitenden Komplikationen und Komorbiditäten (diese DRG hat als Split zwischen A und B das Alter, C gibt es nicht). Die Basis - DRG T63 trägt dem Rechnung, dass Virusinfekte in der Regel harmlosere Erkrankungen sind, die aber im Alter zu erheblichen Problemen und dann auch zu einem erhöhten Ressourcenverbrauch im Krankenhaus führen können, abgebildet in der T63A.Patienten nach einer allogenen Stammzell- oder Knochenmarktransplantation stehen unter einer starken Immunsuppression einerseits durch medikamentöse Immunsuppression zur Verhinderung einer Abstoßung (ähnliches gilt auch für andere Organtransplantationen), andererseits durch die Graft-versus-Host-Erkrankung, die Leber, Darm , Haut und andere Organe befallen kann. Eine häufige und gefährliche Komplikation unter diesen Bedingungen ist die einer schweren Virusinfektion (oftmals CMV- Infektion) oder eine disseminierte Pilzinfektion (oft Candida oder Aspergillusinfektion). Gerade die Patienten nach Stammzell- oder Knochenmarktransplantation haben fast immer eine Komplikation dabei, zudem bedarf diese Infektion einer aufwändigen Diagnostik (virologische oder mykologische Laboruntersuchungen und Endoskopien, CT- Untersuchungen) und dann einer virostatische oder antimykotische Behandlung von mindestens 14 Tagen Dauer, dazu häufig die Gabe von Immunglobulinen.</td></tr>
<tr><td>Empfehlung</td><td>Schaffung einer neuen DRG in der HDK 18:
<table>
<tr><th>MDC/Basis DRG</th><th>Definition</th><th>ICD</th><th>OPS</th></tr>
<tr><td>18</td><td>Virus- oder Pilzinfektion bei immunsupprimierten Patienten nach allogener Transplantation</td><td>B25.0 bis B25.9 oder
B00.3 bis B00.4, B00.7 oder
B01.0 bis B01.8 oder
B02.0 bis B02.8 oder
B44.0 bis B44.8 oder
B37.1, B37.5 bis B37.7 oder
B45.0 bis B45.9 oder
B05.0 bis B05.8 oder
B26.0 bis B26.8 oder
B27.0, B27.8 oder
B38.0, B38.1, B38.4, B38.8 oder
B39.0, B39.1, B39,3 oder
B40.0, B40.1, B40.3 oder
B41.0, B41.1 oder
B42.0, B42.7 oder
B43.1, B43.2 oder
B46.0, B46.1 B46.4 oder
J10.0 bis J10.8 oder
J12.0 bis J12.8
in Kombination mit einer Diagnose eines Immundefekts:
T86.0 (GVHD) oder D84.8 oder D81.8 oder eine neu zu bestimmende ICD Nummer für die Immunsuppression bei transplantierten Patienten</td><td>Spezifische Indikatorprozedur bisher nicht vorhanden.
für die Unterscheidung zu einfachen Virusinfektion ist die aufwändige Diagnostik und die Gabe teurer Virostatika oder Antimykotika und / oder Immunglobuline kennzeichnend</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Hinweis</td><td>Vorschlag der Fachgesellschaft (DGHO) liegt vor, abgestimmt mit der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie</td></tr>
<tr><td>Begründung</td><td>In die DRG T63B fallen also Patienten mit einfachen Virusinfektionen (vor allem Kinder) als auch Patienten, die unter einer Immunsuppression eine lebensgefährliche und oftmals auch tödlich verlaufende Virusinfektion erleiden. Diese beiden Gruppen sind aber in ihrem Schweregrad medizinisch und ökonomisch sehr unterschiedlich, die DRG T63B somit</td></tr>
</table>

	nicht homogen.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

Zur den übrigen DRGs der MDC 18 liegen uns keine konkreteren Hinweise auf Probleme der Abbildung im DRG-System vor.

DRG	**S60Z HIV-Krankheit, ein Belegungstag**
DRG	**S61Z Erkrankung des ZNS bei HIV-Krankheit**
DRG	**S62Z Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit**
DRG	**S63 Infektion bei HIV-Krankheit** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schwere CC**
DRG	**S64 Andere HIV-Krankheit** **A: mit äußerst schweren CC** **B: ohne äußerst schwere CC**
DRG	**T01 OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten** **A: mit äußerst schweren CC** **B: mit schweren oder mäßig schweren CC** **C: ohne CC**
DRG	**T61 Postoperative und posttraumatische Infektionen** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 54 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC** **B: Alter < 55 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC**
DRG	**T62 Fieber unbekannter Ursache** **A: mit CC** **B. ohne CC**
DRG	**T64 Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**

Anpassung Klassifikationssystem
MDC 19 [U] Psychische Krankheiten und Störungen

Zu dieser MDC liegen dem Gutachter keine Informationen hinsichtlich Fehlabbildungen vor.

In der MDC 19 werden Fälle zusammengefasst, die im Wesentlichen in psychosomatisch-psychotherapeutischen oder psychiatrischen Krankenhäusern behandelt werden. Gegenwärtig sind diese Krankenhäuser oder Fachabteilungen nicht von der DRG-Finanzierung betroffen. Diese Fälle können jedoch auch in somatischen Abteilungen behandelt werden, (z.B. Behandlung nach Suizidversuch auf der Chirurgie), so dass dieses DRGs nicht aus dem G-DRG System entfernt werden können.

Komorbiditäten aus der Kategorie F der ICD 10 sollten darüber hinaus als schweregradsteigernd berücksichtigt werden, um die psychosomatische / psychiatrische Mitbehandlung auf somatischen Abteilungen eines Krankenhauses abbilden zu können. Hierzu muss das CCL-Bewertungssystem ebenso weiterentwickelt werden, wie die PCCL-Errechnung. Dies wird aber erst in den nächsten Jahren auf der Basis deutscher Daten möglich sein.

DRG	**U40Z Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, mit Elektrokrampftherapie (EKT)**

DRG	**U60Z Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, ohne Elektrokrampftherapie (EKT)**
DRG	**U61 Schizophrene Störungen** **A: mit Status der psychiatrischen Zwangseinweisung** **B: ohne Status der psychiatrischen Zwangseinweisung**
Kommentar	**Die Differenzierung dieser DRG beruht auf dem Status der Einweisung in das Krankenhaus. Aus Gründen des Datenschutzes werden Informationen über eine psychiatrische Zwangseinweisung nicht an die Krankenkassen übermittelt.**
Empfehlung	**Da der Status der Zwangseinweisung nicht an die Krankenkassen übermittelt wird, wird empfohlen, die Differenzierung der DRG zu entfernen.**
Begründung	Eine Übermittlung der Zwangseinweisung an die Krankenkassen findet aus Gründen des Datenschutzes nicht statt, so dass eine entsprechende Differenzierung der DRG nicht den Vorgaben des Datenschutzes entspricht.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
DRG	**U62 Wahnhafte und akut psychotische Störungen** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit Status der psychiatrischen Zwangseinweisung** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC ohne Status der psychiatrischen Zwangseinweisung**
Kommentar	**s. U61**

DRG	**U63A/B Schwere affektive Störungen**
DRG	**U64Z Andere affektive und somatoforme Störungen**
DRG	**U65Z Angststörungen**
DRG	**U66Z Ess- und Zwangsstörungen**
DRG	**U67Z Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen**
DRG	**U68Z Psychische Störungen in der Kindheit**

Zu dieser MDC liegen uns keine Informationen hinsichtlich Fehlabbildungen vor.

DRG	**V60Z Alkoholintoxikation und -entzug**
Kommentar	Fälle die kurzzeitig zur Beobachtung und Ausnüchterung stationär aufgenommen werden müssen gruppierungstechnisch von Fällen getrennt werden, die zu einem längeren stationären Entzug bleiben.
Empfehlung	Einrichtung eines Tagesfallsplitts (1 Belegungstag)
Begründung	Systematisch benachteiligt werden derzeit Klinken, die qualifizierte Entzugsbehandlungen durchführen. Bleibt die bisherige DRG-Struktur bestehen, werden Alkoholkranke womöglich entgegen der medizinischen Indikation und dem volkwirtschaftlichen Nutzen in ihrem häufigen Wunsch bekräftigt, das Krankenhaus schnellstmöglich zu verlassen.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004
DRG	**V61 Drogenintoxikation und -entzug** **A: mit CC** **B: ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt
DRG	**V62 Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit** **A: Mehrere Tage** **B: Ein Belegungstag**
Kommentar	Der Tagesfallsplitt in dieser Basis-DRG ist nicht nachvollziehbar
Empfehlung	Der Tagesfallsplitt sollte abgeschafft werden.
Begründung	Werden Patienten aufgrund eines Alkoholabhängigkeitssyndroms stationär aufgenommen, handelt es sich in der Regel um eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung, die einen mehrtägigen Aufenthalt in der Klinik erfordert. Bei den wenigen Tagesfällen in der Kostenkalkulation dürfte es sich um frühe Therapieabbrüche oder Fehlkodierungen handeln.
Relevanz	niedrig
Umsetzung	Für 2004
DRG	**V63Z Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt
DRG	**V64Z Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

Zum Polytrauma existiert ein Kommentar (siehe Kapitel 8.5.5 Polytrauma) im Gutachten. Die Polytrauma-Gruppen sind grundsätzlich vom InEK zu überprüfen:

DRG	W01Z Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie
DRG	W02Z Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur und Extremitäten einschließlich Implantation
DRG	W03Z Polytrauma mit abdominellen Eingriffen
DRG	W04Z Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren
DRG	W60Z Polytrauma, verstorben oder in eine andere Akutbehandlungseinrichtung verlegt < 5 Tage nach Aufnahme
DRG	W61Z Polytrauma ohne signifikante Eingriffe

DRG	**X01Z Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der unteren Extremität**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X02Z Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der Hand**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X03Z Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei anderen Verletzungen**
Kommentar	In diese DRG werden Fälle mit sehr heterogenen Prozeduren gruppiert. Da sowohl wenig aufwändige als auch sehr komplexe Prozeduren vorhanden sind, wird keine leistungsgerechte Finanzierung ermöglicht. Eine Differenzierung der Gewebetransplantationen nach der Ätiologie der Grunderkrankung (Ulcera vs. Verletzungen) ist nicht sinnvoll. Vielmehr sollte eine Differenzierung in Fällen mit Gewebetransplantation und mikrovaskulärer Anastomosierung anhand der durchgeführten OPS-Prozeduren erfolgen.
Empfehlung	Überprüfung der Fälle mit Gewebetransplantation und mikrovaskulärer Anastomosierung hinsichtlich der leistungsgerechten Gruppierung anhand der durchgeführten Prozeduren
Hinweis	Anpassungsvorschlag der Vereinigung der plastischen Chirurgen liegt vor
Begründung	Leistungsgerechte Gruppierung erfolgt nicht anhand der Ätiologie der Grunderkrankung, sondern anhand der durchgeführten Prozedur
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**X04 Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität** **A; Alter > 59 Jahre oder mit CC** **B: Alter < 60 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X05Z Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X06 Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X60 Verletzungen**

	A: Alter > 64 Jahre mit CC **B: Alter > 64 Jahre ohne CC** **C: Alter < 65 Jahre**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X61Z Allergische Reaktionen**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X62 Vergiftungen/Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen** **A: Alter > 59 Jahre oder mit CC** **B: Alter < 60 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X63 Folgen einer medizinischen Behandlung** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**X64 Andere Krankheit, verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung,** **A: Alter > 59 Jahre oder mit CC** **B: Alter < 60 Jahre ohne CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

Zu den Verbrennungen existiert ein Kommentar im Gutachten. Die Verbrennungsgruppen sind grundsätzlich vom InEK zu überprüfen.

DRG	**Y01Z Schwere Verbrennungen 3. Grades**
DRG	**Y02 Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation** **A: Alter > 64 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplizierender Diagnose/Prozedur** **B: Alter < 65 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierende Diagnose/Prozedur**
DRG	**Y03Z Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen**
DRG	**Y60Z Verbrennungen, in eine andere Akutbehandlungseinrichtung verlegt < 5 Tage nach Aufnahme**
DRG	**Y61Z Schwere Verbrennungen**
DRG	**Y62 Andere Verbrennungen** **A: Alter > 64 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplizierender Diagnose/Prozedur** **B: Alter < 65 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierende Diagnose/Prozedur**

Anpassung Klassifikationssystem
MDC 23[Z] Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens

DRG	**Z01 OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Hierbei handelt es sich um eine heterogene Mischgruppe, zu der uns keinen Informationen vorliegen. Diese Gruppe ist relativ selten besetzt, sodass im InEK überprüft werden sollte, ob diese Gruppe überhaupt erhalten bleiben muss.
Empfehlung	Ist sie bundesweit stärker besetzt, würden wir empfehlen genauere Analysen hinsichtlich Fallspektrum und Leistungshomogenität durchzuführen

DRG	**Z40Z Nachbehandlung mit Endoskopie nach abgeschlossener Behandlung**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**Z60 Rehabilitation** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC** **C: ein Belegungstag**
Kommentar	Ob diese die G-DRG im deutschen G-DRG-System notwendig ist, muss geprüft werden. Reha wird grundsätzlich nicht über DRGs abgebildet. In der Diskussion ist allerdings noch die Früh-Reha, die z. T. sicherlich Krankenhausleistung ist. Hierfür könnten die DRG-Fallgruppen Z60A-C genutzt werden.
Empfehlung	Prüfung
DKG	Vorschlag für Entfernung: DRG 903Z und DRG Z60 (P148, P149)

DRG	**Z61Z Beschwerden und Symptome**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**Z62Z Nachbehandlung ohne Endoskopie nach abgeschlossener Behandlung**
Kommentar	Fälle mit der Hauptdiagnose Z01.5 (Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung) werden im G-DRG -System in die Basis-DRG Z64 (Andere Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen) gruppiert. Patienten mit der Hauptdiagnose Z51.6 (Desensibilisierung gegenüber Allergenen) werden hingegen in die Basis-DRG Z62 (Nachbehandlung ohne Endoskopie nach abgeschlossener Behandlung) gruppiert. Beide DRGs sind sehr heterogen hinsichtlich der Verweildauer und hinsichtlich der klinischen Zusammensetzung der Fälle. Die beiden genannten Hauptdiagnosen sind in sich hinsichtlich der Verweildauer und des Aufwandes sehr homogen und sollten daher in einer eigenen DRG zusammengefasst werden.
Empfehlung	Eine eigenständige DRG würde zu einer homogeneren Verteilung dieser Fälle führen. Die bestehende Gruppierung in die beiden sehr heterogenen Basis-DRGs Z62 und Z64 kann hierdurch vermieden werden. Es sollte daher eine neue DRG (Desensibilisierung und Provokationstestung) eingeführt werden.
Relevanz	mittel
Umsetzung	Für 2004
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**Z63A Andere Nachbehandlung** **A: mit äußerst schweren oder schweren CC** **B: ohne äußerst schwere oder schwere CC**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**Z64 Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen** **A: Alter > 79 Jahre** **B: Alter < 80 Jahre**
Kommentar	Siehe DRG Z62Z
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft (DDG) liegt vor

DRG	**Z65Z Multiple, andere und nicht näher bezeichnete angeborene Anomalien**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**901Z Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose**
Empfehlung	Eine gründliche inhaltliche Analyse durch das InEK hinsichtlich Merhfachleistungen und Homogenität ist notwendig. Eventuell lassen sich hieraus noch Gruppen isolieren, die auf Mappingfehler bei der Übertragung AR-DRG zu G-DRG hinweisen.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**902Z Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose**
Empfehlung	Eine gründliche inhaltliche Analyse durch das InEK hinsichtlich Merhfachleistungen und Homogenität ist notwendig. Eventuell lassen sich hieraus noch Gruppen isolieren, die auf Mappingfehler bei der Übertragung AR-DRG zu G-DRG hinweisen.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

DRG	**903Z OR-Prozedur an der Prostata ohne Bezug zur Hauptdiagnose**
Kommentar	Diese DRG hält sich seit der Entstehung des DRG-Systems hartnäckig in allen DRG Varianten. Sie wird aus unserer Sicht heute nicht mehr benötigt, da sie nur eine Sondergruppe der Gruppe OR- Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose (901Z/902Z) darstellt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Prostataoperationen besonders aus den großen Sammelgruppen 901/902 herausgezogen werden muss. Dies schafft eine Pseudohomogenität. Konsequenterweise müssten dann auch weitere Leistungskomplexe aus der 901/902 eliminiert werden.
Empfehlung	Streichung
Umsetzung	Für 2004

DRG	**960Z Nicht gruppierbar**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**961Z Unzulässige Hauptdiagnose**
Kommentar	Dem Gutachter sind keine Probleme zu dieser G-DRG bekannt

DRG	**963Z Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht**
Kommentar	Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (auch wenn Tod oder Krankheit erst später eintreten) sollen mit Diagnosen aus dem ICD-Kapitel XVI verschlüsselt werden (DKR 1602a und Kodieranweisung ICD-10) Ein möglicher weiterer Sinn dieser Fehler-DRG ist somit, Fälle mit einer Diagnose aus ICD-Kapitel XVI, die keiner MDC zugeordnet werden können, aufzufangen.
Empfehlung	Überprüfung der Funktion, Bezeichnung und Platzierung der Fehler-DRG. Überarbeitung der TAB-M15-0 und ggf. Zuordnung der Diagnosen zu einzelnen MDCs.
Begründung	Die Fehler-DRG 963Z erfüllt mehrere Aufgaben. Zu einem werden mit dieser Fehler-DRG grob unplausible Datensätze (wie aus dem klinischen Profil der Kostenkalkulation ersichtlich) effektiv abgefangen, zum anderen können auch korrekt verschlüsselte Datensätze in diese DRG gruppiert werden. Die Diagnosen aus dem ICD-Kapitel XVI sind nicht exklusiv für Neonaten zu verwenden. Liegt der Ursprung einer Erkrankung in der Perinatalperiode, die Erkrankung manifestiert sich aber erst später, soll dennoch ein Kode aus diesem Kapitel Verwendung finden. Bis auf wenige Ausnahmen (s. z.B. DRG E72Z) erfolgt dann jedoch die Zuordnung zur „Fehler“-DRG 963Z. Das Beispiel der DRG E72Z zeigt, dass es sinnvoll sein könnte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, innerhalb der entsprechenden „Organ“-MDC zu gruppieren. Eine Homogenität der Fehler-DRG 963Z ist bei der Fülle der Diagnosen, die in diese DRG führen, nicht zu erwarten. Die Zuordnung zur MDC 15 (Neugeborene) geschieht zunächst unabhängig von der Hauptdiagnose auf Basis des Alters/Gewichts. Es käme also zu keiner Interferenz mit der MDC 15. Es können jedoch nicht alle Diagnosen aus Kapitel XVI eindeutig einer MDC zugeteilt werden, so dass eine Auffang-DRG bestehen bleiben muss. Da jedoch keine Fehler bei der Kodierung oder im Datensatz vorliegen müssen und keine Neonaten betroffen sind, könnte diese DRG auch unter einer korrekteren Bezeichnung (z.B.: Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben) und an einer anderen Stelle (z.B. MDC 23) platziert werden. Wenn möglich sollte eine Trennung (z.B. anhand eines höheren Alterskriteriums) von den grob unplausiblen Fällen erfolgen. Diese sollten weiterhin einer Fehler-DRG zugeordnet werden.
Relevanz	hoch
Umsetzung	Für 2004

7.9.1.2 Korrektur von Übersetzungsfehlern

Korrektur von Übersetzungsfehlern, die bei der Übertragung des AR-DRG-Systems auf das G-DRG-System entstanden sind

G-DRG	**B03 Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark**
AR-DRG	Spinal Procedures
Kommentar	Nicht inhaltsgleich
Vorschlag	Eingriffe am Rückenmark

G-DRG	**B61 Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarkes mit oder ohne OR-Prozedur**
AR-DRG	Spinal Cord Conditions W or W/O O.R. Procedures
Kommentar	Erweitert um „Verletzungen“
Vorschlag	Wirbelsäulenerkrankungen; mit oder ohne OR-Prozedur

G-DRG	**C01Z Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen**
AR-DRG	Procedures for Penetrating Eye Injury
Kommentar	Nach Aussage der Ophthalmologen hat sich „perforiert“ im klinischen Sprachgebrauch eingebürgert.
Vorschlag	Eingriffe bei perforierenden Augenverletzungen

MDC	**03- D Titel**
Kommentar	Ausführlicher Kommentar im Kapitel zur MDC 03
Empfehlung	Änderung des Titels für die MDC 03 in „Erkrankungen und Störungen des Ohres, der Nase, Mundes und des Halses“
Relevanz	Hoch, damit sich der falsche Titel nicht einbürgert
Hinweis	Vorschlag der Fachgesellschaft MKG liegt vor mit Unterstützung der Fachgesellschaft HNO
Umsetzung	Für 2004

Entsprechend der Konstellation für den Titel der MDC 03 finden sich gleiche Übersetzungsfehler in folgenden DRGs:

- D09Z Verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich
- D12Z Andere Eingriffe im HNO-Bereich
- D60A Bösartige Neubildungen im HNO-Bereich; mit äußerst schweren oder schweren CC
- D60B Bösartige Neubildungen im HNO-Bereich ohne äußerst schwere oder schwere CC
- D66A Andere Krankheiten im HNO-Bereich mit CC
- D66B Andere Krankheiten im HNO-Bereich ohne CC

Die entsprechenden Vorschläge finden sich in der Liste zur MDC 03

G-DRG	**G66 Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis**
AR-DRG	Abdominal Pain or Mesenteric Adenitis
Kommentar	Nicht inhaltsgleich
Vorschlag	Abdominalschmerz oder mesenteriale Adenitis

G-DRG	**I10 Andere Eingriffe an der Wirbelsäule**
AR-DRG	Other Back and Neck Procedures
Kommentar	Nicht inhaltsgleich (Wirbelsäule wird im Original nicht erwähnt)
Vorschlag	Andere Operationen an Rücken und Hals

DRG	**I17Z Operationen am Gesichtsschädel**
AR-DRG	Maxillo-Facial Surgery
Kommentar	Nicht inhaltsgleich
MDC	08 - I
Vorschlag	Operationen an Kiefer und Gesicht
Umsetzung	Für 2004

G-DRG	**I24Z Arthroskopie einschließlich Biopsie**
AR-DRG	Arthroscopy
Kommentar	1. Titel nicht inhaltsgleich, Biopsie nicht im Originaltext enthalten 2. Nach der Logik des OPS 2.1, Kapitel 1-482.-, Arthroskopische Biopsie an Gelenken, ist die Arthroskopie als Eingriff gesondert zu kodieren. Nach der Prozedurentabelle zur DRG I24Z, TAB I24-1, kann auch ein Kode aus 1-482.- alleine in die I24Z führen. Dieses entspricht nicht der Originallogik des AR-DRG 4.1
Vorschlag	1. Arthroskopie mit oder ohne Biopsie 2. Der Vermerk im OPS sollte gestrichen werden. Die Bezeichnung „arthoroskopische Biopsie“ schließt begrifflich die Arthroskopie ein.

DRG	**I68A; I68B Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich ohne Schmerztherapie/Myelographie,**
AR-DRG	Non-surgical Neck & Back Conditions W/O Pain Management Proc/Myelogram
Empfehlung	Erkrankungen und Verletzungen im Hals- und Rückenbereich ohne operativen Eingriff oder Schmerztherapie/Myelographie
Begründung	Deutsche Übersetzung ist nicht inhaltsgleich
Umsetzung	Für 2004

DRG	**I68C Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich ohne Schmerztherapie/Myelographie,**
AR-DRG	Non-surgical Neck & Back Conditions W Pain Management Proc/Myelogram
Empfehlung	Erkrankungen und Verletzungen im Hals- und Rückenbereich mit Schmerztherapie/Myelographie ohne operativen Eingriff
Umsetzung	Für 2004

G-DRG	**J06 Große Eingriffe bei Erkrankungen und Verletzungen der Mamma außer bei bösartiger Neubildung**
AR-DRG	Major Procedures for Non-Malignant Breast Conditions
Kommentar	Erweitert um „Verletzungen“
Vorschlag	Große Eingriffe bei Erkrankungen der Mamma außer bei bösartiger Neubildung

G-DRG	**L09 Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane**
AR-DRG	Other Procedures for Kidney and Urinary Tract Disorders
Kommentar	s. auch Gesamtvorschlag unter MDC 11
Empfehlung	Neuer Titel: “Andere Eingriffe bei Nieren- und Harnwegserkrankungen“
Umsetzung	Für 2004

G-DRG	**N03 Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe**
AR-DRG	Uterine, Adnexa Procedure for Non-Ovarian or Adnexal Malignancy
Kommentar	Nicht inhaltsgleich
Vorschlag	OR-Prozeduren an Uterus und Adnexen bei nicht von den Ovarien oder Adnexen ausgehenden Malignomen

Anpassung Klassifikationssystem
Korrektur Übersetzungsfehler

G-DRG	**P03Z Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Langzeitbeatmung**
AR-DRG	Neonate, AdmWt 1000-1499 g W Significant O.R. Procedure
Kommentar	Für NG ohne signifikante OR-Prozedur ist die Beatmung > 95 h in den Gewichtsgruppen unter 2500 das entscheidende Kriterium zur Eingruppierung z.B. zwischen P04Z und P65 bei NG von 1500-1999 g. Die Ergänzung im Titel um die Langzeitbeatmung halten wir deshalb für sinnvoll.
Vorschlag	Neugeborenes; Aufnahmegewicht 1000-1499g; mit signifikanten OPs

Sinngemäß auch bei den DRGs P04, P05, P06

G-DRG	**R02 Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren**
AR-DRG	Other Neoplastic Disorders (haematologic and solid) W Major O.R. Procedures
Kommentar	Titeländerung übernimmt die Erläuterung aus dem Untertitel der MDC 17
Vorschlag	
Hinweis	Ist als Übertragung sinnvoll

Sinngemäß auch bei den DRG R04, R62

8 Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

8.1 Einführung

In diesem Kapitel werden die Probleme der sachgerechten Abbildung des Leistungsgeschehens in deutschen Krankenhäusern im G-DRG-System dargestellt. Das Kapitel gliedert sich in die Abschnitte Spezialisierung als Problem sowie Grenzen der Pauschalierung.

8.2 Abbildung von Spezialisierungen

8.2.1 Einführung

Spezialisierung wird grundsätzlich gewünscht und gefordert, so dass diese konsequenterweise auch gefördert und sachgerecht finanziert werden muss. Die DRG-Fallgruppen berücksichtigen den Aspekt der Spezialisierung aber häufig nicht, da sie nicht Fachgebiete sondern Erkrankungsgruppen abbilden. Unterschiedliche Fachgebiete bewirtschaften die gleichen DRGs, allerdings häufig mit differierenden Schwerpunkten und Fallspektren innerhalb einer DRG. Nicht selten führt die Spezialisierung innerhalb eines Fachgebietes dazu, dass Subgruppen aus einer DRG behandelt werden, die aufwändiger und damit kostenintensiver sind, als die „Mischung“ aller Fälle, die der Kalkulation der bundesweiten Relativgewichtes zugrunde liegt.

Am Beispiel der Geriatrie kann die Problematik eines auf die Behandlung besonderer Patienten- und Erkrankungsgruppen spezialisierten Bereiches dargestellt werden.

Die Geriatrie stellt die fallabschließende Behandlung des alten Patienten mit morbiditäts- und altersassoziierten Funktionseinschränkungen (Fähigkeitsstörungen) sicher und kann vor allem als Spezialisierung innerhalb des Fachgebietes Innere Medizin betrachtet werden, analog beispielsweise zur Kardiologie, Gastroenterologie etc. In der Behandlung geriatrischer Patienten werden spezielle diagnostische und personalintensive therapeutische Maßnahmen durchgeführt, die im bisherigen G-DRG-System keine Berücksichtigung finden. Eine prinzipiell vergleichbare Situation lässt sich auch für andere Spezialisierungen feststellen.

Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

Die Spezialisierung in der Geriatrie spiegelt sich sowohl in der Diagnostik, als auch in der Therapie wider, die insbesondere die funktionelle und frührehabilitative Komponente betont und sowohl Behandlungsbedarf als auch Behandlungsfortschritte mit dem standardisierten, international etablierten geriatrischen Assessment misst. Diese Situation ist vergleichbar mit der hochspezialisierten Behandlung von Diabetikern in endokrinologisch spezialisierten Abteilungen, die mittels strukturierter behandlungsbegleitender Schulung eine nachhaltige Verbesserung der Patientenversorgung erzielen: Der professionelle Umgang des Diabetikers mit seiner Erkrankung verbessert die Gesamtsituation und verzögert das Auftreten von irreversiblen Spätkomplikationen. Aus der evidenzbasierten Vorgehensweise der Geriatrie resultiert eine nachweisbar gute Ergebnisqualität (die Selbsthilfefähigkeit wird signifikant verbessert, Wiedereinweisungen werden reduziert, eine Pflegebedürftigkeit wird verhindert oder reduziert, über 70% der Patienten können wieder in die häusliche Umgebung zurückkehren).

Es resultieren aber auch längere Verweildauern und aufgrund der besonderen Personalbesetzung höhere Kosten innerhalb einer DRG, in die momentan auch andere Patienten ohne eine entsprechend spezialisierte Diagnostik und Therapie gruppiert werden – allein aufgrund ihrer systemseitig derzeit identisch bewerteten Diagnose- und Prozedurenkonstellation.

Zur Beseitigung dieser Konstellation würde das "lernende System" per se, d.h. ohne weitere steuernde Eingriffe, mindestens drei bis fünf Jahre benötigen, vorausgesetzt, das Problem wäre bereits auf der Grundlage der vorhandenen Kodiermöglichkeiten (ICD, OPS) und Kodierrichtlinien (DKR) ausreichend exakt abbildbar und damit meßbar. Für spezialisierte Einrichtungen würde dies bei Aufrechterhaltung ihres Versorgungsangebotes umgekehrt bedeuten, sehenden Auges in die Phase der schrittweisen Budgetabsenkung ohne adäquate Berücksichtigung der Spezialisierung einzutreten.

8.2.2 Notwendige Analysen

Prinzipiell müssen die Unterschiede zwischen einem spezialisierten Behandlungsangebot und anderen, nicht auf diese Behandlung spezialisierten Anbietern, z.B. allgemeininternistische Abteilungen, vom InEK untersucht werden. Abhängig vom Ergebnis der Detailanalyse sollte bei messbar differenten Aufwand in spezialisierten, organisatorisch abgegrenzten Fachabteilungen bzw. Fachkrankenhäusern eine entsprechend angepasste Finanzierung erfolgen. Als Problem stellt sich dabei heraus, dass bisher nur wenige entsprechende Fachkrankenhäusern an der DRG-Kostenkalkulation für das Optionssystem 2003 teilgenommen haben. Trotz der bereits erkannten und eingegrenzten Probleme der Spezia-

lisierung könnte damit am "lernenden System" formal derzeit noch keinerlei sachgerechte oder auch nur zielführende Modifikation unter Berücksichtigung der fachgebietsspezifischen Spezialisierung auf der Basis von Daten vorgenommen werden.

8.2.3 Mögliche Fehlausrichtungen

Wird allerdings tatsächlich keine ergänzende oder alternative Lösung für Spezialisierungen im Hinblick auf 2004 gefunden, dann wird es im Rahmen der Umsetzung der Katalogvorgaben zu Budgetumverteilungen innerhalb eines Krankenhauses kommen, auch wenn das Gesamtbudget eines Hauses in 2004 wegen der „Budgetneutralität“ noch nicht maßgeblich beeinflusst sein sollte.

Eine spezialisierte Fachabteilung verursacht Kosten, refinanziert sich aber DRG-technisch nicht ausreichend. Das Jahr 2004 ist das letzte Jahr unter geschützten Rahmenbedingungen, das die Krankenhäuser im Hinblick auf die Vorbereitung der sich daran anschließenden Phase der Budgetanpassung nutzen können und müssen. Damit könnte sich z.B. das „Problem Geriatrie“ nach Einschätzung der Geriater durchaus bereits von alleine lösen, weil das Geriatrieangebot qualitativ und quantitativ möglicherweise so weit zurückgefahren wird, dass es am Ende das Problem nicht mehr gibt. Erste Anzeichen einer derartigen Entwicklung können bereits beobachtet werden.

8.2.4 Lösungsansätze zur sachgerechten Finanzierung spezialisierter Bereiche

Um den geschilderten Fehlentwicklungen zu begegnen, ergeben sich folgende Möglichkeiten einer zeitnah gegensteuernden, systemkonformen Umsetzung. Sollten sich aus der vergleichenden Analyse von Fällen aus spezialisierten Fachabteilungen/ Fachkrankenhäusern und Fällen aus gleichen DRGs der Gesamtstichprobe (Grundlage des Vergleichs sollten die 10 bis 15 häufigsten DRGs in der jeweiligen Spezialisierung sein) bezüglich der Fallkosten, der Klinischen Profile (Diagnosen, Prozeduren), der Verweildauern (Mittlere geometrische und arithmetische Verweildauer und der Verweildauerhomogenität) mit der Gesamtgruppe systematische Unterschiede ergeben, bieten sich für den jeweiligen Bereich folgende Lösungsmöglichkeiten an:

A: Ermittlung gesonderter Bewertungsrelationen durch getrennte Kalkulation der Kosten für diese Bereiche

Vorteile:

1. Einfache Ermittlung der spezifischen Bewertungsrelationen
2. Einfache Rechnungsprüfung über Institutskennzeichen + Abteilungskode (§ 301)
3. Nur die Leistungen der Spezialbereiche werden gesondert finanziert, die restlichen Leistungen des Krankenhauses haben den gleichen Preis, wie in anderen Häusern (gleiche Wettbewerbsbedingungen für Standardleistungen)

Nachteile:

1. Hausinterne Verlegungen zwischen den unterschiedlich finanzierten Bereichen müssen berücksichtigt werden.

B: Festlegung gesonderter Basisfallwerte für die Krankenhäuser, die spezialisierte, als mit Standardbewertungen nicht adäquat finanzierte Bereiche vorhalten.

Die quantifizierte Mehrleistung muss nach Bildung eines DRG-Basisbudgets (Standardfälle x Effektives Kostengewicht x landesweiter Basisfallwert) auf das so emittelte DRG-Budget aufgeschlagen werden. Anschließend kann aus dem so gewonnenen Budget mittels Division durch den Casemix der hausindividuelle Basisfallwert ermittelt werden. Die Abrechnung wäre an das Institutskennzeichen zu koppeln.

Vorteile:

1. Einfache Ermittlung des hausindividuellen Basisfallwertes

2. Einfache Rechnungsprüfung über Institutskennzeichen

Nachteile:

1. Alle Leistungen werden teurer, nicht nur die spezifisch zusätzlich bewerteten Spezialleistungen. Die Wettbewerbsposition wird damit verschlechtert, weil der Vergleich der Leistungen und damit der Effektivität nicht auf einer korrekten Basis erfolgt.

Die für die Kalkulation und die Verweildaueranalysen notwendigen Daten der spezialisierten Krankenhäuser / Abteilungen könnten aus dem Datensatz nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG und aus den DRG-Kalkulationsdaten gewonnen werden.

Die für die Spezialisierung vorgeschlagene Lösung der Leistungsfinanzierung über eigene Bewertungsrelationen ist

- grundsätzlich systemkonform
- kurzfristig umsetzbar
- auf alle ähnlich gelagerten Problembereiche prinzipiell anwendbar
- erfordert keine zusätzlichen DRG-Fallgruppen
- kann in einer Folgekalkulation unmittelbar verifiziert bzw. falsifiziert werden
- vermeidet Zusatzentgelte
- unterstützt die zügige DRG-Einführung gemäß Zeitplan trotz vorhandener Problembereiche
- ist geeignet, nicht beabsichtigte krankenhausinterne Budgetumverteilungen mit den geschilderten Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur im letzten budgetneutralen Jahr vor 2005 wirksam zu vermeiden

Der Lösungsansatz trägt damit sowohl dem DRG-Grundprinzip Rechnung (gleiche Bewertungsrelation für gleiche Leistung), als auch den gesetzlichen Vorgaben bzw. den Absichten der Gesetzgebung (beschränkte Anzahl von DRGs).

Von einigen Kostenträgern wird angemerkt, dass die vorgeschlagene Lösung mit fallspektrum- oder fachabteilungsspezifischen Bewertungsrelationen den Komplexitätsgrad des Gesamtsystems unzumutbar ansteigen lässt. Diese Befürchtung kann jedoch nicht nachvollzogen werden, da die Abrechnung elektronisch erfolgt. Es ist allerdings notwendig, dass der Abrechnung eindeutige Regeln zugrunde liegen. So muss z. B. geregelt werden, wie Fälle abgerechnet werden, die während des Aufenthaltes in einem Krankenhaus in verschiedenen Fachabteilungen behandelt wurden. Hier kann die Regel z. B. lauten, dass die Fachabteilung, in welcher der längste Teilaufenthalt stattgefunden hat, die abrechnungsbestimmende Fachabteilung ist. Es müsste darüber hinaus eine Berücksichtigung des Institutskennzeichens erfolgen.

Auch die Planung der Fallmengen wird nicht komplexer, lediglich die Bewertungen einer DRG variieren abhängig von weiteren Variablen (hauptbehandelnde Fachabteilung, Patientenalter etc.), können jedoch innerhalb eines Krankenhauses stets eindeutig zugeordnet werden, da vollständig transparent ist, welche Vergütung bei welcher Patientengruppe (DRG) angewendet werden muss. Ein System mit einer Vielzahl von Zusatzentgelten, die ggf. auf institutioneller Ebene einzeln zu verhandeln wären, ist demgegenüber deutlich weniger transparent, zudem mit einem vergleichsweise höheren administrativen Aufwand verbunden und hilft auch bei der konkreten Weiterentwicklung der DRG-Systematik hinsichtlich einer perspektivisch sachgerechten Abbildung von "Problembereichen" innerhalb des Fallpauschalensystems nicht unmittelbar weiter.

8.2.4.1 Verweildauer als Prüfkriterium für Aufwand/Kosten

Wenn keine Kostendaten für die Analysen der Unterschiede vorliegen, könnte wie schon ausgeführt auf Basis der Ergebnisse von Verweildaueranalysen in den Kostenkalkulationsdaten und den § 21-Daten bei signifikanten Unterschieden (z.B. längere Verweildauer in der Geriatrie) die Festsetzung von alternativen Bewertungsrelationen bzw. die Quantifizierung des Mehraufwandes für die häufigsten DRGs in der spezialisierten Disziplin erfolgen.

Entsprechend der Verweildauerunterschiede zwischen der Gesamtkalkulationsstichprobe und Fällen, die in spezialisierten Fachabteilungen bzw. Fachkrankenhäusern behandelt werden, könnten Adjustierungen der kalkulierten Bewertungsrelationen über die Verweildauerdifferenzen erfolgen. Die Ergebnisse ließen sich in einem alternativen Set von

Bewertungsrelationen abbilden, deren Abrechnung an bestimmte Merkmale spezialisierter Einrichtungen gekoppelt wird.

Diese Lösung kann und sollte möglichst nur eine Interimslösung sein. Kurzfristig muss an Kostendaten überprüft werden, ob sich die Kosten der spezialisierten Behandlungseinheit tatsächlich signifikant von den Kosten anderer Behandler in den betroffenen Fallgruppen unterscheiden.

8.2.5 Betroffene Fachbereiche

Die vorgeschlagene Lösung kann in folgenden Spezialisierungen zur Anwendung kommen:

- Geriatrie
- Onkologie/Radioonkologie
- Kinderonkologie
- Epilepsie
- Rheumatologie
- Diabetologie / Endokrinologie
- Pädiatrie
- Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie
- Kinderneurologie
- Unfallchirurgie / Orthopädie
- Rheumaorthopädie
- Nichtoperative Orthopädie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Schlaganfallbehandlung (Stroke Unit)
- Anthroposophische Medizin
- Organtransplantation

8.2.5.1 Geriatrie

Die Probleme der Geriatrie wurden bereits im Rahmen der Einleitung zu diesem Kapitel dargestellt.

8.2.5.2 Onkologie/Radioonkologie

Eine hohe Spezialisierung innerhalb verschiedener Fachgebiete ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit bösartigen Erkrankungen. Abhängig davon, ob die Behandlung als Eintagesbehandlung (ein Belegungstag), oder als Mehrtagesbehandlung erfolgt, differiert die Eingruppierung im DRG-System. Bei Mehrtagesfällen entscheidet die Haupt-

diagnose maßgeblich über die Eingruppierung, wenn es sich um die chirurgische, interventionelle oder medizinisch konservative (internistische Onkologie) Therapie handelt.

In der Zuordnung der Behandlungsfälle zu DRG-Fallgruppen spielt gerade bei den medizinischen Fallgruppen die Hauptdiagnose die wesentlichste Rolle. Bei der Kodierung muss unterschieden werden zwischen der vorrangigen Behandlung eines Primärtumors oder entsprechender Metastasen. Da durch die Metastasen andere Organgebiete betroffen sind, erfolgt dann die Eingruppierung auch in DRGs anderer Hauptdiagnosekategorien (MDCs). Somit streuen insbesondere die chemotherapeutisch behandelten Fälle über sehr viele DRGs in verschiedenen Hauptdiagnosekategorien. Bei gleicher Hauptdiagnose wird der Fall, der eine aufwändige Diagnostik zur Feststellung der Tumorausdehnung erhält, genauso eingruppiert, wie der Fall, der zu einer zweitägigen Chemotherapie in das Krankenhaus kommt. Eine Ausnahme bildet die invasive Diagnostik in der Gastroenterologie.

Unter der Hypothese, dass Diagnostik und Therapie immer im gleichen Krankenhaus erfolgen, könnte davon ausgegangen werden, dass sich die verschiedenen Aufwände innerhalb der gleichen DRG-Fallgruppe mitteln. Gerade in Krankenhäusern höherer Versorgungsstufe werden aber häufig komplexere Subgruppen einer DRG-Fallgruppe behandelt, die einen höheren Aufwand in der Diagnostik (auch bedingt durch die Vorhaltungen entsprechender diagnostischer Möglichkeiten) und der Therapie verursachen.

Eine wesentliche Variable bei den Therapiekosten ist der Einsatz der onkologischen Medikamente. Unterschiedlich teure Schemata bei grundsätzlich gleicher Hauptdiagnose führen damit zu unterschiedlich hohen Kosten. Eine sachgerechte Finanzierung der Behandlungsleistungen für diese sensible Patientengruppe erscheint über einen DRG-bezogenen Entgelt nicht möglich. Die innerhalb der Fallgruppen hoch variablen Aufwandskomponenten (z. B. besondere Medikamente) sollten daher neben den DRG-Fallpauschalen vergütet werden.

Zu berücksichtigen ist, dass die internistische onkologische Behandlung normalerweise in speziell hierfür ausgerichteten Fachabteilungen mit besonderen Vorhaltungen für Diagnostik und Therapie dieser Patientengruppe erfolgt. Dies erscheint auch wünschenswert, da die besondere Spezialisierung mit großer Wahrscheinlichkeit auch einen positiven Einfluss auf die gesamte Behandlungsqualität hat.

Die Therapie onkologischer Erkrankungen erfolgt häufig geplant in mehrzeitigen, konsekutiven Phasen mit flexiblem Wechsel zwischen stationärer, tagesklinischer und ambulanter Therapie. Dies ermöglicht die medizinisch notwendige Behandlungsdichte und kann gleichzeitig auf individuelle Bedürfnisse der Patienten Rücksicht nehmen. Die Erhaltung

dieser Behandlungsphasen muss auch unter einer DRG-Finanzierung in der gesamten Onkologie gesichert bleiben.

Aus der Natur der Erkrankungen und der sehr eingreifenden Behandlung ergeben sich vielfältige Variationen des Behandlungsablaufes mit einem einkalkulierten Risiko von unerwünschten aber erwarteten Nebenwirkungen bzw. „Komplikationen“. Diese „Komplikationen“ treten statistisch gesehen zwar in einem von Protokoll zu Protokoll verschiedenen Prozentsatz auf, sind im Einzelfall aber nicht vorhersagbar. Ein typisches Beispiel hierfür sind z.B. septische Episoden während neutropenischer Behandlungsphasen bei bösartigen Erkrankungen des Blutes. Nach dem derzeitigen Kalkulations- und Abrechnungsmodell wäre die sehr teure Therapie dieser Ereignisse (insbesondere innerhalb der Grenzverweildauer des vorherigen Aufenthaltes) aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl bezüglich der Kostengewichte einzelner, aufenthaltsorientierter DRGs nicht kalkulatorisch erfassbar. Von den Kostenträgern könnten diese Variationen des Heilungsverlaufes als „Komplikationen“ mit entsprechenden Auswirkungen auf die Abrechenbarkeit fehlinterpretiert werden.

8.2.5.3 Kinderonkologie

Die Kinderonkologie ist ein sehr hoch spezialisiertes Fachgebiet der Pädiatrie, welches jährlich circa 2000 Patienten mit malignen Neuerkrankungen behandelt. Über 90 % aller in Deutschland erkrankten Patienten mit malignen Erkrankungen werden bundesweit einheitlich nach Standards (Therapieoptimierungsstudien) behandelt, die auch international hohes Ansehen genießen und die zu hohen Heilungsraten geführt haben (10-Jahres-Überleben circa 75 %). Die Kinderonkologie ist ausschließlich an Krankenhäusern angesiedelt, es existieren keine Versorgungsangebote im niedergelassenen Bereich. Die gesamte stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung findet daher überwiegend an circa 50 kinderonkologischen Zentren statt. Selbst in den größten kinderonkologischen Abteilungen wird es wegen der großen Varianz bezüglich des Behandlungsaufwandes nicht möglich sein, einen einigermaßen konstanten „Case-Mix“ vorherzusagen. Die Patienten repräsentieren ein Spektrum von über 50 Diagnosen mit erheblichen Unterschieden im Ressourcenverbrauch selbst bei gleicher Diagnose, also innerhalb derselben DRG.

Auch in der Kinderonkologie ist die bereits unter 8.2.5.2 dargestellte geplante mehrzeitige Behandlung der Erkrankung Standard.

8.2.5.4 Epilepsiediagnostik/-therapie

Die Diagnostik bei erstmaligen Krampfanfällen kann sehr aufwändig sein. Neben einer genuinen Epilepsie kommen stets auch symptomatische Epilepsien (z.B. bei Hirntumor) in Frage. Die Diagnose eines psychogenen Anfalls kann erst nach sehr aufwändiger Ausschlussdiagnostik gestellt werden. Diese Diagnostik geht in der endgültigen Diagnose „unter“ und wird nicht sachgerecht vergütet.

Epilepsien werden in die Basis-DRG B76 (Anfälle) gruppiert, während psychogene Anfälle aufgrund fehlender spezifischer Hauptdiagnose (DIMDI-Thesaurus: F44.88 Dissoziative Störung) der DRG U65Z (Angststörungen) in der MDC 19 (Psychische Krankheiten und Störungen) zugeordnet werden. Symptomatische Epilepsien (G40.1 oder G402.) werden abhängig von der Grunderkrankung gruppiert, wirken aber derzeit nicht schweregradsteigernd.

Ein Abbildungsproblem stellt auch die Behandlung bei bekannter Epilepsie dar. Häufig kommt es nach einem generalisierten Anfall zu einer stationären Aufnahme (z.B. durch Rettungsdienst). Nach kurzer Beobachtung wird ein Teil der Patienten bereits wieder entlassen (oder verlässt die Klink gegen ärztlichen Rat) und die Weiterbehandlung (Anpassung der Medikation) erfolgt durch den niedergelassenen Neurologen.

Hiervon zu unterscheiden sind Patienten mit schweren Epilepsien, die z.B. mit zunehmender Anfallsfrequenz aufgenommen werden müssen und einer differenzierten Anpassung der medikamentösen (Kombinations-)Therapie bedürfen. Diese Behandlung kann mit einer sehr langen Verweildauer einhergehen. Zudem weisen Schwerst-epilepsiekranke häufig auch weitere Behinderungen auf, die wiederum mit einem hohen Betreuungsaufwand einhergehen.

Während die erste Gruppe prinzipiell in jedem Krankenhaus auch ohne neurologische Fachabteilung behandelt werden kann, existiert in Deutschland eine Spezialisierung für die Behandlung von schweren Epilepsien. Bei gleicher Gruppierung in die Basis-DRG B76 würden spezialisierte neurologische Abteilungen und Epilepsiezentren systematisch benachteiligt.

Extrem aufwändig sind auch Patienten, die zu einer präoperativen Epilepsiediagnostik aufgenommen werden. Diese Fälle werden aufgrund einer Langzeit-EEG-Prozedur zum großen Teil in die DRG B41Z (Langzeit-Monitoring bei komplexer Epilepsie) gruppiert. Der Aufwand für Fälle in dieser DRG kann jedoch erheblich variieren. Z.T. muss ein Anfall abgewartet werden, was zu einer hohen Variabilität der Verweildauer führen kann.

Zunächst ist anhand von interklinischen Vergleichen zu klären, ob sich diese Leistungen auf wenige spezialisierte Einrichtungen konzentrieren und eine relative Exklusivität der DRG gegeben ist. Wenn beide Voraussetzungen erfüllt werden, könnte ein adäquates Relativgewicht ermittelt werden. Sollte dies nicht möglich sein, muss aufgrund der wahrscheinlichen Kostenrelevanz eine alternative Lösung für die geschilderte Problematik gefunden werden.

8.2.5.5 Rheumatologie

Die Rheumatologie stellt eine hohe Spezialisierung auf Patienten mit Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis innerhalb der Inneren Medizin dar. Für die optimale Behandlung dieser Patienten hält die internistische Rheumatologie eine besondere personelle Struktur und eine besondere Behandlungsstruktur vor. Zudem beinhaltet die rheumatologische Fachbehandlung auch frührehabilitative Anteile. Aus den besonderen Behandlungsinhalten resultieren andere Personalaufwände und Verweildauern als in allgemein-internistischen Abteilungen.

Der Behandlungsaufwand für Patienten mit chronischen Erkrankungen richtet sich häufig nach dem Stadium und Aktivitätsgrad der Grunderkrankung sowie bereits bestehenden Funktionseinschränkungen infolge der Erkrankung. Die sonst im DRG-System üblichen Indikatoren des Behandlungsaufwands wie Nebendiagnosen (PCCL) oder Alter können in diesem Kontext besonders aufwändige Patientenkollektive nicht adäquat beschreiben.

Aus diesem Grund erfolgt die Finanzierung chronischer Erkrankungen in vielen DRG-Anwenderländern nicht über das DRG-System. So werden chronische Erkrankungen auch in Australien je nach Bundesland nicht oder überwiegend nicht über DRGs finanziert. Folglich bestand auch nicht die Notwendigkeit die Behandlung rheumatologischer Erkrankungen differenzierter im AR-DRG-System abzubilden.

Fast 75% aller in rheumatologischen Klinken behandelten Fälle werden in nur zwei Basis-DRGs (I66 und I69) gruppiert[14]. Ohne klare Trennung finden sich hier klinisch sehr unterschiedliche Krankheiten wie die chronische Polyarthritis, Kollagenosen, Vaskulitiden und die überwiegend in kinder- und jugendrheumatologischen Fachkrankenhäusern behandelte juvenile Arthritis. Insbesondere die Kinder- und Jugendrheumatologie als

[14] Ergebnis eines DRG-Evaluationsprojektes des Verbandes der Rheumatologischen Akutkliniken

Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

Spezialisierung in der Spezialisierung zeigt nochmals deutlich andere Behandlungsstrukturen, die sich in einem anderen Behandlungsaufwand widerspiegeln können.

Neben der nicht ausreichend differenzierten Abbildung rheumatologischer Fälle im DRG-System ist darzustellen, dass die angesteuerten Basis-DRGs (I66 und I69) nicht exklusiv von rheumatologischen Fällen belegt werden. Im Einklinkmodell der DRG-Kostenkalkulation wird jedoch auf strukturelle Unterschiede zwischen Krankenhäusern keine Rücksicht genommen. Ein Vergleich der mittleren geometrischen Verweildauern aus rheumatologischen Klinken mit denen des G-DRG-Fallpauschalenkataloges (1.0) lässt erwarten, dass rheumatologische Abteilungen durch eine DRG-Finanzierung nach bisheriger Logik systematisch benachteiligt würden.

Rheumatologische Behandlungsstrukturen wurden über die letzten Jahre gezielt gefördert. Sie stellen eine erwünschte Spezialisierung der deutschen Behandlungswirklichkeit dar. Soll diese Behandlungsstruktur in Deutschland erhalten bleiben, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Anpassung des derzeitigen Fallgruppen- und/oder des Finanzierungssystems notwendig sein. Dabei stellt sich die Frage, ob die sachgerechte Abbildung der rheumatologischen Behandlung momentan über DRG-Splitts und andere Veränderungen des Gruppierungsalgorithmus erreicht werden kann. DRGs können nie exklusiv rheumatologisch sein, wenn die behandelten Diagnosen und durchgeführten Prozeduren nicht exklusiv rheumatologisch sind. Ein möglicher Lösungsansatz wäre die getrennte Kalkulation von Bewertungsrelationen für rheumatologische Krankenhäuser, die eine gewisse Struktur vorhalten. Dabei könnte die Systematik des DRG-Fallpauschalenkataloges zunächst weitgehend beibehalten werden. Auch für die Kinderrheumatologie müsste in diesem Zusammenhang eine Sonderregelung getroffen werden.

Lang- bis mittelfristig sollte überlegt werden, ob nicht andere als die bisher erhobenen Parameter wie z.B. Skalen zur Krankheitsaktivität oder Funktionseinschränkung eine bessere Differenzierung der Behandlung chronisch Kranker und damit ihre sachgerechte Abbildung im Fallgruppensystem selbst erlauben.

8.2.5.6 Diabetologie/ Endokrinologie

Die Endokrinologie und die Diabetologie sind Fachgebiete der Inneren Medizin. Da nur wenige Krankenhäuser über spezielle endokrinologische oder diabetologische Abteilungen verfügen, werden Patienten mit endokrinologischen Erkrankungen oft auch auf allgemeininternistischen Stationen behandelt. Komplexere und aufwändigere Fälle kumulieren allerdings häufig in spezialisierten endokrinologischen bzw. diabetologischen Abteilungen.

Der Diabetes stellte laut statistischem Bundesamt im Jahr 1999 die 16.-häufigste Ursache für eine stationäre Aufnahme bei Männern und die 13.-häufigste Ursache bei Frauen dar15. Je nach Alter liegt die Prävalenz des Diabetes zwischen 4% und 20%, die Inzidenz liegt je nach Alter zwischen 200 und 1.200 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnern und Jahr16. Im Jahr 2001 verstarben 24.363 Patienten (3% aller Todesfälle) in Deutschland aufgrund einer endokrinologischen Erkrankung17. Damit stellt der Diabetes eine sowohl medizinisch wie auch volkswirtschaftlich bedeutende Erkrankung dar. Während in endokrinologisch spezialisierten Krankenhäusern häufiger die Fälle Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen behandelt werden, wird in nicht spezialisierten internistischen Fachabteilungen wahrscheinlich ein größerer Teil einfacherer Diabetesfälle behandelt (so hatten 25,6% der Fälle in der K60B der InEK-Stichprobe einen Diabetes ohne Komplikationen, während in einer DRG-Evaluationsprojekt-Stichprobe von diabetologischen Fachkrankenhäusern nur 20,1% der Fälle einen komplikationslosen Diabetes aufwiesen. Noch deutlicher wird dieser Unterschied in der DRG K60A, in der bei 18,7% der Fälle in der InEK-Stichprobe ein Diabetes ohne Komplikationen als Hauptdiagnose verschlüsselt wurde, hingegen nur bei 10,1% der Fälle der Projektstichprobe)

Der Diabetes ist häufig zunächst mit einer Umstellung der Ernährung, Gabe von Medikamenten und gegebenenfalls der Substitution von Insulin gut zu beherrschen. Je länger der Diabetes besteht und je schlechter der Diabetes des Patienten im Laufe seiner Erkrankung eingestellt war, desto häufiger kommt es aufgrund von diabetischen Gefäß- und Nervenschädigungen zu oft schwerwiegenden direkten und indirekten Folgeerkrankungen. Die Aufgabe der Diabetologie besteht daher sowohl in der Behandlung des Diabetikers ohne Sekundärschäden (d.h. ohne Folgeerkrankungen) mit dem Ziel einer optimalen Einstellung zur Vermeidung der Folgeerkrankungen als auch in der Behandlung der schon aufgetretenen Komplikationen oder Folgeerkrankungen des Diabetes. In diesem Zusammenhang spielt die gründliche Unterweisung des Diabetikers (Diabetesschulung) eine große Rolle. Während die Behandlung von Diabetikern ohne Sekundärschäden relativ standardisiert ist und oft auch tagesklinisch durchgeführt werden kann, ist die Behandlung der Folgeerkrankungen teilweise sehr aufwändig und erfordert die intensive Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen.

---

[15] Statistisches Bundesamt

[16] http://www.uni-duesseldorf.de/diabetes/fachthemen/164.htm

[17] Statistisches Bundesamt

Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

Aufgrund der Spezialisierung werden häufiger Patienten mit Folgeerkrankungen eines Diabetes in einer diabetologischen Fachabteilungen behandelt. Diese These wird durch die oben genannten Daten zu den differierenden Anteilen von Fällen mit Diabetes ohne Komplikationen in der Projektstichprobe im Vergleich zur InEK-Stichprobe belegt.

Endokrinologie

In den endokrinologischen Fachabteilungen werden häufig Patienten behandelt, deren Erkrankung eine aufwändige Diagnostik (z.B. laborchemische Bestimmung bestimmter Hormonspiegel) und zumeist auch eine aufwändige Therapie (z.B die Gabe teurer Hormonersatzpräparate) erforderlich macht. Die niedrige Prävalenz mancher endokrinologischer Erkrankungen (Beispiel: Prolaktinom 0,06%, Morbus Cushing 0,007%[18]) bedingt, dass diese schweren Erkrankungen nur an bestimmten spezialisierten Abteilungen behandelt werden. Aufgrund der niedrigen Prävalenz werden insbesondere labormedizinische Leistungen zur Diagnostik bei speziellen endokrinologischen Erkrankungen häufig von Krankenhäusern der Maximalversorgung angeboten.

8.2.5.7 Pädiatrie

Die Spezialisierungen in der Kinderheilkunde sind in der Regel in hoch spezialisierte Abteilungen ausgelagert. Hierzu gehören z.B. die Neonatologie, die Kinderonkologie, die Kinderkardiologie, die Kinderrheumatologie und die Kinderneurologie.

Nicht in diesen hoch spezialisierten Bereichen behandelte Erkrankungsbilder werden in der Allgemeinen Kinderheilkunde behandelt. Die Allgemeine Kinderheilkunde stellt somit einen „Sammeltopf“ für viele verschiedene Erkrankungen dar. Von den Pädiatern wird angemerkt, dass die DRG-Systematik den höheren Aufwand bei der ärztlichen und pflegerischen Behandlung sowie bei der sozialen Betreuung von Kindern und Jugendlichen nicht genügend reflektiert. Insbesondere wird der erhebliche personelle Mehraufwand hervorgehoben.

Die Spezialisierungen in der Kinderheilkunde sind besonders zu betrachten und deshalb auch einzeln in diesem Gutachten kommentiert. Inwieweit die Allgemeine Kinderheilkunde kalkulatorisch einen höheren Aufwand verursacht, als die korrespondierenden Fälle z.B. aus der internistischen Medizin, muss an den Kalkulationsdaten im InEK überprüft werden. Die kinderheilkundlichen Abteilungen arbeiten mit höheren Personalschlüsseln und verfügen

[18] Dr. Fingscheidt, Medizinische Universität zu Lübeck, http://www.strandpraxis.de/end.htm

insbesondere auch über zusätzliches Personal im sozialen Bereich (z. B. Psychologen). Aus dem höheren Personaleinsatz allein kann nicht der gesamtökonomische Vergleich mit korrespondieren Fällen von Erwachsenen in der gleichen DRG abgeleitet werden. Hierzu sind auch andere Faktoren wie die Verweildauer und die durchgeführten Leistungen zu berücksichtigen. Kinder werden häufig in Fallgruppen gruppiert, in denen auch Erwachsene sind, die überwiegend in der Inneren Medizin behandelt werden. Dort werden häufiger teure Medikamente appliziert, insbesondere wenn auch onkologisch erkrankte Patienten behandelt werden. Demgegenüber sind die Verweildauern bei Kindern oft kürzer, da eine möglichst frühe Entlassung erwünscht ist und auch die Spontanregeneration häufig besser ist, als bei Erwachsenen.

Die fehlende Kostenträgerrechnung in den Krankenhäusern und die Methodik der Kostenkalkulation, die zulässt, dass ein Großteil der Kosten über die Verweildauertage geschlüsselt kalkuliert wird, führt dazu, dass bestimmte Fallgruppen wahrscheinlich über- und andere Fallgruppen unterbewertet werden („Kompressionseffekt“). Auch wenn zunächst in einem Teil der Fallgruppen nicht mit einer Unterfinanzierung der Kinderheilkunde zu rechnen ist, könnte sich diese Situation allerdings bei verbesserter Kostenträgerrechnung und verbesserter Kostenkalkulation in den nächsten Jahren entwickeln, wenn die Behandlungskosten besser als heute auf den einzelnen Fall projiziert werden können. Dann könnten sich Unterschiede bezüglich des Aufwandes zwischen der Kinderheilkunde und anderen Fachgebieten, welche die gleiche DRG-Fallgruppe bedienen, deutlicher darstellen. Untersuchungen aus den USA und aus Australien weisen darauf hin, dass insbesondere sehr kleine Kinder höhere Kosten verursachen. Eigene Analysen weisen darauf hin, dass insbesondere in den Fallgruppen der MDC F (Herz-Kreislauf) und in der Onkologie die Behandlungen von Kindern kostenintensiver sind, als die von Erwachsenen.

8.2.5.8 Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

Angeborene Herzfehler werden überwiegend im Kindesalter aber auch im Erwachsenenalter diagnostiziert und behandelt. Wurden früher komplexe angeborene Herzfehler häufig mehrzeitig korrigiert (mehrere Korrekturoperationen mit Intervallen von Monaten bis Jahren), wird heute zeitnah zur Geburt versucht, den schweren Herzfehler komplett zu korrigieren. Im Rahmen dieser Therapie ist eine bezüglich des Aufwandes sehr variable intensivmedizinische prä- und postoperative Behandlung notwendig.

Das G-DRG-System nimmt bisher keine sachgerechte Differenzierung der verschiedenen komplexen angeborenen Herzfehler vor. Damit sind die Zielgruppen für die DRG-Gruppierung sehr aufwandsheterogen, was akzeptabel wäre, wenn die Mischung der Fälle

innerhalb einer DRG-Fallgruppe an allen Herzzentren gleich wäre. Das ist aber nicht der Fall. Nur ein Teil der Herzzentren hat sich auf besonders komplexe Herzfehler (Fallot Tetralogie, Single Ventricel, Hypoplastisches Linksherzsyndrom etc.) spezialisiert, während an fast allen Herzzentren die leichteren Herzfehler (ASD, VSD, Isthmusstenose) therapiert werden.

Durch die hohe Spezialisierung entsteht eine Patientenselektion, die einen Einfluss auf den medizinischen und ökonomischen Aufwand hat. Krankenhäuser, die sich auf die Korrektur der sehr komplexen Herzfehler spezialisiert haben, werden im Mittel einen wesentlich höheren Aufwand und damit auch wesentlich höhere Kosten haben, als die Krankenhäuser, die sich auf die Korrektur der weniger komplexen Herzfehler spezialisiert haben.

Es sind daher Analysen durchzuführen, um die ökonomische Relevanz dieser Spezialisierungen zu ermitteln und basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung eine Anpassung der DRG-Klassifikation vorzunehmen. Analysen der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie zur Abbildung der Kinderherzchirurgie zeigen, dass in herzchirurgischen DRG-Fallgruppen, die einen höheren Anteil an Kindern und Säuglingen enthalten, die mittleren arithmetischen und geometrischen Verweildauern der Kinder und Säuglinge häufig deutlich über den mittleren Verweildauern der jeweiligen Fallgruppen liegen. Unter Berücksichtigung der Komplexität der Eingriffe und der dadurch häufig notwendigen langen Intensivtherapie ist davon auszugehen, dass die Fallkosten bei den Kindern wesentlich höher sind, als bei den Erwachsenen. Dies wird sich bei der Analyse der Kalkulationsdaten inbesondere in folgenden DRGs zeigen:

DRG	GDRG-Bezeichnung
F07Z	Andere kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit HLM
P02Z	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen
F09Z	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne HLM
F04A	Herzklappeneingriff mit HLM ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff
F03Z	Herzklappeneingriff mit HLM mit invasiver kardiologischer Diagnostik
F14A	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne HLM, mit äußerst schweren CC
F14C	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne HLM, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F14B	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne HLM, mit schweren CC
F04B	Herzklappeneingriff mit HLM ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder komplizierenden Eingriff
F12Z	Implantation eines Herzschrittmachers
F21B	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem, Alter < 65 Jahre ohne äußerst schwere CC
F06A	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff
A40Z	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne herzchirurgischen Eingriff

Tabelle 8-1 Kinder, Alter unter 15 Jahre, Operative Fallgruppen in die Kinder und Säuglinge gruppiert werden (P02Z nur Neugeborene)

DRG	GDRG-Bezeichnung
F68Z	Angeborene Herzkrankheit
F19Z	Andere perkutan-transluminale Intervention am Herzen
F42B	Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplexe Diagnose/Prozedur
F42A	Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit komplexer Diagnose/Prozedur
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere oder schwere CC
F40Z	Kreislaufkrankheit mit maschineller Beatmung
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit schweren CC
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere oder schwere CC
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne äußerst schwere oder schwere CC
F73B	Synkope und Kollaps ohne äußerst schwere oder schwere CC
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F67B	Hypertonie ohne CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit äußerst schweren oder schweren CC
F61Z	Infektiöse Endokarditis
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC
F73A	Synkope und Kollaps mit äußerst schweren oder schweren CC
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC

Tabelle 8-2 Kinder, Alter unter 15 Jahr, nichtoperative Fallgruppen, in die Kinder und Säuglinge gruppiert werden

Es kann davon ausgegangen werden, dass die mittlere Verweildauer in der Erwachsenenherzchirurgie in den kommenden Jahren absinken wird. Die Diskrepanz zwischen den Verweildauern der herzchirurgisch operierten Kinder und der herzchirurgisch operierten Erwachsenen wird somit in den kommenden Jahren noch größer werden, als sie sich derzeit auf Basis der Daten des Jahres 2002 schon darstellt. Es ist daher wahrscheinlich notwendig, eine eigene DRG-Klassifikation für die Operation angeborener Herzfehler auf Basis der deutschen Daten zu entwickeln und in der DRG-Klassifikation zu etablieren. Alternativ kann auch versucht werden, über Alterssplitts die kostenintensiveren Kinder innerhalb der

Basisfallgruppen der o.a. DRGs zu isolieren und so die Homogenität der jeweiligen Fallgruppen zu verbessern.

In der Übergangszeit könnte eine Finanzierung dieser Leistungen nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes erfolgen, falls die Analysen der Kosten- und weiterer Aufwandsdaten zeigen, dass eine Pauschalierung problematisch ist.

8.2.5.9 Neurologische Pädiatrie

Einige DRGs in der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) vereinigen Krankheiten mit unterschiedlichen Manifestationszeitpunkten. Der Behandlungsaufwand für diese Krankheiten kann sich deutlich unterscheiden. Dabei hat sich die Neuropädiatrie auf die Krankheiten mit dem Manifestationszeitpunkt im Kinder- und Jugendalter spezialisiert. Es ist somit weder für die Erwachsenneurologie noch für die Neuropädiatrie möglich, den Fallmix der Kostenkalkulation für diese DRGs zu erreichen, da nur ein Spektrum der jeweiligen DRG behandelt wird. Daher ist nicht zu erwarten, dass die im Rahmen des Einklinikmodells ermittelten Bewertungsrelationen sowohl die Neuropädiatrie wie auch die Erwachsenenneurologie sachgerecht abbilden können. Durch die Überzahl an neurologischen Abteilungen der Erwachsenenneurologie wird die Kostenkalkulation jedoch durch diese Patientengruppe dominiert werden.

Folgende DRGs werden nach klinischer Einschätzung besonders von diesem Problem betroffen sein:

DRG B66B Neubildungen des Nervensystems, Alter < 65 Jahre

Die Hirntumore, die sich im Kinder- und Jugendalter manifestieren, unterscheiden sich in Abstammung, Histologie, Lokalisation, Verlauf und Prognose deutlich von denjenigen des Erwachsenenalters. Dementsprechend ist es unwahrscheinlich, dass der Aufwand für Therapie und Diagnostik vergleichbar ist.

Basis-DRG B67 Degenerative Krankheiten des Nervensystems

Diese Basis-DRG wird in der Erwachsenenneurologie durch Krankheiten wie den Morbus Parkinson, die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und die Myasthenia gravis dominiert. Neuropädiatrisch werden in dieser Basis-DRG angeborene Stoffwechselstörungen (Gangliosidosen, Sphingolipidosen), hereditäre Muskelatrophien und -dystrophien sowie viele andere angeborene Krankheiten behandelt. Viele dieser Patienten versterben, bevor sie das Erwachsenenalter erreichen. Zum Teil müssen Enzymdiagnostiken und aufwändige

molekulargenetische Untersuchungen durchgeführt werden. Eine interklinische Aufwandshomogenität ist nicht zu erwarten.

Basis-DRG B68 Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie

Neben der multiplen Sklerose werden auch dieser Basis-DRG vornehmlich hereditäre Erkrankungen zugewiesen. Während die hereditären Erkrankungen sich meist im Kindes- und Jugendalter manifestieren und viele Patienten bereits vor Erreichen des Erwachsenenalters versterben, werden erwachsenenneurologische Abteilungen überwiegend Fälle mit multipler Sklerose in dieser DRG behandeln.

DRG B77Z Kopfschmerzen

In dieser DRG sammeln sich Fälle mit Migräne, Spannungskopfschmerz, arzneimittelinduziertem Kopfschmerz und anderen Kopfschmerzformen. Obwohl prinzipiell alle diese Kopfschmerzformen in beiden Altersgruppen vorkommen können, ist zu erwarten dass sich das Mischungsverhältnis in der Neuropädiatrie von normalen neurologischen Abteilungen unterscheidet. Chronisch therapieresistente Kopfschmerzformen werden sich aller Wahrscheinlichkeit nach unter Erwachsenen häufiger finden.

Basis-DRG B76 Anfälle

Um den unterschiedlichen Anfallsarten bei Kleinkindern und Erwachsenen gerecht zu werden, existiert in dieser Basis-DRG eine kombinierter PCCL- und Altersplitt (>2/<3 Jahre). Ob dieser Altersplitt bei 2 Jahren sinnvoll und so eine sachgerechte Finanzierung möglich ist, sollte anhand der Kalkulationsdaten auch im interklinischen Vergleich überprüft werden (s. auch Epilepsiediagnostik/-therapie).

Empfehlung

Differenzierte Analyse der o.a. Fallgruppen unter Berücksichtigung verschiedener Alterssplitts anhand der Daten aus der DRG-Kostenkalkulation sowie der Daten nach § 21 KHEntgG.

8.2.5.10 Unfallchirurgie / Orthopädie

Die größten Probleme des spezialisierten Bereichs Unfallchirurgie/Orthopädie konzentrieren sich auf die Behandlung polytraumatisierter Patienten, schwerst brandverletzter Patienten, die Endoprothetik und die damit verbundenen sehr variablen Aufwände innerhalb einer Fallgruppe sowie die sehr variablen Aufwände bei der Behandlung von Patienten mit Weich-

teilverletzungen (z.B. Überrolltrauma). Diese Probleme werden später in spezifischen Kapiteln diskutiert.

Ein weiterer Schwerpunkt der Abbildungsprobleme ist dadurch begründet, dass kleine und große Eingriffe, die unterschiedlich komplexe Fallspektren repräsentieren, in DRGs gemischt sind. Durch die Spezialisierung in Deutschland ergibt sich eine Schwerpunktversorgung, die die aufwändigen Subgruppen innerhalb von DRGs bevorzugt, und damit auffällig häufig versorgt. Aus diesem Grunde hat die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes umfangreiche Untersuchungen zur Abbildung ihrer Leistungen im DRG-System durchgeführt. Aus diesem Projekt wurden verschiedene Anpassungsvorschläge generiert, die dem InEK fristgerecht eingereicht wurden. Hierdurch kann die Abbildung der unfallchirurgischen und orthopädischen Leistungen im DRG-System selbst verbessert werden, so dass diese Problembereiche reduziert werden. Nicht reduziert werden kann hierdurch aber die Problematik der unterschiedlich aufwändigen Endoprothetik. Hierzu müssen gesonderte Lösungen entwickelt werden.

Berücksichtigung der Verletzungsmuster

Wenn Verletzungen mit so genannten offenen Verletzungen gepaart sind, resultiert hieraus aufgrund der Komplikationsträchtigkeit (z.B. verzögerte Wundheilung , Infektionen) eine signifikante Erhöhung des Ressourcenverbrauchs (teure Antibiotika-Therapie, Zweiteingriffe, Verweildauerverlängerung). Daher sollten offene Verletzungen bei der Gruppierung berücksichtigt werden. In der ICD-10 liegen zu allen Verletzungen Kodes vor, durch deren zusätzliche Angabe zwischen offenen und geschlossenen Verletzungen unterschieden wird.

8.2.5.11 Rheuma-Orthopädie

Ein Teil der orthopädischen Fachabteilungen hat sich auf die Versorgung von an rheumatischen Erkrankungen leidender Patienten spezialisiert. Gerade diese Patienten benötigen häufig nach einer langjährigen Rheumaerkrankung einen Ersatz,der durch das Rheuma zerstörten Gelenke. Neben dem reinen Gelenkersatz, der sich bei diesen Patienten wegen der besonderen Konstellation (schlechte Knochensituation, Fehlstellungen, Bewegungseinschränkungen) sehr viel schwieriger gestaltet, als bei Patienten, die nicht an Rheuma erkrankt sind, resultiert, bedingt durch die Mitbehandlung des Rheumas und die dadurch verzögerte Rekonvaleszenz (schlechtere Mobilisation, höherer Betreuungsaufwand), eine Verlängerung der Verweildauer und ein deutlicher Mehraufwand. Darüber hinaus müssen teilweise sehr teure Medikamente und Implantate eingesetzt werden. Alle diese

Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

Maßnahmen sind in den DRGs I03C bis A für den Hüftgelenksersatz oder -wechsel und in den DRGs I04A/B für den Kniegelenksersatz oder -wechsel nicht sachgerecht abgebildet. Diese Problematik sollte unter dem Einfluss des neuen Vergütungssystems sorgfältig beobachtet werden, um rechtzeitig durch eventuell adaptierte Finanzierungsbedingungen oder eine Anpassung des Klassifikationssystems reagieren zu können.

8.2.5.12 Nicht-operative Orthopädie

Die konservative Orthopädie stellt eine hohe Spezialisierung auf die nicht-operative Behandlung von Patienten mit Krankheiten des Bewegungsapparates, insbesondere an der Wirbelsäule dar. Die Behandlung ist vor allem manualmedizinisch, schmerztherapeutisch und psychosomatisch ausgerichtet. Durch die Behandlung von Patienten in der nicht-operativen Orthopädie können zum Teil operative Eingriffe vermieden werden und kann der Chronifizierung mit ihren negativen volkswirtschaftlichen Konsequenzen vorgebeugt werden. Aus den besonderen Behandlungsinhalten resultieren andere Personalaufwände und Verweildauern.

Die Fälle der nicht-operativen Orthopädie werden zu circa 80% drei Basis-DRGs zugeordnet (I68 Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, B71 Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven und Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien). Die Alters- und PCCL-Splitts in diesen Basis-DRGs sind nicht in der Lage, aufwändige, in der nicht-operativen Orthopädie behandelte Fälle von anderweitig behandelten Fällen zu differenzieren. Derzeit existiert weder ein Diagnose- noch ein Prozedurenkriterium, das in der Lage wäre, diese Fälle zu identifizieren. Von der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) wurde ein Vorschlag zur Einführung eines neuen OPS-Kodes beim DIMDI eingereicht.

Falls der neue OPS-Kode eingeführt wird, sollte an Kostendaten überprüft werden, ob eine sachgerechte Finanzierung der nicht-operativen Orthopädie durch Einführung von DRG-Splitts oder neuen Basis-DRGs möglich ist. Alternativ bestünde gegebenenfalls die Möglichkeit, durch eine getrennte Kalkulation von Bewertungsrelationen für die betroffenen Klinken einen systemimmanenten Lösungsweg zu finden.

8.2.5.13 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Eine DRG-Fallgruppe ist nicht an ein Fachgebiet gebunden. Verschiedene Fachgebiete erbringen Leistungen, die aufgrund der DRG-Systematik in dieselbe Fallgruppe gruppiert werden. Dabei kommt es häufig zu deutlichen Überschneidungen, wie am Beispiel der Mund-

Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) und der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) aufgezeigt werden kann.

In den G-DRGs D08Z, *Eingriffe an Mundhöhle und Mund* und D02B, *Eingriffe an Kopf und Hals* besteht eine erhebliche Überschneidung der beiden Fachgebiete.

Der Vergleich der klinischen Profile aus einem MKG-DRG-Evaluationsprojekt mit den klinischen Profilen der G-DRG-Kalkulation ergab bei den Hauptdiagnosen nur wenig Übereinstimmung. Die Ursache dafür liegt darin, dass die MKG-Chirurgie nur in wenigen Krankenhäusern vertreten ist. Die HNO ist dagegen an sehr viel mehr Krankenhäusern (viermal so häufig) vertreten und dominiert damit die Stichprobe der DRG-Kalkulation.

Für den nächsten G-DRG-Katalog werden hier deutlich mehr MKG-Fälle erwartet, da auch Unikliniken ihre Kalkulationsdaten einreichen wollen. Fast alle Unikliniken verfügen über eine Abteilung für MKG-Chirurgie. Trotzdem wird die Dominanz der HNO-Fälle in der Stichprobe bestehen bleiben. Es ist daher im InEK sehr differenziert zu prüfen, inwieweit die Spezialisierung der MKG-Chirurgie nicht in den HNO-dominierten Fallgruppen "untergeht". Je nach Auswirkung der Dominanz könnte hieraus eine Unterfinanzierung oder Überfinanzierung der MKG-Chirurgie erfolgen.

8.2.5.14 Schlaganfallbehandlung (Stroke Unit)

Abhängig von der Krankenhausplanung der Bundesländer hat die Verfügbarkeit von Versorgungseinrichtungen einen nicht unwesentlichen Einfluss auf den Leistungsinhalt innerhalb einer DRG-Fallgruppe. Dies wird besonders deutlich bei der Schlaganfallbehandlung, welche in unterschiedlichen Behandlungsstrukturen, unterschiedlichen Behandlungsmustern und damit differierenden Leistungsinhalten bezogen auf die einzelnen Behandlungsepisoden erfolgt.

Der Schlaganfallpatient kann nach initialer Aufnahme in einem nicht auf die Behandlung spezialiserten Krankenhaus sofort weiterverlegt werden in eine neurologische Klinik, evtl. eine Klinik mit Stroke Unit und dort der Akutbehandlung des Schlaganfalls zugeführt werden. Nach Abschluss der Akutbehandlung kann ggf. eine Verlegung in eine externe neurologische Reha, eine externe geriatrische Akutklinik oder auch in eine externe geriatrische Rehaklinik erfolgen. Auch die Ausbehandlung im akut versorgenden Haus ist möglich. Der Patient kann aber auch in einer primär aufnehmenden internistischen oder geriatrischen Abteilung akut behandelt und danach weiterverlegt oder auch ausbehandelt werden.

Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

Es wird deutlich, dass mit dem unterschiedlichen Behandlungsumfang in der Akutbehandlung des Schlaganfalls auch unterschiedliche Kosten verbunden sind. Die Durchführung der Akuttherapie plus kompletter nachfolgender Behandlung in einem Krankenhaus verursacht für dieses deutlich höhere Kosten, als die Beschränkung der Behandlungsleistung auf die Akutphase und Durchführung der weiteren Teilbehandlungen in anderen Einrichtungen.

Unterschiedliche lokale Versorgungsstrukturen sowie unterschiedliche Vorhaltungen in den versorgenden Einrichtungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Leistungserbringung innerhalb der Apoplex-DRG. Diese derzeitigen Strukturen werden auch so in die DRG-Kostenkalkulation einfließen. Da sich die Kostenkalkulation streng an den Episoden in den einzelnen Krankenhäusern orientiert, können auch nur die episodenbezogenen Kosten in die Kalkulation der jeweiligen Fälle eingehen. Im Ergebnis wird die Kostenkalkulation nur für einen Teil der Fälle die komplette Behandlung widerspiegeln. Für einen größeren Teil der Fälle in der Apoplexbehandlung wird es sich immer nur um die Darstellung der Kosten von Teilabschnitten der Gesamtbehandlung handeln.

Basierend auf der Kostenkalkulation werden die Kostengewichte festgesetzt, aber auch die Basisinformationen für die Anpassung und Pflege des DRG-Systems gewonnen. Mit den derzeit gewonnenen Kostendaten ist unter Berücksichtigung der o.a. Ausführungen eine Anpassung der Apoplex-DRG an die deutschen Verhältnisse nicht möglich. Hierzu sind gesonderte Untersuchungen durchzuführen, welche die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen adäquat berücksichtigen.

Bleiben die landesspezifischen oder lokalen Versorgungsstrukturen bei der Kalkulation sowie der Festsetzung der Kostengewichte unberücksichtigt, hätte dies einen erheblichen Einfluss auf die derzeitigen von den Ländern gewollten Strukturen und wahrscheinlich auch auf die Versorgungsqualität.

Die Entwicklung effizienter Behandlungsstrukturen für diese häufige und bei schlechtem Behandlungsergebnis das Gesamtsystem erheblich belastende Erkrankung sollte weiterhin gefördert werden. Die teilweise erheblich zwischen den Bundesländern differierenden mittleren Verweildauern in den DRGs der Fallgruppe Apoplex, B70 (A-D) resultieren genau aus dem unterschiedlichen Leistungsinhalt, der abhängig von der lokalen Versorgungsstruktur innerhalb der einzelnen Episoden erbracht wird.

Bei der Behandlung auf einer zertifizierten Stroke Unit handelt es sich um ein modernes Therapieverfahren zur Akutbehandlung von Schlaganfallpatienten unter kontinuierlichen, multimodalen Monitoringbedingungen mit der Möglichkeit der Schaffung einer

kontinuierlichen Homöostase vitaler Parameter, der Frühesterkennung und Therapie bedrohlicher Sekundärkomplikationen, der Durchführung einer Fibrinolyse-Therapie und der Möglichkeit der dekompressiven Kraniotomie im Falle raumfordernder Hirninfarkte. Anhand der prognostischen Früheinschätzung des Kranken durch speziell in der Schlaganfall-behandlung geschulte Ärzte werden unverzüglich die notwendigen logistischen Maßnahmen ergriffen u.a. in Kooperation mit Sozialarbeitern, um den Kranken ohne Verzug in die geeignete weiterführende Maßnahme der therapeutischen Kette einzuschleusen, z.B. Frührehabilitation, stationäre Weiterbehandlung in der neurologischen oder internistischen Allgemeinstation, Rehabilitation der Phase C, ambulante Rehabilitation, Entlassung nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung, in die häusliche Pflege etc.,

Durch ein Zertifizierungsverfahren, dem sich alle zertifizierten Stroke Units ausnahmslos unterworfen haben und fortlaufend erneut im Zuge der Rezertifizierung unterwerfen müssen, wird die erforderliche Struktur- und Prozessqualität sichergestellt. Derzeit werden in Deutschland circa 120 zertifizierte Stroke Units vorgehalten. Diese behandeln circa. 50.000 Patienten jährlich (1/3 der Neuerkrankungen an Schlaganfall). Die Anzahl der Stroke-Units sowie die Zahl der Patienten nehmen seit Jahren kontinuierlich zu.

Empfehlung

Notwendig ist eine besondere Analyse dieser Versorgungsstrukturen und der Versorgungsabläufe mit dem Ziel, die bisher in Deutschland zur Anwendung kommenden Leistungsmuster differenziert zu beschreiben und eine Lösung für eine sachgerechte Finanzierung zu entwickeln. Diese Analysen sind nicht auf Basis der Daten nach § 21.4. bzw. der Kalkulationsdaten durchführbar, da auf dieser Datenbasis die Episoden zur Gesamt-behandlung eines Patienten nicht im Kontext betrachtet werden können. Es ist ein gesondertes Forschungsprojekt unter Einbeziehung von verschiedenen Versorgungs-einrichtigen aus unterschiedlichen Bundesländern zur Untersuchung dieser Problematik zu empfehlen. Der derzeitige G-DRG-Ansatz kann die sachgerechte Finanzierung dieser Behandlungsleistungen jedenfalls nicht gewährleisten.

8.2.5.15 Anthroposophische Medizin

Unter besonderen Vorhaltungen ist auch das Leistungsangebot der anthroposophischen Medizin zu subsumieren. Die besonderen anthroposophischen Therapieinhalte bedingen, dass die so behandelten Patienten verglichen mit Patienten, die in internistischen Abteilungen behandelt werden, eine längere Verweildauer aufweisen. Eine Verkürzung der Verweildauer wäre nur möglich, wenn auf die anthroposophischen Therapieinhalte weitgehend verzichtet würde. Heute werden diese Krankenhäuser mit einem entsprechenden Budget von

der gesetzlichen und privaten Krankenkasse ausgestattet. Unter DRG-Bedingungen werden sie aufgrund der höheren Kosten beim Vergleich mit anderen Krankenhäusern auf Basis der DRGs ineffizient erscheinen. Wird für diese Problematik keine konstruktive Lösung gefunden, wird das anthroposophische Leistungsangebot nur noch Patienten vorbehalten bleiben, die die nicht durch die Krankenversicherungen gedeckten Beträge aus eigener Tasche aufbringen können.

8.2.5.16 Organtransplantation

Während sich die Transplantationen solider Organe bzw. die Knochenmarktransplantationen in Grenzen pauschalieren lassen, sind Transplantationszentren insbesondere bei der Vorbereitung der Patienten zur Transplantation aber auch bei der Weiterbehandlung nach Transplantationen systematisch im derzeitigen G-DRG-System benachteiligt.

Die Vorbereitung zur Transplantation erfolgt häufig in getrennten Aufenthalten und ist mit einer sehr teuren Diagnostik zur Abklärung der Transplantationsfähigkeit verbunden. Diese Diagnostik spiegelt sich nicht in den DRG-Fallgruppen wider; die diagnostischen Aufenthalte führen in DRG-Fallgruppen, die nicht für diese Spezialfälle gebildet wurden und zu einer entsprechend geringen Vergütung führen.

Wenn nach Entlassung des Patienten aus dem Transplantationsaufenthalt im weiteren Verlauf Infektionen oder Abstoßungsreaktionen auftreten, werden die Patienten i. d. R. wieder im transplantierenden Zentrum behandelt, weil dieses die besondere Logistik und Qualifikation vorhält.

Immunsupprimierte Patienten neigen zu Infektionen, die dann häufig auch einen sehr schweren Verlauf zeigen und mit extrem teuren Medikamenten behandelt werden müssen. Ebenso verhält es sich mit Abstoßungsreaktionen, die bei einem Teil der Patienten auftreten. Da die medikamentöse Behandlung im DRG-System bei der Gruppierung der Patienten zu DRG-Fallgruppen keine Rolle spielt, erfolgt die DRG-Zuordnung dieser Fälle allein auf Basis der Hauptdiagnose. Die angesteuerten DRGs sind aber nicht für diese besonders aufwändigen Posttransplantationspatienten kreiert, sondern für nicht immunsupprimierte Patienten, die an einer Infektion leiden und einen ganz anderen Behandlungsverlauf zeigen. Dem wesentlich erhöhten Behandlungsaufwand von transplantierten Patienten, verbunden mit einem hohen Sachmitteleinsatz, wird daher vom derzeitigen DRG-System nicht Rechnung getragen.

Empfehlung

Eine besondere Analyse dieser in speziellen Transplantationszentren vorgehaltenen Versorgungstrukturen und der dadurch verursachten Kosten ist notwendig. Dabei ist zu analysieren, wie sich die einzelnen Episoden der Gesamtbehandlung dieser Patienten im G-DRG-System abbilden. Diese Analysen sind nicht auf Basis der Daten nach § 21.4. bzw. der Kalkulationsdaten durchführbar, da auf dieser Datenbasis die Episoden zur Gesamtbehandlung eines Patienten nicht im Kontext betrachtet werden können. Es ist ein gesondertes Forschungsprojekt unter Einbeziehung von verschiedenen Transplantationszentren zur Untersuchung dieser Problematik zu empfehlen. Der derzeitige G-DRG-Ansatz kann die sachgerechte Finanzierung dieser Behandlungsleistungen nicht gewährleisten.

Da sich die präoperative Verweildauer bzw. die Verweildauer vor der Durchführung der Transplantation nicht gut pauschalieren lässt (sie wird sehr vom individuellen Zustand der Patienten beeinflusst), sollten die Transplantations-DRGs mit dem Transplantationsdatum beginnen. Diese Regelung wird auch im bisherigen Fallpauschalensystem nach BPflV angewendet. Sie hat sich als praktikabel erwiesen und könnte dazu beitragen. dass auch unter DRG-Pauschalen die reine Transplantationspauschale homogener wird. Insbesondere bei der Herztransplantation aber auch bei der Lebertransplantation muss deutlich abgegrenzt werden zwischen der Behandlung vor der Transplantation (Herzunterstützungssysteme, Leberersatzverfahren) und dem Zeitpunkt ab Transplantation selbst. Ohne diese Abgrenzung werden die Pauschalen sehr inhomogen und enthalten darüber hinaus Leistungsanteile (z.B. Versorgung mit einem Linksherzunterstützungssystem vor Durchführung der Herztransplantation, Mehrkosten circa 130.000 Euro), die nicht Inhalt einer Fallpauschale sein können. Auch die Hospitalisierungsphase vor der Transplantation kann unterschiedlich lang sein. Ein Großteil der Patienten wird direkt zur Transplantation einbestellt, wenn ein Organ verfügbar ist. Ein anderer Teil der Patienten muss aber wegen der schlechten körperlichen Verfassung vor der Transplantation während der Wartezeit auf das Organ durchgehend hospitalisiert bleiben. Diese Fälle überschreiten zwar die Grenzverweildauer, hiermit ist aber nur eine sachgerechte Finanzierung möglich, wenn einerseits die Zuschlagsregelung angepasst wird, andererseits die besonderen Komponenten (Leberersatzverfahren, präoperative Kreislaufunterstützung) über Zusatzentgelte gesondert finanziert werden.

Elementar erscheint auch hier die Modifikation der derzeitigen Abrechnungsregeln. Wiederaufnahmen dieser Patienten innerhalb der Grenzverweildauer können nicht als Wiederaufnahmen bei Komplikation angesehen werden. Es handelt sich um notwendige Weiterbehandlungen einer nie abschließend kurativ behandelbaren Erkrankung.

Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

Sollte eine sachgerechte Finanzierung dieses Bereiches über DRG-Pauschalen zunächst nicht möglich sein, ist zu prüfen, ob diese in organisatorisch abgegrenzten Bereichen (Transplantationszentren) angebotene Behandlungsleistung nicht vorübergehend aus der DRG-basierten Finanzierung herausgenommen werden muss.

8.2.5.17 Alkohohlbezogene Störungen

Abhängigkeitssyndrom

Werden Patienten aufgrund eines Alkoholabhängigkeitssyndroms stationär aufgenommen, handelt es sich in der Regel um eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung. Diese wird wenn nicht in einer psychiatrischen dann in einer spezialisierten internistischen Abteilung durchgeführt. Fälle mit der Hauptdiagnose „Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom“ (F10.2) werden der Basis-DRG V62 (Störung durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit) zugeordnet. Eine andere Möglichkeit, in diese Basis-DRG gruppiert zu werden, existiert nicht. Der Tagesfallsplitt in dieser Basis-DRG ist nicht plausibel und sollte daher gestrichen werden.

Problematisch sind Fälle, die nicht primär wegen eines Alkoholabhängigkeitssyndroms stationär aufgenommen werden, bei denen jedoch ein therapiebedürftiges Alkoholabhängigkeitssyndrom diagnostiziert wird und die Bereitschaft des Patienten besteht, dieses behandeln zu lassen. Medizinisch und volkswirtschaftlich ist die Entzugsbehandlung wünschenswert. Bei einer Entlassung des Patienten besteht die Gefahr, dass ein Rückfall droht und/oder der Patient die Bereitschaft zum Entzug verliert. In der Regel ist also eine nahtlose Weiterbehandlung im selben Aufenthalt indiziert. Dennoch muss als Hauptdiagnose diejenige Erkrankung kodiert werden, die den stationären Aufenthalt veranlasst hat. Erfolgt keine Verlegung in eine nach BPflV abrechnende Abteilung (nur ein kleiner Teil wird in einer psychiatrisch/psychosomatischen Abteilung versorgt werden), so wird der Mehraufwand des Hauses durch die Weiterbehandlung in der DRG-Pauschale nicht abgebildet. Maximal kann aufgrund der Nebendiagnose F10.2 der Schweregrad gesteigert und die Eingruppierung in einen höher bewerteten DRG-Splitt erfolgen. Dies ist jedoch unabhängig davon, ob ein qualifizierter Entzug tatsächlich durchgeführt wurde.

Es ist daher von einer systematischen Benachteiligung somatischer Abteilungen auszugehen, die einen qualifizierten Entzug durchführen.

Alkoholintoxikation –und entzug

Werden Patienten wegen anderen alkoholbezogenen Diagnosen mit Ausnahme des Abhängigkeitssyndroms, z.B. der akuten Intoxikation (F10.0), dem Entzugssyndrom (F10.3/F10.4) oder psychotischen Störungen (F10.5/F10.7) stationär aufgenommen, erfolgt die Gruppierung in die DRG V60Z (Alkoholintoxikation –und entzug). In dieser DRG existiert kein Tagesfallsplitt (ein Belegungstag). Gerade hier wäre jedoch eine Differenzierung zwischen Patienten, die nach der akuten Vergiftung die Klink wieder verlassen und den Fällen, die eine weitere Entzugsbehandlung durchführen, wünschenswert. Systematisch benachteiligt werden derzeit Klinken, die qualifizierte Entzugsbehandlungen durchführen. Bleibt die bisherige DRG-Struktur bestehen, werden Alkoholkranke womöglich entgegen der medizinischen Indikation und dem volkwirtschaftlichen Nutzen in ihrem häufigen Wunsch bekräftigt, das Krankenhaus schnellstmöglich zu verlassen.

Sinnvollerweise sollte daher ein Splitt in der DRG V60Z eingeführt werden, der sich entweder an der Verweildauer oder an dem Entlassungsgrund (z.B. Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet) orientiert.

8.3 Mehrfachleistungen

Bei einem nicht geringen Anteil der Patientinnen und Patienten sind Mehrfachleistungen erforderlich. Hierunter ist die Versorgung verschiedener Erkrankungen im gleichen Aufenthalt innerhalb einer Fachabteilung oder durch verschiedene Fachabteilungen eines Krankenhauses zu verstehen. Im eindimensionalen DRG-System sind Mehrfachleistungen nur berücksichtigt, wenn sie in häufiger Kombination vorkommen. Diese Konstellation ist zu beobachten bei gastroenterologischen und visceralchirurgischen Eingriffen im selben Aufenthalt oder kardiologischer Diagnostik und herzchirurgischer Therapie im selben Aufenthalt. Für diese häufigen Konstellationen sind besondere DRG-Fallgruppen geschaffen worden, die diese Kombinationsleistungen abdecken. Für weitere Kombinationen existieren allerdings keine spezifischen Fallgruppen, so dass grundsätzlich unterschiedliche Leistungsinhalte über ein und dieselbe DRG pauschaliert und finanziert werden.

In diesem Kontext sind auch beidseitige Eingriffe (Ophtalmologie, Gelenkoperationen etc.) zu sehen. Nur in wenigen Ausnahmen sind beidseitige Eingriffe durch entsprechende DRGs abgedeckt. Im Rahmen dieses Gutachtens kann lediglich das Problem dargestellt werden, ein Lösungsweg ist schwer aufzuzeigen. Über die DRG-Fallgruppen lässt sich die Mehrfachleistung prinzipiell nicht oder nur sehr schwer abbilden. Der einzige erkennbare

Lösungsweg wäre die Etablierung additiver Entgelte, die neben den DRGs zur Finanzierung der additiven Behandlung etabliert werden. Dieses System wird z.B. in Österreich angewendet.

Insbesondere in den Fehler-DRGs 901Z und 902Z wird sich ein nicht geringer Teil von Patientinnen und Patienten befinden, die solche Mehrfachleistungen erhalten haben. Ein anderer Teil wird sich allerdings zumindest über alle operativen DRG-Fallgruppen verteilen. Die Zuordnung zu einer Fehler-DRG oder zu einer regulären DRG ist davon abhängig, ob die Hauptoperationsleistung zur Hauptdiagnose passt oder nicht. Dabei ist nicht alleinig die Hauptdiagnose entscheidend, sondern die Zuordnung zu einer MDC, da die Prozeduren-zuordnungen teilweise auf bestimmte MDCs beschränkt sind.

8.4 Aufwändige Diagnostik ohne entsprechende Diagnose

In einigen Fachgebieten hat die Diagnostik einen erheblichen Anteil an deren Leistungsspektrum. Hierzu gehört z.B. die Pädiatrie, die Neurologie oder die Endokrinologie. In diesen Fachgebieten wird bei einem Teil der Fälle zur Abklärung einer unklaren Symptomatik eine aufwändige Diagnostik durchgeführt. Letztendlich handelt es sich aber bei einem nicht geringen Teil der Fälle um eine so genannte Ausschlussdiagnostik, die Verdachtsdiagnosen ausschließt oder bestätigt. Da überwiegend Verdachtsdiagnosen ausgeschlossen werden, steht am Ende der Behandlung eventuell keine adäquate Diagnose, die zu einer Eingruppierung in eine Fallgruppe führt, welche annähernd den betriebenen Aufwand reflektiert. So muss in der Neurologie z.B. bei einigen Patienten vor der Diagnose eines psychogenen Anfallsleidens eine somatische Ursache ausgeschlossen werden. Davon abhängig ist die spätere Therapie. Am Ende steht dann bei einem großen Teil der Patienten eine so genannte F-Diagnose (psychiatrische/psychosomatische Erkrankung), die zur Eingruppierung in eine psychiatrische DRG-Fallgruppe führt. Einerseits ist damit die Diagnostik nicht ausreichend refinanziert, andererseits sind Konflikte mit den Kostenträgern vorprogrammiert, die eine Fehlbelegung neurologischer Fachabteilung durch psychiatrische Fälle unterstellen. Ebenso finden wir diese Problematik in der Pädiatrie, wo Kinder mit unklaren Symptomen zur Abklärung stationär aufgenommen werden müssen. Eine häufige Diagnose ist das unklare Fieber, welches im Rahmen der stationären Diagnostik abgeklärt werden muss. Am Ende einer aufwändigen Diagnostik ist dann das Fieber eventuell schon wieder verschwunden, schwerwiegende Ursachen für dieses Fieber konnten im Rahmen der Diagnostik ausgeschlossen werden. Hätte man bei einem ernsthaften Krankheitsbild aber zwei Tage zugewartet, wäre auch die Weiterentwicklung zu einem gefährlichen Erkrankungszustand mit möglicherweise dauerhafter Schädigung des

kleinen Patienten möglich gewesen. Ebenso müssen in der Pädiatrie auch seltene Syndrome in der Differenzialdiagnostik ausgeschlossen werden. Der Ausschluss dieser Syndrome kann sehr aufwändig sein und z.B. teure molekulargenetische Untersuchungen erfordern.

8.5 Grenzen der Leistungsabbildung über DRG-Fallgruppen

Problematisch wird es in Bereichen, die sich aufgrund der großen Aufwandsheterogenität der dort behandelten Fälle kaum pauschalieren lassen. Hierbei handelt es sich häufig, aber nicht ausschließlich, um Fallgruppen mit geringer Fallzahl. Allen gemeinsam ist die große Variabilität der Aufwände, häufig assoziiert mit großen Verweildauerunterschieden.

Bei einigen Erkrankungen ist es Ziel oder Notwendigkeit, lange zu behandeln, um ein gestecktes Behandlungsziel zu erreichen. Hierzu gehört z.B. die Behandlung einer Schwangeren mit drohender Frühgeburt. Ziel ist es, den Geburtstermin so weit wie möglich hinauszuzögern, um eine Frühgeburt zu verhindern. Die erfolgreiche Behandlung endet mit der späteren Geburt eines reifen und gesunderen Kindes. Wird dagegen das Kind erheblich zu früh geboren, ergibt sich eine komplikationsreiche Geburt sowie ein frühgeborenes, unreifes Kind (DRG für krankes und untergewichtiges Neugeborenes). Bemüht sich der Leistungserbringer um das eingangs geschilderte Ziel, erhält sein Haus nur einen Bruchteil der Vergütung verglichen mit der Vergütung bei unterlassenen Bemühungen. Hier werden falsche Anreize gesetzt.

Ähnliche Konstuktionen finden sich in den nachfolgend dargestellten Bereichen:

- Intensivtherapiestationen
- Neonatologien
- Transplantationszentren
- Palliativmedizin
- Abteilungen für Schwerst-Brandverletzte
- Schädel-Hirn-Trauma
- MS-Spezialbehandlung
- Neurologische Frührehabilitation
- Neurologische Pädiatrie
- Epilepsie-Zentren
- Schwerpunkte für Querschnittsgelähmte (Paraplegie)

- Parkinson Spezialabteilung
- Krankenhäusern für Wirbelsäulenchirurgie
- HIV
- Strahlentherapie

Nachfolgend werden die aufgeführten Bereiche einzeln kommentiert, um die bereichsindividuellen Besonderheiten auszuführen.

8.5.1 Intensivtherapie

Intensivtherapie wird in Deutschland in über 1.300 Intensivstationen durchgeführt. Bedingt durch unterschiedliche apparative und personelle Ausstattung differieren die Behandlungsmöglichkeiten der verschiedenen Intensivstationen teilweise erheblich, so dass entsprechend unterschiedlich hohen Kosten resultieren. Allen Intensivstationen gemeinsam ist aber, dass sie einen hohen Anteil an den Gesamtkosten eines Krankenhauses verursachen, ihre Leistungen aber nur für einen kleinen Anteil der Fälle erbringen. Zudem schwanken die Kosten erheblich zwischen den einzelnen Fällen und erschweren dadurch zusätzlich eine Pauschalierung.

Untersuchungen der Universitätsklinik Göttingen haben gezeigt, dass eine schlechte Korrelation zwischen dem Patientenschweregrad und der Beatmungsdauer besteht. Gerade die Beatmungsdauer ist aber der Parameter, über den Intensivtherapie in verschiedenen DRG-Systemen gruppierungsrelevant wird und Berücksichtigung findet. Die o.a. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Kosten jedoch besser mit der Verweildauer korrelieren. Die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Betreuung wird sehr stark durch die Grunderkrankung beeinflusst.

8.5.1.1 Übernahme von Intensivstationen anderer Krankenhäuser

Intensivstationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung erhalten auch Patienten direkt verlegt von Intensivstationen aus Krankenhäusern niedrigerer Versorgungsstufe. Diese Patienten werden in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen verlegt, da die entsprechende apparative und personelle Vorhaltung in dem verlegenden Krankenhaus nicht ausreicht, um eine adäquate Versorgung bei Patienten mit besonders großen Problemen zu gewährleisten. Bei den Verlegungen handelt es sich aus der Sicht des aufnehmenden Krankenhauses nicht um einen Fall, der vergleichbar ist mit Notfallaufnahmen direkt in das Krankenhaus bzw. mit Elektiveinweisungen zur Behandlung definierter Probleme. Für das

aufnehmende Krankenhaus bedeutet die Übernahme eines verlegten Intensivpatienten, dass abhängig von der Hauptdiagnose zwar eine Eingruppierung ins DRG-System erfolgt, eine adäquate Leistungsabbildung aber keinesfalls gewährleistet sein muss. Dies resultiert aus der Tatsache, dass keine speziellen DRGs für intensivtherapeutische Behandlungen definiert sind. Wird diesem Problem nicht Rechnung getragen, ist mit einer Verschlechterung der Versorgungsqualität zu rechnen, weil sich kaum ein Krankenhaus in der Lage sehen wird, solche von vornherein schon als defizitär zu erkennenden Behandlungsfälle zu übernehmen. Aus diesem Grunde kann nur empfohlen werden, für diese spezielle Patientengruppe nach Lösungen der Finanzierung zu suchen.

8.5.1.2 Sepsis

Die schwere Sepsis ist ein ausgesprochen lebensbedrohliches Krankheitsbild. Die daran erkrankten Patienten werden grundsätzlich auf Intensivtherapiestationen behandelt. Zur Bekämpfung der Sepsis muss abhängig vom Erregerspektrum mit einem erheblichen Aufwand medikamentös therapiert werden. Die hoch wirksamen Sepsismedikamente sind extrem teuer.

8.5.2 Neonatologie

Bei der Neonatologie handelt es sich um eine besondere Ausprägung der pädiatrischen Intensivtherapie, abgestellt auf die Therapie kranker, häufig zu früh und untergewichtig geborener Neugeborener. Neonatologische Behandlungsfälle verteilen sich auf sehr viele DRGs in der dafür eigens geschaffenen MDC 15, welche über DRGs verfügt, die Neugeborene in verschiedene Gewichtsklassen einteilen. Diese Einteilung geht von der Hypothese aus, dass verschiedene Gewichtsklassen (Gewicht bei Aufnahme) auch mit einer unterschiedlich langen Verweildauer und einem unterschiedlichen Gesamtbehandlungsaufwand vergesellschaftet sind. Grundsätzlich ist diese Hypothese sicherlich richtig. Innerhalb der neonatologischen Fallgruppen bestehen aber erhebliche Variabilitäten bezüglich des Gesamtaufwandes und der Gesamtverweildauer. Aus diesem Grunde haben sich die australischen Staaten entschlossen, die Leistungsmessung der Neonatologie zwar grundsätzlich über DRGs durchzuführen, aber die Leistungen nicht ausschließlich pauschaliert auf der Basis von DRGs zu finanzieren. Sie setzen auf der Basis der DRGs ein Grundbudget fest und passen dieses unter Berücksichtigung der durch die Krankenhäuser nachzuweisenden Mehrleistungen an.

Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

Gerade für die Patientengruppe der Frühgeborenen ist es unabdingbar, dass alle diagnostischen und therapeutischen Optionen genutzt werden, um nicht nur das Überleben zu sichern, sondern auch einen möglichst guten körperlichen und geistigen Status als Ausgangslage für die weitere Entwicklung dieser Kinder zu erreichen. Auch das Finanzierungssystem sollte Fehlanreize vermeiden, die ein Überleben und eine Eingliederung dieser Patienten in die Gesellschaft gefährden könnten.

Empfehlung

Wir empfehlen, die neonatologischen Stationen als organisatorisch abgegrenzte Einheiten aus der DRG-Finanzierung zunächst herauszunehmen. Ähnlich wie in Australien könnte eine Festlegung von Budgets grundsätzlich über DRGs erfolgen. Die Budgets müssten dann aber entsprechend der tatsächlich erbrachten Leistungen und der damit verbundenen Kosten angepasst werden. Falsche Anreize würden ansonsten zu einer Verschlechterung der Versorgung der frühgeborenen Säuglinge in Deutschland führen.

8.5.3 AIDS/HIV

Die Behandlung HIV-infizierter Patienten verursacht besonders erhöhte Basiskosten durch die notwendige Struktur zur Isolierung und optimalen Therapie der mit dieser Krankheit infizierten Patienten (erhöhter Personalbedarf, besondere bauliche Voraussetzungen etc.). Diesem Umstand wird im derzeitigen Finanzierungssystem durch so genannte HIV-Sonderpflegesätze Rechnung getragen. Die Behandlung der HIV-Erkrankten erfolgt überwiegend ambulant. Im stationären Bereich erfolgt die Behandlung nur bei sehr kranken Patientinnen und Patienten.

Es ist zu untersuchen, inwieweit sich auch die Kosten für die teilweise sehr teuren Medikamente zur Behandlung der Erkrankung selbst, aber auch die Aufwände bei der Diagnostik (Labor) und Behandlung der aus der HIV-Erkrankung als Folge von Langzeitnebenwirkungen der Medikamente resultierenden Sekundärschäden der HIV-Therapie (z.B. toxische Hepatitis und Pankreatitis) in der Kalkulation wiederfinden. Insbesondere die Sekundärschäden sind in der derzeitigen Struktur der HIV-Fallgruppen nicht adäquat abgebildet.

Empfehlung

Eine besondere Analyse der HIV- Versorgungsstrukturen und der dadurch verursachten Kosten ist notwendig, um eine systematische Unterfinanzierung dieses Bereiches zu verhindern. Zu überprüfen sind die Fallgruppenstrukturen in der MDC 18 (G-DRGs S60Z-S64B) sowie die DRGs, die die Sekundärschäden und die opportunistischen Infektionen abbilden.

Elementar erscheint auch die Modifikation der derzeitigen Abrechnungsregeln. Wiederaufnahmen dieser Patienten innerhalb der Grenzverweildauer können nicht als Wiederaufnahmen bei Komplikation angesehen werden. Es handelt sich wie bei allen

chronischen Erkrankungen um notwendige Weiterbehandlungen einer nie abschließend kurativ behandelbaren Erkrankung.

Sollte eine sachgerechte Finanzierung dieses Bereiches über DRG-Pauschalen zunächst nicht möglich sein, ist zu prüfen, ob diese in organisatorisch abgrenzbaren Bereichen angebotene Behandlungsleistung nicht vorübergehend aus der DRG-basierten Finanzierung ausgegliedert werden muss.

8.5.4 Schwer Brandverletzte

Schwer Brandverletzte werden in besonders dafür vorgehaltenen Einrichtungen behandelt, da spezielle Stationen mit besonderen Betten und weiteren besonderen Ausstattungsmerkmalen benötigt werden. Die Therapie dieser Patienten ist abhängig vom Ausmaß der Verbrennungen und der Begleitverletzungen bezogen auf den Aufwand extrem variabel. Die Verweildauer kann zwischen Tagen (frühes Versterben) und Monaten betragen.

Die Leistungen dieser besonderen Einrichtungen werden in der MDC 22 abgebildet. Laut Auskunft der Verbrennungsmedizin erfolgt die Abbildung in den existierenden Fallgruppen nicht sachgerecht, da die Variabilität der Behandlung abhängig vom Ausmaß der Verbrennung sehr hoch ist. Darüber hinaus ist die Vorhaltung zu berücksichtigen, die sich nicht über die Fälle refinanzieren kann. Es müssen alternative Finanzierungsformen entwickelt werden, die insbesondere die Vorhaltung berücksichtigen. Ohne Lösung dieser Problematik werden falsche Signale gesetzt, die eine erhebliche Reduktion der Vorhaltung dieser Betten zur Folge haben kann.

Empfehlung

Bei einer insgesamt kleinen Fallzahl sind die ärztlichen und pflegerischen, aber auch frührehabilitativen Aufwände erheblich und über ein pauschalierendes System nicht sachgerecht abbildbar. Organisatorisch abgrenzbare Bereiche zur Behandlung schwer Brandverletzter sollten zunächst nicht über DRGs finanziert werden. Die Budgets sind aus dem DRG-Budget zu isolieren und gesondert unter Berücksichtigung der Vorhaltung und der erbrachten Leistungen zu verhandeln. Diese Abteilungen können nicht in eine wettbwerbsorientierte Struktur und Finanzierung überführt werden. Hier muss eine Erstattung der notwendigen Kosten für die Behandlung erfolgen.

8.5.5 Polytrauma

Polytraumatisierte Patienten können in Abhängigkeit vom Umfang der Verletzungen, der notwendigen Eingriffe oder der Tatsache, ob sie beatmet oder früh verlegt wurden, in sechs verschiedene DRG-Fallgruppen eingruppiert werden.

W01Z	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie
W02Z	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur und Extremitäten einschließlich Implantation
W03Z	Polytrauma mit abdominellen Eingriffen
W04Z	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren
W60Z	Polytrauma, verstorben oder in eine andere Akutbehandlungseinrichtung verlegt < 5 Tage nach Aufnahme
W61Z	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe

Innerhalb dieser Fallgruppen ist die Variation bezüglich des Aufwandes und der Verweildauer zwischen den einzelnen Fällen erheblich. Die Fallgruppen bieten nur eine grobe Einteilung der polytraumatisierten Patienten und stellen nicht auf die eigentliche aufwands-beeinflussenden Variablen (ISS = injury severity score) ab. In fast allen Gruppen kann Intensivtherapie abhängig vom Ausmaß der Verletzungen und der betroffenen Organe gar nicht oder extrem lange notwendig sein. Nur wenn während der Intensivtherapie auch beatmet wird, erfolgt eine Eingruppierung in die DRG W01Z. Polytraumatisierte Patienten werden häufig interdisziplinär behandelt, weil die Verletzungen sich nicht nur auf das Skelettsystem, sondern auch auf den Schädel und insbesondere die Bauchorgane und Brustorgane erstrecken können. Involviert in die Behandlung sind daher häufig neben den Unfallchirurgen Neurochirurgen, Allgemeinchirurgen und Thoraxchirurgen. Je nach Ausprägung der Spezialisierung in einem Haus sind auch weitere Fachgruppen wie Gefäß- oder Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen an der Versorgung beteiligt.

Die einzige Erhebung, welche multizentrisch Daten von Mehrfachverletzten in Deutschland sammelt, ist das Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (gegr. 1992, aktuelle Patientenzahl knapp 11.000). Seit dem 1.1.2002 wird in diesem Register auch das Ausmaß der Verletzung (nach ICD-10-Schlüssel sowie das Ausmaß der durchgeführten Eingriffe (OPS) erfasst.

Empfehlung

Durch das InEK muss die dargestellte Problematik unter Nutzung der DRG-Kalkulations-daten untersucht werden. Hierzu sind Aufwands-, Leistungs- und Verweil-

dauerhomogenitäten unter Nutzung der Daten aus speziellen Zentren zu evaluieren, die eine größere Zahl von Polytraumafällen pro Jahr behandeln (> 100 Fälle), damit die Unterschiede im kompletten Fallspektrum erfasst werden.

Eine erste Analyse von Daten der Medizinischen Hochschule Hannover konnte zeigen, dass eine Unterteilung in Leicht- und Schwerverletzte nicht nur aus medizinischen, sondern auch aus ökonomischen Überlegungen sinnvoll zu sein scheint (leicht verletzt = ISS < 16 Punkte, schwer verletzt = ISS >= 16 Punkte). Bei den Leichtverletzten kann differenziert werden zwischen Fällen mit geschlossenen Brüchen ohne Komplikationen und Leichtverletzten mit Komplikationen (Notwendigkeit einer Wundausspülung bei offenem Bruch, sekundärer Wundverschluß etc.). Die komplizierten Fälle sind erheblich teurer.

Da die Mischung der Fälle innerhalb einer DRG-Fallgruppe interklinisch aber auch bezogen auf ein Zentrum von Jahr zu Jahr erheblich variieren kann und sich nicht voraussagen bzw. planen lässt (es handelt sich ausschließlich um Notfälle), kann eine leistungsgerechte Gruppenbildung und Finanzierung der polytraumatisierten Fälle auf der Basis der bisher bekannten Gruppierungsvariablen der G-DRG-Klassifikation (Diagnosen, Prozeduren, Alter) nicht erfolgen. Es ergibt sich somit die Notwendigkeit, bei der Differenzierung der polytraumatisierten Patienten im DRG-Klassifikationssystem den ISS zu berücksichtigen. Fälle mit einem ISS > 16 Punkten sollten in eine besondere DRG gruppiert werden, um die hohe Komplikationsrate abzubilden.

Auch Leichtverletzte bilden verschiedene Aufwandsgruppen:

1. Simultanverletzungen beider Extremitäten
2. offene Frakturen
3. Frakturen, die nicht primär definitiv versorgt werden können (Tibiakopf, Gefäßverletzung).

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie und ihre Arbeitsgruppe Polytrauma bieten nach unseren Informationen ihre Unterstützung bei der Analyse dieser Problematik an und werden dem InEK einen Vorschlag unterbreiten. Dabei können Daten aus dem bundesweiten Polytraumaregister einbezogen werden.

Die Fallgruppenbildung für die polytraumatisierten Fälle in der G-DRG-Klassifikation muss komplett überarbeitet werden. Sollte es nicht gelingen, ausschließlich unter Nutzung von Patientenklassen eine sachgerechte Finanzierung dieser Leistungen zu ermöglichen, ist zu prüfen, ob die Vorhaltung und Nutzung dieser Versorgungskapazitäten alleinig über die Fälle refinanziert werden kann, oder ob eine kombinierte Finanzierung (teilweise über Fälle,

teilweise über Strukturfinanzierungskomponenten) erfolgen muss. Dass die Behandlung dieser Patienten zunehmend in Traumazentren erfolgt vereinfacht die Problemlösung über eine gesonderte Finanzierung.

8.5.6 Schwere Schädel-Hirn-Traumen

Fälle mit Schädel-Hirn-Traumata (SHT), die nicht aufgrund eines Polytraumas in die MDC 21 oder wegen einer Langezeitbeatmung in die Pre-MDC-DRGs A06Z oder A07Z gruppiert werden, werden je nach Vorliegen einer intrakraniellen Verletzung in die DRGs B78Z (Intrakranielle Verletzung) oder B80Z (Andere Kopfverletzungen) gruppiert. Werden operative Prozeduren erbracht, kann die Zuordnung zu einer operativen DRG der MDC 01 erfolgen.

Wird korrekt nach der Kodierrichtlinie DKR 1909a verschlüsselt, gelangen nur Fälle mit einer Commotio oder einer Bewusstlosigkeit ohne organisches Korrelat (Hauptdiagnose S06.0-) in die DRG B80Z (Andere Kopfverletzungen). Hierbei dürfte es sich um ein relativ homogenes Kollektiv handeln, das nur zur Überwachung und zum Ausschluss von Komplikationen kurzzeitig stationär aufgenommen wird. Mit Ausnahme der unspezifischen Verschlüsselung S09.9 (N.n.bez. Verletzung des Kopfes) führt auch keine andere Hauptdiagnose in die DRG B80.

Traumatische Hirnödeme (S06.1), diffuse und umschriebene Hirnverletzungen (S06.2- und S06.3-), unspezifisch verschlüsselte Hirnverletzungen (S06.8 oder S06.9) sowie traumatische intrakranielle Blutungen (S06.4, S06.5 oder S06.6) führen in die DRG B78Z (Intrakranielle Verletzung). Fälle mit anderen Hauptdiagnosen können dieser DRG nicht zugeordnet werden. Eigene Zahlen lassen bei insgesamt geringer Fallzahl derzeit keine Rückschlüsse auf eine problematische Inhomogenität innerhalb dieser DRG zu.

Viele der aufwändigen Fälle mit SHT führen aufgrund operativer Leistungen und Komplikationen/Begleitverletzungen in eine Vielzahl unterschiedlicher DRGs.

Ob Fälle mit Schädel-Hirn-Traumata (SHT) insgesamt sachgerecht abgebildet werden, kann deshalb ohne Analyse aller betroffenen DRGs nicht abschließend beantwortet werden.

8.5.7 MS-Spezialbehandlung

Die Multiple Sklerose ist eine meist schubförmig oder chronisch-progredient verlaufende Erkrankung. Stationäre Aufnahmen erfolgen zur aufwändigen Erstdiagnostik (Ausschluss-

diagnostik), Kurzzeitinfusionstherapie bei neu aufgetretenen Schüben oder rapider Verschlechterung sowie zur Behandlung von krankheitsspezifischen Komplikationen (z.B. Spastik, Kontrakturen). Abhängig vom Stadium der Erkrankung können Funktionseinschränkungen den Betreuungsaufwand erheblich beeinflussen. Neuere und zum Teil sehr kostenaufwändige immunmodulatorische Therapiemöglichkeiten (Interferone, Copolymer-1) haben ebenfalls einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Ressourcenverbrauch des behandelnden Krankenhauses. Besonders aufwändige und fortgeschrittene Fälle kumulieren dabei in Klinken, die sich auf die Behandlung von an Multiple Sklerose erkrankten Patienten spezialisiert haben.

Gruppierungstechnisch werden alle Fälle mit einer Multiplen Sklerose als Hauptdiagnose der Basis-DRG B68 (Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie) zugeordnet. Nur beim Vorliegen einer Querschnittssymptomatik oder wenn operative Eingriffe durchgeführt werden, erfolgt die Gruppierung in die Pre-MDC-Basis-DRG B60 (Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie mit oder ohne OR-Prozedur) oder eine operative Basis-DRG der MDC 01. In den seltenen Fällen, in denen eine therapeutische Plasmapherese durchgeführt wird, werden die Fälle entsprechend in die DRG B40Z (Plasmapherese bei neurologischen Erkrankungen) gruppiert. Der PCCL-Splitt für die Basis-DRG B68 ist mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in der Lage zwischen den unterschiedlich aufwändigen stationären Behandlungen der Multiplen Sklerose zu differenzieren. Die Behandlung ist sehr variabel bezüglich der Verweildauer und der Gesamtaufwände. Ebenso wird die Behandlung in Spezialklinken derzeit gruppierungstechnisch nicht berücksichtigt. Durch Spezialisierung auf die besonders aufwändigen Fälle mit Multipler Sklerose werden insbesondere diese Einrichtungen bei der Einführung einer undifferenzierten fallpauschalierenden Vergütung systematisch unterfinanziert.

8.5.8 Neurologische Frührehabilitation

Das Angebot zur neurologischen Frühreha ist teilweise auf neurologische Fachkrankenhäusern konzentriert und betrifft vorrangig Patienten mit erworbenen Hirnschäden (z.B. Schlaganfall), schweren Schädel-Hirn-Verletzungen (z.B. nach Unfällen), Entzündungen (z.B. Enzephalitis) und anderen schweren neurologischen Krankheitsbildern.

Die Frührehabilitation kann bereits auf der Intensivstation beginnen. Nach Stabilisierung der Vitalfunktionen erfolgt die forcierte Frührehabilitation mit dem Ziel der raschen Wiederherstellung. Sind die Maßnahmen der Frührehabilitation nicht erfolgreich, erfolgt häufig eine aktivierende Pflege zur Vorbereitung auf die Pflege im häuslichen Umfeld oder in Pflegeeinrichtungen. Die frühzeitige, intensive rehabilitative Therapie vermindert Schwere

und Ausprägung des Krankheitsbildes und verbessert entscheidend die Prognose hinsichtlich überdauernder Schädigungen und der Wiederherstellung.

In der neurologischen Rehabilitation werden mehrere Phasen unterschieden. Dabei entspricht die Phase A der Akutbehandlung, die Phasen B und C der Frührehabilitation und die Phase D der Rehabilitation nach Abschluss der Frühmobilisation. Während die Phase D in der Regel durch den Rentenversicherungsträger finanziert wird und nicht nach DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird, soll die Frührehabilitation genauso wie die Akutbehandlung über den derzeitigen DRG-Fallpauschalenkatalog abgerechnet werden.

Da Patienten in den Phasen B und C noch einer kurativmedizinischen Behandlung und einem hohen pflegerischer Aufwand bedürfen, können Patienten zwischen den Phasen A und B/C nur verlegt und nicht entlassen werden. Abhängig davon ob es zu einer hausinternen Verlegung (Krankenhaus besitzt Abteilung für neurologische Frührehabilitation) oder zu einer Verlegung zwischen dem Akutbehandler und einer frührehabilitativen Einrichtung gekommen ist, muss der Fall gegebenenfalls unterschiedlich abgerechnet werden. Kommt es zur Verlegung zwischen Krankenhäusern und behandeln diese kürzer als die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer, so müssen nach § 2 KFPV Abschläge vorgenommen werden. Dabei werden die Fälle in der Regel bei diesem Krankheitsbild in beiden Krankenhäusern trotz unterschiedlicher Behandlungsinhalte in die gleiche DRG eingruppiert. Krankenhäuser, die akut und frührehabilitativ behandeln, werden systematisch benachteiligt, weil sie stets nur eine DRG abrechnen können.

Eine Verlegung aus dem frührehabilitativen Bereich in eine Rehabilitationseinrichtung der Phase D ist erst nach Abschluss der Frühmobilisation bei schon weitgehend selbstständiger persönlicher Versorgung der Patienten möglich. Die Verlegung aus dem akutbehandelnden Bereich (Phase A) in die Frührehabilitation der Phasen B und C ist hingegen besser steuerbar. Es wird den Krankenhäusern der Anreiz gegeben, die Patienten nach Erreichen der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen mittleren Verweildauer in die neurologische Frührehabilitation zu verlegen. Die Weiterbehandlungsdauer bis zu einer möglichen Weiterverlegung in die Phase D oder bis zum Errreichen der Entlassungsfähigkeit der Patienten ist sehr variabel. Dies bedeutet, dass frührehabilitative Einrichtungen den größten Anteil des wirtschaftlichen Risikos durch undifferenzierte Fallpauschalen tragen müssen.

Empfehlung

Im Rahmen dieses Gutachtens kann keine eindeutige Empfehlung zur sachgerechten Finanzierung dieser Einrichtungen gegeben werden. Es sollte eine besondere Analyse dieser Versorgungsstrukturen und der Versorgungsabläufe mit dem Ziel erfolgen, die bisher in Deutschland zur Anwendung kommenden Leistungsmuster differenziert zu beschreiben und eine Lösung für die sachgerechte Finanzierung zu entwickeln.

8.5.9 Schwerpunkte für Querschnittgelähmte (Paraplegie)

Unzureichend abgebildet sind Schwerpunktklinken für die Behandlung von Querschnittsgelähmten. Bei der Behandlung querschnittsgelähmter Patienten kann zwischen der Erstbehandlung, Folgebehandlungen und der Aufnahme zur Therapie von Komplikationen oder anderen lähmungsunabhängigen Erkrankungen unterschieden werden.

Circa 1.800 Erstbehandlungen werden pro Jahr von den 24 Spezialkliniken durchgeführt. Darüber hinaus wird eine nicht quantifizierbare Anzahl von Fällen nach Eintritt einer Querschnittlähmung von nicht spezialisierten Einrichtungen behandelt. Die Verweildauer in den Spezialeinrichtungen ist extrem variabel und kann bis über ein Jahr betragen. Eine Verlegung in rehabilitative Einrichtungen ist an gewisse Kriterien gebunden (z.B. intakte Mastdarmkontrolle) und kommt für einen gewissen Anteil dieser Patienten daher nicht in Frage. Aus diesem Grund hat die Behandlung Querschnittsgelähmter nach Abschluss einer Stabilisierungsphase auch einen hohen rehabilitativen Anteil. Querschnittsgelähmte können einen sehr hohen Behandlungsaufwand verursachen. Zum Teil erfolgt zur Weiterbehandlung auch die Verlegung aus nicht-spezialisierten Abteilungen in die Spezialeinrichtungen.

Werden Querschnittsgelähmte nicht aufgrund langer Beatmungszeiten in die Pre-MDC-DRGs A06Z oder A07Z gruppiert, richtet sich die Zuordnung nach der Ursache der Lähmung. Nichttraumatische Querschnittslähmungen werden stets der Pre-MDC-Basis-DRG B60 (Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie mit oder ohne OR-Prozedur) zugeordnet. Der PCCL-Splitt in dieser DRG berücksichtigt weder eine operative Therapie noch die Höhe des Querschnitts (der mit dem Behandlungsaufwand korreliert) noch die Tatsache, ob es sich um eine akute oder bereits länger bestehende Lähmung handelt. Aufgrund des Status als Pre-MDC-Basis-DRG und des Diagnosekriteriums werden auch alle Fälle mit einer Querschnittlähmung als Nebendiagnose dieser DRG zugeordnet. Bei diesen Patienten kann prinzipiell auch die Behandlung einer ganz anderen Erkrankung im Vordergrund stehen. Eine Aufwandshomogenität dieser DRGs (B60A/B) ist nicht zu erwarten.

Akute traumatische Querschnittslähmungen werden in Abhängigkeit von Begleitverletzungen und operativen Prozeduren entweder der Basis-DRG B61 (Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarkes mit oder ohne OR-Prozedur), einer operativen Basis-DRG der MDC 01 (z.B. Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark) oder einer Basis-DRG aus der MDC 21 (Polytrauma: W01, W02, W03, W04, W60 oder W61) zugeordnet. Auch hier wird nicht nach der Querschnittshöhe differenziert.

Fälle mit Komplikationen oder anderen nicht lähmungsassoziierten Erkrankungen werden fast ausnahmslos in die Pre-MDC-Basis-DRG B60 gruppiert. Dabei spielt es keine Rolle, ob z.B. die Spastik, Kontrakturen, Druckgeschwüre oder z.B. eine Oberschenkelfraktur operativ osteosynthetisch versorgt werden, das Gruppierungsergebnis wird immer gleich bleiben.

Ebenso gibt es regelmäßige stationäre Aufnahmen zur Kontrolle und Prävention von lähmungsassoziierten Komplikationen. Auch diese Fälle mit einer Verweildauer von circa 1-4 Tagen werden in die Basis-DRG B60 gruppiert.

Da die Behandlung querschnittgelähmter Patienten zum Teil besonderer Vorhaltungen zur Vorbeugung von Komplikationen bedarf (z.B. teure Lagerungsbetten, Physio- und Ergotherapie, spezialisierte Pflege, Intensiv-Behandlungsmöglichkeit etc.), werden insbesondere Patienten mit einem hohen Querschnitt bevorzugt an Schwerpunkt-krankenhäusern oder Querschnittgelähmten-Zentren behandelt. Bislang wurde dies bei der Festlegung der krankenhausindividuellen Budgets berücksichtigt.

Empfehlung

Da ein Großteil der Patienten in organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen behandelt wird und eine Pauschalierung aufgrund der o.a. Gründe problematisch ist, wird dringend empfohlen, die Spezialkliniken zunächst aus der DRG-Finanzierung herauszunehmen und z.B. über Tagespauschalen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG oder andere tagesbezogene Leis-tungsvergütungen zu finanzieren.

Im Rahmen eines Modellprojektes sollte in diesen Krankenhäusern untersucht werden, ob eine DRG-Klassifikation für die dort behandelten Fälle überhaupt möglich ist. Auf jeden Fall scheint die im derzeitigen G-DRG-System hinterlegte Zusammenlegung aller Fälle in einer einzigen Basis-DRG (B60) nicht sachgerecht. Sobald die Haupt- oder Nebendiagnose „Paraplegie“ im Patientendatensatz vorkommt, werden die Fälle in diese DRG gruppiert. Die Gruppierung ist unabhängig von der durchgeführten Therapie (konservativ, kleine oder große operative Eingriffe).

Probleme der Leistungsabbildung im G-DRG-System

Die Vorschläge der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) und des „Arbeitskreises Querschnittlähmung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften“ an das DIMDI zur Einführung von neuen ICD- und OPS-Kodes (z.B. Differenzierung der Querschnittshöhe) ließen möglicherweise Spielraum für weitere Anpassung durch Splitts zu, so dass eine systemimmanente Lösung nicht ausgeschlossen ist. Dies lässt sich aber im Rahmen dieses Gutachtens nicht abschließend beurteilen.

8.5.10 Parkinson-Syndrom

Parkinson-Syndrome sind chronisch-progredient verlaufende Störungsbilder. Der Behandlungsaufwand ist sehr variabel und abhängig von der Erkrankungsdauer. Während die Primärdiagnostik und Ersteinstellung meist wenig Schwierigkeiten bereitet, kann sich die medikamentöse Neueinstellung eines langjährig erkrankten Patienten mit medikamentöser Kombinationstherapie unter Umständen über Wochen hinziehen. Es ist zu erwarten, dass schwer einstellbare Parkinsonsyndrome in spezialisierten Zentren gehäuft auftreten. Ebenso kann die Behandlung und Neueinstellung bei Spätkomplikationen der L-Dopa-Therapie (Dystonien und -kinesien, On-Off-Phänomene, akinetische Krisen) extrem aufwändig sein. Auch hier ist eine Konzentration in Schwerpunktkliniken anzunehmen.

Alle nichtoperativen Behandlungen des Parkinsonsyndroms werden der Basis-DRG B67 (Degenerative Krankheiten des Nervensystems) zugeordnet. Der PCCL-Splitt ist mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in der Lage, die aufwändigeren Patienten mit Parkinsonsyndrom zu identifizieren. Die oben genannten Spätkomplikationen wirken z.B. nicht schweregradsteigernd. Neben dem Parkinsonsyndrom werden auch viele andere neurodegenerative Erkrankungen, insbesondere auch viele neuropädiatrisch zu behandelnde Krankheiten in diese Basis-DRG gruppiert. Eine Homogenität in den DRGs B67A/B ist insbesondere interklinisch nicht zu erwarten. Es ist zu erwarten, dass spezialisierte Einrichtungen systematisch benachteiligt werden.

8.5.11 Palliativmedizin

Die Palliativmedizin behandelt Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit dem Hauptziel der Verbesserung der Lebensqualität. Dies geschieht auch politisch und von den Kostenträgern gewollt bundesweit in kleinen stationären Einrichtungen. Kennzeichnend für diese Einrichtungen sind ein hoher Personalschlüssel, ein multidisziplinärer Ansatz, ein relativ hoher Anteil an versterbenden Patienten und die Betreuung der Angehörigen auch nach Versterben des Patienten. Eine

Einpassung in das DRG-System im Sinne einer Pauschalisierung ist daher in mehrfacher Weise zu hinterfragen, da in diesen Einrichtungen schwer kranke Patienten kumulieren, deren Behandlung bezüglich des Aufwandes und der Verweildauer nicht pauschaliert erfolgen kann. Unter DRG-Bedingungen ist zu erwarten, dass die über dieselbe Hauptdiagnose in dieselbe DRG gruppierten Patienten völlig unterschiedliche Verläufe bezüglich der Verweildauer und des Aufwandes im Vergleich zu auf anderen Stationen versorgten Patienten in der gleichen DRG zeigen.

Um diese zunächst hypothetische Erwartung zu verifizieren, wurden Daten aus 57 palliativmedizinischen Zentren überprüft [19]. Die Daten betreffen die in diesen Zentren behandelten Patienten aus dem Zeitraum von 01.05. bis 31.08.2001. Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass palliativmedizinische Behandlungsepisoden eine mindestens doppelt so lange mittlere Verweildauer in den für die behandelten Krankheiten typischen Basis-DRGs (G60, E71, J62, H61, D60, N60, M60, R61) aufweisen, als Behandlungsepisoden in kurativ tätigen internistischen Abteilungen. Darüber hinaus haben die meisten Patienten einen extrem hohen Schweregrad (PCCL Stufe), unabhängig von der Verweildauer. Daraus kann geschlossen werden, dass auch bei kurzer Verweildauer schon ein überdurchschnittlich hoher Behandlungsaufwand, verglichen mit internistischen Behandlungsfällen, vorliegt.

Es ist zu erwarten, dass die über DRGs gezahlten Erlöse nicht ausreichen werden, um diese Spezialisierung zu finanzieren. Die Erlöse werden deshalb nicht ausreichen, weil die Palliativmedizin in der Kalkulation nicht entsprechend berücksichtigt sein kann und daher auf die Mittelwertbildung der beschriebenen DRGs kaum Einfluss nimmt. Zudem ist Palliativmedizin mit kleinen Abteilungen nur in wenigen Häusern eingerichtet, so dass sie auch in der Kalkulationsstichprobe nicht ins Gewicht fällt. Vielmehr werden bei der Mittelwertbildung die Fälle aus internistischen Abteilungen dominieren, die mit einem akutmedizinischen kurativen Ansatz Patienten diagnostizieren und behandeln.

Empfehlung

Die Problematik der Palliativmedizin ist wegen der großen Variation der Verweildauern nicht über DRGs durch eine Anpassung des Klassifikationssystems lösbar. Es wird notwendig

---

[19] Roeder N., Klaschik E., Cremer M., Lindena G., Juhra C., (2002), DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Begleitung Schwerstkranker pauschalierbar?, das Krankenhaus, 12:1000-1004

sein, z.B. über alternative Bewertungsrelationen oder pauschale Strukturzuschläge die Finanzierung dieser Abteilungen zu regeln. Eine Voraussetzung hierfür wäre die Definition organisatorisch abgrenzbarer Bereiche.

8.5.12 Strahlentherapie

Die Strahlentherapie weist in Deutschland einen hohen Zentralisationsgrad auf. Strahlentherapien können bei stationären Patienten nur in 7,5% der deutschen Krankenhäusern durchgeführt werden. Bei der DRG-Gruppierung werden allerdings Fälle mit und ohne Strahlentherapie bis auf eine Ausnahme (Tagesfall-DRG für die Strahlentherapie) in dieselbe Basis-DRG gruppiert. Eine Behandlung von Tumorpatienten in diesen DRGs ist aber auch an einer Vielzahl von Krankenhäusern ohne Spezialisierung möglich und üblich (im Prinzip in allen Krankenhäusern mit internistischen, gynäkologischen, urologischen etc. Abteilungen) und damit nicht nur auf die Krankenhäuser mit Strahlentherapie fokussiert.

Eine Strahlentherapie ist aufgrund von klinischen Parametern indiziert, die bisher wegen der mangelnden Differenzierung der Diagnosekodes nicht in der ICD abbildbar sind (Resektionsstatus, exaktes Stadium (TNM, UICC), histologische Marker (Grading, Gleason-Score) oder auch Tumormarker (z.B. PSA)).

Die radioonkologischen Fälle aus der DRG-Evaluationsstichprobe verteilen sich auf eine große Zahl von DRGs (im Projekt 18 MDC, 156 DRGs). Somit unterscheidet sich diese hoch spezialisierte Therapie im DRG-System von anderen spezialisierten Behandlungen an Zentren (z.B. werden ophthalmologische Behandlungen zwar auch an wenigen Häusern erbracht, diese Fälle werden aber auch in besondere ophthalmologische DRGs gruppiert, in denen sich dann fast ausschließlich Fälle aus Augenkliniken finden).

Es können folgende vereinfachte Situationen für Spezialtherapien wie z.B. die Strahlentherapie abgegrenzt werden:

A Spezialisierte aufwändige Therapie, die Fälle streuen über eine Vielzahl von verschiedenen DRGs

B Spezialisierte aufwändige Therapie mit eindeutiger Beziehung zu bestimmten DRGs

Eine fehlende ökonomische Differenzierung von aufwändigen spezialisierten Verfahren führt bei Leistungsunterschieden bei B) zu einer Nivellierung zwischen den spezialisierten KH. Bei A) führt es zu einer Nivellierung zwischen spezialisierten und nicht spezialisierten Krankenhäusern. Im Fall A) kommt es somit zu einer nicht-leistungsgerechten

Unterfinanzierung von Zentren und einer Überfinanzierung der übrigen Häuser ohne entsprechendes Leistungsangebot.

Bei der Radioonkologie handelt es sich um die Situation A mit einer spezialisierten aufwändigen Therapie, die aber keine eindeutige Beziehung zu einer überschaubaren Anzahl von DRGs zeigt. Somit droht eine Fehlfinanzierung, mit einer systematischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser, die eine Strahlentherapie vorhalten.

Empfehlung

Ein Zusatzentgelt sollte pauschaliert und leistungsbezogen kalkuliert werden. Der zusätzliche Aufwand für die Strahlentherapie ist abhängig von der Anzahl der Tage, an denen innerhalb der Gesamtverweildauer Bestrahlungen durchgeführt werden. Daher sollte ein Zusatzentgelt etabliert werden, welche sich auf einen Bestrahlungstag bezieht. Die Durchführung der Strahlentherapie ist aus der OPS-Kodierung zweifelsfrei ersichtlich. Die Verfahren sind unterschiedlich aufwändig. Da aber davon ausgegangen werden darf, dass sich die Aufwände über alle Fälle wieder mitteln und wahrscheinlich auch keine wesentlichen Unterschiede zwischen verschiedenen strahlentherapeutischen Abteilungen angenommen werden müssen, sollte zunächst nur eine einheitliche Tagespauschale eingerichtet werden. Diese Pauschale sollte für jeden Bestrahlungstag abgerechnet werden können.

8.5.13 Infektionen mit Isolierpflicht

Eine Isolierpflicht besteht nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene im Robert Koch-Institut bei Infektionen mit multiresistenten Keimen oder anderen Infektionen, die dem Infektionsschutzgesetz unterliegen[20]. Dies betrifft in Deutschland insbesondere Infektionen mit multi-resistenten Erregern, z.B. Staphylococcus areus (MRSA) und die Tuberkulose. Die breite Anwendung auch moderner antibakterieller oder antiviraler Chemo-therapeutika hat neben dem Heilungserfolg für viele Patienten allerdings auch zu einem stetigen Anstieg von multiresistenten Keimen geführt.

Die hohen Kosten dieser Fälle werden sich in den Rohfallkosten der DRG-Kostenkalkulation kaum zeigen, da der Aufwand für die Isolierung und die Nichtbelegbarkeit der weiteren Betten im Zimmer nicht fallbezogen in die Kostenkalkulation eingeht

[20] Anforderungen der Hygiene an die Infektionsprävention bei übertragbaren Krankheiten Anlage zu Ziffer 5.1 der "Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention" Bundesgesundheitsblatt, Sonderheft Mai 1994

Ebenso können die Kosten der teuren Reservemedikamente für diese Fälle häufig nicht fallbezogen verrechnet werden, da die Fälle mit Isolierung bisher nicht nach ICD 10/OPS kodierbar sind.

Fazit: Diese Fälle lassen sich nicht pauschalieren, sondern müssen einer Sonderlösung zugeführt werden, da extrem hohe Kosten durch die Isolierung und Behandlung entstehen. Die Kosten sind zu differenzieren in primäre Kosten, die durch die Isolierung und die Therapie der Patienten entstehen und sekundäre Kosten, die durch die Nichtnutzbarkeit von Bettenkapazitäten oder teilweise sogar durch die Schließung von Stationen entstehen (Geldner et. al, [21])

8.5.13.1.1 Tuberkulose

Während die Tuberkulose (Tb) bei immungesunden Personen rückläufig ist, steigt ihre Inzidenz aufgrund der steigenden Zahl von immunsupprimierten Patienten (z.B. aufgrund von Infektionen mit HIV) an. Die Resistenzlage des Tuberkulose-Bakteriums (TbB) blieb in den Jahren 1991-1995 in Deutschland relativ konstant. Weltweit ist jedoch eine Zunahme von multiresistenten TbB zu beobachten. Die gefährlichste Infektionsquelle für Tb stellt der unbekannte Ausscheider von TbB dar. Der Mensch ist das einzige Erregerreservoir für TbB, so dass theoretisch eine konsequente Verhütung der Infektionsübertragung zur Ausrottung der TbB führen kann. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch ist nur bei der offenen Tb möglich und bedingt einen intensiven Kontakt mit einem solchen Ausscheider von TbB. Aufgrund der hohen Infektionsgefahr ist eine Isolierung bei der offenen Lungentuberkulose erforderlich. Andere offene, extrapulmonale Formen der Tuberkulose sind meist weniger infektiös. Eine Isolierung bei der offenen Lungen-Tuberkulose bedingt folgende Maßnahmen:

- räumliche Isolierung

- Schutzmaßnahmen (Schutzkittel, Atemschutz, Schutzhandschuhe)

Die Isolierung muss bis zum Nachweis dreier negativer Sputumuntersuchungen nach Beginn einer wirkungsvollen Therapie durchgeführt werden. In der Regel ist eine Isolierung für die

---

[21] **Geldner** G; Ruoff M; Hoffmann HJ; Kiefer P; Georgieff M; Wiedeck H (1999), Eine Kostenanalyse von **MRSA**-Infektionen auf einer operativen Intensivstation. Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie : 34 (7),: 409-13

Dauer von 2-3 Wochen erforderlich[22]. Insbesondere bei offener Tuberkulose muss zum Schutz der Bevölkerung eine Isolierung so lange erfolgen, bis die Kultur negativ ist, um einen Ausbruch mit diesen resistenten Keimen in der Bevölkerung zu verhindern. Die Isolierung von Tuberkulose-Patienten ist obligat, solange sie Erreger ausscheiden. Bei Patienten ohne Compliance bei der Therapie kann sogar eine mehrmonatige stationäre Behandlung durch die Gesundheitsbehörden verfügt werden, damit die Übertragungsgefahr minimiert wird.

Eine Tuberkulose kann prinzipiell in jedem Krankenhaus behandelt werden. Aufgrund des gesteigerten Aufwand durch die Isolierung und Schutzmaßnahmen sowie des komplexen therapeutischen Regimes (Einsatz multipler Antibiotika) der Behandlung der Tb wird eine solche Behandlung primär jedoch in spezialisierten Abteilungen durchgeführt. Viele Tbc-Kranke) sind non-compliant und leiden bereits an Rezidiven. In diesen Fällen muss eine Therapie ggf. über mehrere Monate stationär überwacht werden, einerseits um das Ansteckungrisiko für andere gering zu halten andererseits um die Resistenzbildung bei nicht konsequent zu Ende verfolgter Therapie zu verhindern. Die Indikation zur weiteren stationären Behandlung wird hier in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt gestellt.

Empfehlung

Die Pauschalierung der Behandlung der Tuberkulose erscheint unter Berücksichtigung der o.a. Ausführungen nicht möglich. Die Diagnostik und Therapie bei diesen Patienten sollte außerhalb des DRG-Systems vergütet werden.

8.5.13.1.2 Multiresistente Erreger (MRE)

Die Inzidenz von MRSA (methicillin resitenter Staphylococcus aureus) stieg seit 1995 von 3,7% auf 8,0% an. Weitaus höhere Inzidenzraten ergeben sich bei gesonderter Betrachtung

---

22 Anforderungen der Hygiene an die Infektionsprävention bei übertragbaren Krankheiten Anlage zu Ziffer 5.1 der "Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention" Bundesgesundheitsblatt, Sonderheft Mai 1994

Empfehlungen zur Infektionsverhütung bei Tuberkulose (1997), Deutsches Zentralkomittee zur Bekämpfung der Tuberkulose, pmi Verlagsgruppe GmbH, Frankfurt am Main

Richtlinien zur medikamentösen Behandlung der Tuberkulose im Erwachsenen- und Kindesalter, Deutsches Zentralkomittee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Schaberg,T. et.al. Pneumol. 55, 494-511, 2001

von MRSA-Stämmen aus intensiv-medizinischen Bereichen. In anderen Ländern wie den USA, Spanien, Italien oder Frankreich stellen Infektionen mit MRSA ein eskalierendes Problem in stationären Einrichtungen dar.

Um eine solche Situation in Deutschland zu vermeiden, sind strikte Maßnahmen erforderlich:

- frühzeitige Erkennung und Verifizierung von MRSA-Stämmen

- konsequente (Kohorten-)Isolierung MRSA-kolonisierter / -infizierter Patienten

- umfassende Information und Schulung des Personals

- strikte Einhaltung allgemeiner Hygienemaßnahmen

- Eradikation der nasalen MRSA-Besiedlung

MRSA-infizierte Patienten müssen bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus (die auch bei bestehender MRSA-Kolonisierung möglich ist) oder bis zum Nachweis dreier MRSA-negativer Abstriche an drei aufeinander folgenden Tagen räumlich getrennt von anderen Patienten untergebracht werden. Um die Übertragung der MRSA-Stämme auf andere Patienten zu verhindern, sind strikte Vorschriften vom ärztlichen und pflegerischen Personal einzuhalten[23].

Da diese Krankheiten eine besondere Isolierung und Schutzaßnahmen bis zum mehrfachen negativen Nachweis des Erregers erfordern, hat das Krankenhaus selbst bei diesen Fällen teilweise nur einen geringen Einfluss auf die Behandlungsdauer und nur einen geringen Einfluss auf die Kosten. Diese Fälle lassen sich nicht pauschalieren, sondern müssen einer Sonderlösung zugeführt werden, da extrem hohe Kosten bei der Isolierung und Behandlung auftreten. Die Kosten sind zu differenzieren in primäre Kosten, die durch die Isolierung und die Therapie der Patienten entstehen und sekundäre Kosten, die durch die Nichtnutzbarkeit von Bettenkapazitäten oder teilweise sogar durch die Schließung von Stationen entstehen (Geldner et. al, [24]). Die hohen Kosten der Isolierung und Behandlung wurden in

23 Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus areus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen; Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheistschutz 12-99

24 Geldner G; Ruoff M; Hoffmann HJ; Kiefer P; Georgieff M; Wiedeck H (1999), Eine Kostenanalyse von MRSA-Infektionen auf einer operativen Intensivstation. Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie : 34 (7),: 409-13

verschiedenen Studien nachgewiesen. MRE-Patienten werden bei Sekundärerkrankungen zum Teil speziell in Krankenhäuser verlegt, die über eine besondere Vorhaltung zur Behandlung dieser Patienten verfügen. In der bisher gültigen ICD-10-Klassifikation Version 2.0 war es bis jetzt nicht möglich, die multiresistenten Erreger sachgerecht zu kodieren. Darüber hinaus können die notwendigen Leistungen (aufwändige Isolation der infizierten Patienten) nicht über den OPS-Prozeduren-Schlüssel dokumentiert werden. Bezüglich der Diagnosen sind bereits Nachbesserungen durch das DIMDI zugesagt, bezüglich. der OPS-Prozeduren existieren Anträge von verschiedenen Fachgesellschaften zur Einrichtung entsprechender OPS-Kodes.

Empfehlung

Es muss geprüft werden, in welcher Höhe Mehrkosten aufgrund von MRE entstehen und wie diese Mehrkosten vergütet werden können. Eine Möglichkeit wären Tagespauschalen ab dem 1. Tag der Isolierung bis zum Abschluss der besonderen Maßnahmen. Es wird allerdings schwierig, in den Kostendaten der Kalkulation 2003 (für 2004) diese Patienten herauzufiltern, da im Kalkulationszeitraum keine Möglichkeiten der Kenzeichnung dieser Fälle bestanden. Nichtsdestotrotz muss dieses fachübergreifende Problem konstruktiv angegangen werden, da eine Nichtbeachtung Negativanreize setzt und Fehlsteuerungen verursacht.

8.6 Leistungen von Maximalversorgern und Universitätskliniken

Universitätskliniken und Maximalversorgungshäuser zeigen eine besondere Kumulation der in diesem Gutachten bereits dargestellten Spezialisierungen. Im Rahmen der Spezialisierung erbringen sie systematisch häufiger Leistungen, die sich für einen Teil der Fälle auffällig am rechten Rand der Kostenverteilung bewegen. Damit ergibt sich nicht der unter einer pauschalierten DRG-Finanzierung notwendige Ausgleich der kostenintensiven Fälle durch kostengünstigere Fälle, so dass ein größerer Anteil der behandelten Patientinnen und Patienten länger verweilt, also näher an die Grenzverweildauer herankommt bzw. diese überschreitet. Entsprechend der Logik der DRG-Finanzierung ist die Vergütung für den mittleren Standardfall kalkuliert. Sie ist nicht kalkuliert für Fälle, die häufig eine längere Verweildauer zeigen bzw. die Grenzverweildauer überschreiten. Vor Überschreitung der Grenzverweildauer wird schon ein "Finanzierungsloch" durchschritten. Dieses wird auch

nicht kompensiert durch die Zuschläge, die nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer vergütet werden.

Im derzeitigen Kalkulations- und Vergütungsansatz vergüten die Zuschläge lediglich die potentiellen Mehrkosten durch die Verweildauerverlängerung. Es wird bei dieser Hypothese davon ausgegangen, dass der Hauptteil der Gesamtkosten in der ersten Zeit der Gesamtaufenthaltsdauer anfällt und eine Verweildauerverlängerung nur noch mit geringeren Kosten pro Tag vergesellschaftet ist. Dies mag zutreffen für die Leistenherniotomie, die Appendektomie oder andere Standardbehandlungen. Es trifft aber keinesfalls zu für die Behandlung sehr komplexer Fälle, die mit der Überschreitung der Grenzverweildauer auch häufig eine sehr aufwändige Weiterbehandlung in Anspruch nehmen. Diese Weiterbehandlung ist nicht mit 60% der über das Kalkulationsverfahren errechneten Tageszuschläge abgedeckt, wie im für 2003 gültigen Verfahren zur Berechung der Zuschläge bei GVD-Überschreitung normativ festgelegt.

Insgesamt führt die Vergütung über den Standardbasisfallwert zuzüglich der Zuschläge nicht zu einer Refinanzierung der medizinisch notwendigen Aufwände. Dies ergibt sich zum Teil sicherlich auch aus dem Kalkulationsverfahren, das den geometrischen Fallkostenmittelwert und die geometrische Verweildauer zugrunde legt. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Verweildauer und Kosten weitgehend korrelieren. Dies ist aber nicht der Fall. Es gibt in der Praxis durchaus Fälle, die bei kurzer Verweildauer hohe Kosten verursachen (z. B. Onkologie, operative Fälle) und Fälle, die bei langer Verweildauer innerhalb der gleichen DRG-Fallgruppe, niedrige Kosten verursachen verglichen mit anderen Fällen. So verursacht z. B. ein Patient, der nach Herztransplantation wegen verzögerter Wiederherstellung seines Gesamtzustandes eine Verweildauerverlängerung zeigt, wesentlich geringere Kosten als ein Patient, der wegen einer Abstoßungsreaktion oder einer schweren Infektion länger behandelt wird. Große verweildauerunabhängige Kostenvarianzen finden sich insbesondere auch bei Einsatz unterschiedlich teurer Medikamente oder Implantate.

Somit lastet auf Maximalversorgungszentren ein systematisch höheres Kostenrisiko, da diese Zentren häufig die letzte Ebene der Versorgungsstufen darstellen. Hier werden zu einem gewissen Prozentsatz Patienten behandelt, die in anderen Versorgungsstufen als ausbehandelt bzw. nicht mehr diagnostizier- und behandelbar gelten. Die Unterschiede bei diesen Patientenkomplexitäten werden aber durch das DRG-System nicht abgebildet. Damit kann auch keine sachgerechte Abbildung der mittleren Behandlungskosten bei diesen Patienten erfolgen.

Empfehlung

Der geschilderten Problematik sollte durch differenzierte Kostenvergleiche auf Basis der verschiedenen Versorgungsstufen im Kalkulationsverfahren Rechnung getragen werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass selbstverständlich auch Großkrankenhäuser noch nicht in der Lage sind, ihre Kosten ausreichend fallbezogen zu verrechnen. Auch hier wird es insbesondere bei der Berechnung der Kosten für teure Sachmittel, teure Medikamente aber auch Implantate und OP-Sachkosten Probleme geben, so dass für besonders aufwändige Fälle zu niedrige Kosten in der Stichprobe erscheinen. Auch in Maximalversorgungshäusern muss mangels einer differenzierten Kostenträgerrechnung noch ein Großteil der Kosten über Schlüssel wie Verweildauertage, PPR- oder OP-Minuten verrechnet werden. Dieser Zustand wird sich erst in den nächsten Jahren bessern. Aus diesem Grunde erscheint es notwendig, globale Vergleiche der Kosten innerhalb der DRG-Fallgruppen zwischen den verschiedenen Versorgungsstufen vorzunehmen und Ursachen für Kostenunterschiede aufzudecken. Es ist zu überprüfen, ob diese Ursachen durch unterschiedliche Fallkomplexitäten, dargestellt durch Diagnosen und OPS-Schlüssel, erklärbar sind. Dies wird nur bei einem Teil der Fälle möglich sein, da die komplexitätssteigernden Faktoren nur zum Teil durch die ICD-10 bzw. den OPS darstellbar sind.

Eine systematische Unterfinanzierung der Maximalversorgungsbereiche durch eine Fehlinterpretation der Leistungsfähigkeit dieser Bereiche über ein relativ grobes DRG-Klassifikationssystem kann dazu führen, dass diese Maximalversorgungsbereiche ihr Leistungsangebot zukünftig vornehmlich an Standardleistungen ausrichten müssen. Zumindest wird sich das Verhältnis Standardleistungen zu Maximalversorgungsleistungen auch bei diesen Krankenhäusern ändern müssen, wenn über ein pauschalierendes, auf einer relativ groben Patientenklassifikation basierendes Finanzierungssystem die Krankenhausbehandlungen ohne Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsstufen und der dort erbrachten Leistungen finanziert werden sollen.

8.7 Lösungsoptionen

Für die Finanzierung der dargestellten Problembereiche bieten sich folgende Lösungen an:

1. Basisfinanzierung über DRGs mit Ergänzung um ein zusätzliches, die besonderen Aufwände finanzierendes krankenhausindividuelles Budget

2. Basisfinanzierung über DRGs, ergänzt um eine adäquate Risikobegrenzung durch frühzeitige zusätzlicheFinanzierung über Tagessätze

3. Alternative Finanzierung über krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

4. Herausnahme aus der DRG-Finanzierung und lokale Verhandlung alternativer Vergütungen (Gesamtbudget, Tagesätze u.a.)

5. Besondere Grenzverweildauern (z.B. für die Intensivtherapie)

Auch für die Festlegung von Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG unter Berücksichtigung der lokalen Leistungsverhältnisse ist es notwendig, ein Budget als Ausgangsgröße zu bilden. Aus diesem Grunde unterscheiden sich die Lösungsvorschläge 3 und 4 nicht grundsätzlich, wenn auch verschiedene gesetzliche Möglichkeiten genutzt werden.

9 Additive Zusatzentgelte nach § 17b, Absatz 1 KHG

9.1 Besondere Personal- und Sachleistungen, die im DRG-System nicht sachgerecht abgedeckt sind

Insbesondere für spezialisierte Krankenhäuser / Abteilungen besteht die große Gefahr, dass aufgrund der besonderen Vorhaltung erbrachte diagnostische und therapeutische Leistungen im DRG-System nicht sachgerecht abgebildet sind und deshalb auch keine sachgerechte Finanzierung auf Basis der DRGs für diese Fälle erfolgt. Am Beispiel der Herzchirurgie kann dieses Problem exemplarisch aufgezeigt werden:

Schwer herzinsuffiziente Patienten werden mit einem „Kunstherzen“ (left ventricular assist device) unterstützt, um die Zeit bis zur Herztransplantation zu überbrücken und das Überleben zu sichern.

Diese Fälle werden in eine Sammel-DRG (Restegruppe) F07Z (Andere OPs an Herz, Thorax, Gefäßen; mit HLM) eingruppiert. Die tatsächlichen Kosten für diesen in einer hoch spezialisierten Einrichtung behandelten Patienten betragen aber im Mittel circa 125.000 Euro. Diese komplexen und besonderen Fälle, die nur in geringer Fallzahl (circa 500 pro Jahr) auftreten aber extrem teurer sind, werden in einem pauschalierenden DRG-System, welches sich vorwiegend am Standardfall orientiert, nicht sachgerecht abgebildet.

Für solche Fallgruppen müssen besondere Finanzierungsformen gefunden werden. Dies können einerseits fallorientierte Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG sein, andererseits aber auch Zusatzentgelte nach § 17b, Abs 1 KHG, die additiv zu DRG-Fall Vergütungen gezahlt werden.

Neben den beispielhaft genannten Kunstherzen können weitere teure, teilweise sehr klar isolierbare Leistungskomplexe benannt werden:

Große kostenverursachende Bereiche innerhalb von DRG-Fallgruppen, die nicht regelhaft mit bestimmten Behandlungen assoziiert sind, sind Kandidaten für Zusatzentgelte oder alternative Entgelte nach § 6 Abs. 1 bzw. später § 6.2. Die Entgelte nach § 6 Abs. 1 müssen auf der Bundesebene definiert werden. Diese Entgelte sollten immer als letzte Möglichkeit gewählt werden. Lässt sich die Homogenität innerhalb von inhomogenen DRG-Fallgruppen über eine neue Organisation der Fallgruppen (Verschiebungen von Leistungen, Splitt etc.) verbessern, sollte diese Möglichkeit vorrangig genutzt werden.

Soweit möglich, sollten die Zusatzentgelte klar abgrenzbar sein (z.B. über ICD-Diagnosen und/oder OPS-Prozeduren). Falls dies nicht möglich ist, muss eine Definition durch freitextliche Beschreibung erfolgen. Eventuell ist auch die Schaffung neuer OPS-Kodes notwendig.

Grundsätzlich stellen sich vor der Etablierung eines Zusatzentgeltes folgende Fragen:

- Warum ist ein Zusatzentgelt notwendig?
- Kann ein Zusatzentgelt durch Anpassung der Klassifikation vermieden werden?
- Wenn nein, warum nicht?

Mögliche Zusatzentgelte können unter Berücksichtigung der bisher gültigen gesetzlichen Vorgaben nur nach § 17 b KHG, Absatz 1 „Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist“ etabliert werden.

Folgende Zusatzentgelte kommen grundsätzlich in Frage:

1. Teure Medikamente, die nachweislich nicht sachgerecht in den DRG-Fallgruppen abgedeckt werden können (z.B. teure onkologische Medikamente, Immuntherapeutika)
2. Teure Sachmittel, die nachweislich nicht sachgerecht in den DRG-Fallgruppen abgedeckt werden können (z.B. teure Implantate, Tumorendoprothesen, teure Medizinprodukte)
3. Diagnostische Leistungen, die nachweislich nicht sachgerecht in den DRG-Fallgruppen abgedeckt werden können (z.B. besondere laborchemische Untersuchungen oder Untersuchungen, die eine extrem teure Vorhaltung erfordern)
4. Therapeutische Leistungen, die nachweislich nicht sachgerecht in den DRG-Fallgruppen abgedeckt werden können (z.B. Dialyse, Hämofiltration, Strahlentherapie, nuklearmedizinische Spezialverfahren, Isolierung und Behandlung bei multiresistenten Erregern (MRE), TBC)

9.1.1 Teure Medikamente

Eine wesentliche Problemgruppe stellen teure Medikamente dar, die nicht regelmäßig bei der Behandlung bestimmter Erkrankungen eingesetzt werden. Insbesondere die Anwendung sehr teurer Medikamente oder anderer sehr teurer Sachmittel ohne regelhaften Bezug zu einer DRG-Fallgruppe lässt sich nicht im DRG-Katalog berücksichtigen. Eine pauschalierte Finanzierung ist nur eingeschränkt möglich, wenn die medikamentöse Therapie innerhalb einer DRG-Fallgruppe erheblich bezüglich der Inhalte und des ökonomischen Aufwandes variieren kann.

So kann beispielsweise das Mammakarzinom für 50 aber auch für 2.000 Euro mit onkologischen Medikamenten therapiert werden – beide Fälle werden in die gleiche DRG-Fallgruppe gruppiert. Die teure Therapie wird aber vorrangig in hoch spezialisierten Abteilungen erbracht, die überwiegend im Bereich der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung vorgehalten werden. Bisher wurden diese Bereiche weitgehend adäquat durch die Kostenträger finanziert, wenn im Rahmen der individuellen Budgetverhandlungen der besondere Leistungsumfang plausibel gemacht werden konnte.

Im DRG-System werden diese Leistungen aber über die DRGs „gleichgemacht“ und sollen grundsätzlich über die DRG-bezogene Pauschale auch einheitlich vergütet werden. Dabei soll keine Unterscheidung zwischen verschiedenen Versorgungsstufen stattfinden. Die Kalkulation der bundesweit gültigen DRG-Relativgewichte orientiert sich aber an allen Fällen aus verschiedenen Versorgungsstufen, die in dieselbe DRG gruppiert werden. Somit kann schon rein technisch keine sachgerechte Erlösfindung stattfinden. Im DRG-bezogenen Basisfallwertvergleich wird die Klinik, die aufgrund ihrer Behandlungskompetenz und Spezialisierung die teuren Medikamente häufiger einsetzt, teurer sein, als der nicht so spezialisierte Versorger. Die höheren Kosten sind aber nicht Ausdruck mangelnder Effizienz, sondern anderer Therapieinhalte, deren Indikation aber häufig über die Diagnosen nicht sichtbar werden kann, da die Entscheidungsfindung auf nicht über ICD-10-Kodes kodierbare Variablen (Homosensitivität, Tumorausdehnung, Staging) basiert. Ebenso wenig kann die differenzierte Arzneimitteltherapie über die OPS-Kodes kodiert werden.

Die durchgeführte Therapie lässt sich nicht differenziert über die verfügbaren OPS-Kodes darstellen. So wird beispielsweise das gesamte Leistungsspektrum der **intravenösen** Chemotherapie bei bösartigen Erkrankungen über einen einzigen OPS-Kode (8-540.1 = Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika bei Neubildungen: Intravenös) zusammengefasst. Dieser Kode transportiert keine Informationen über die Kosten des eingesetzten Chemotherapeutikums. Eine Finanzierung der Kosten teurer Medikamente über

die DRG-Pauschale erscheint nicht möglich. Voraussetzung hierzu wäre eine sehr umfangreiche Ausdifferenzierung des OPS sowie der DRG-Fallgruppen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Aufwände. Im Rahmen des Gutachtens wird eine Liste von teuren Medikamenten nach Stoffklassen erstellt, die über Zusatzentgelte finanziert werden sollten. Grundsätzlich stehen folgende Optionen zur Berücksichtigung der Kosten dieser Medikamente zur Verfügung:

1. Abbildung in den DRG-Fallgruppen durch Änderung bestehender bzw. Erstellung neuer DRG-Fallgruppen

2. Schaffung von fall- oder tagesbezogenen alternativen Vergütungen (§ 6 Abs. 1, später 6.2) oder Schaffung von „Zusatzentgelten“, die zusätzlich zu den DRG-Vergütungen bzw. alternativen Vergütungen gezahlt werden

3. Strukturzuschläge zur Finanzierung der Mehrkosten, die sich aus einer besonderen Vorhaltung für eine besondere Leistungen ergeben

Alle Zusatzentgelte oder Entgelte nach § 6 Abs.1 KHEntgG müssen präzise definiert werden mit Darstellung der betroffenen DRG-Bereiche, soweit sich die Entgelte auf DRGs bzw. MDCs fokussieren lassen. Darüber hinaus muss angegeben werden, nach welchem Verfahren die Höhe der Zusatzentgelte ermittelt werden kann, wobei zwischen fallbezogenen Zusatzentgelten und tagessatzähnlichen Zusatzentgelten (s. § 6 Abs. 1) zu differenzieren ist. Zu berücksichtigen ist dabei, dass Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG im Rahmen der derzeit gültigen Gesetzgebung nicht mit DRGs zu kombinieren, sondern alternativ zu DRG-Fallgruppen zu etablieren sind.Bei den Medikamenten ist zu differenzieren zwischen teuren Medikamenten, die nur einmalig innerhalb der Krankenhausbehandlung zur Anwendung kommen und Medikamenten, die dauerhaft beim Patienten, unabhängig vom Krankenhausaufenthalt, eingesetzt werden. Hierzu gehören die schon mit einer gesetzlichen Zuschlagsregelung versehenen Blutgerinnungsfaktoren. Analog zu den Blutgerinnungsfaktoren können andere Medikamente wie z.B. TNF-Alphablocker oder Immunsuppressiva (nach Organtransplantationen) betrachtet werden.

Eine weitere Problemgruppe sind teure Medikamente, die während des stationären Aufenthaltes aber i. d. R. nicht darüber hinaus eingesetzt werden. Hierzu gehören teure onkologische Therapeutika ebenso wie immunsystemmodulierende Substanzen. Für die in Frage kommenden Substanzklassen sollte eine Liste gebildet werden. Die auf dieser Liste aufgeführten Medikamente sollten zusätzlich neben der DRG vergütet werden. Dies bedeutet, dass diese Medikamente auch bei der DRG-Kostenkalkulation unberücksichtigt bleiben und aus den DRG-Erlösbudgets der Krankenhäuser ausgegliedert werden, um eine

doppelte Finanzierung zu vermeiden. Diese Medikamente könnten entweder über Zusatzentgelte neben der DRG abgerechnet werden oder auch gesondert rezeptiert und von den Apotheken direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

9.1.2 Implantate

Durch besondere Spezialisierungen innerhalb einiger Krankenhäuser werden bei einem Teil der Patienten extrem teure Implantate verwendet (z.B. Spezialprothesen, Kunstherzen, Neurostimulatoren etc.) oder innovative Leistungen erbracht. Diese Leistungen sind nachweisbar nicht adäquat in den DRG-Kostengewichten berücksichtigt, da sie nur an einem kleinen Teil der Häuser erbracht werden und die Kalkulationsstichproben nicht oder nicht wesentlich beeinflusst haben können. Durch Spezialisierung können diese Implantate in einigen Häusern in sehr überdurchschnittlicher Frequenz verwendet werden. Sie sind im DRG-System trotz überwiegend guter Abbildung über den OPS nicht sachgerecht berücksichtigt, da die Bewertungen der DRGs immer den Bundesdurchschnitt bzw. den Durchschnitt der einer DRG-Kalkulation zugrunde liegenden Stichprobe reflektieren. Werden die besonders spezialisierten Leistungen nur in einem Teil der deutschen Krankenhäuser oder nur bei einer Subgruppe der Fälle innerhalb einer DRG erbracht, können sie nicht adäquat in einer Stichprobe abgebildet sein.

Dies kann sehr leicht an einer häufigen Leistung wie z.B. dem Hüftgelenksersatz aufgezeigt werden. Der Operateur hat die Wahl zwischen der Nutzung einer zementierten oder einer nicht zementierten Hüftgelenksendoprothese. Die nicht zementierten Endoprothesen sind zum Teil erheblich teurer als die zementierten Endoprothesen. Die Mehrkosten werden sicher einen deutlichen Anteil vom gesamten Fallerlös ausmachen.

Aus diesem Grunde ist zu prüfen, ob für die sehr variablen Implantatkosten innerhalb der DRGs, in denen diese Leistungen erbracht werden, Zusatzentgelte zu vereinbaren sind. Als Problem wird sich herausstellen, das teilweise die Unterschiede der Implantatkosten auf Fallebene nicht sichtbar werden, da über das DRG-Kalkulationsverfahren diese Unterschiede nivelliert werden. Wenn das kalkulierende Haus für die Implantate nicht über eine fallbezogene Kostenzuordnung verfügt (Kostenträgerrechnung), werden die auf Kostenstellen gebuchten Implantatkosten häufig über die Anzahl der durchgeführten Operationen verrechnet. Dabei erhält jeder Fall den gleichen Kostenwert zugewiesen, unabhängig von den tatsächlichen fallindividuellen Implantatkosten. Dieses Problem liegt in Australien seit der Einführung des DRG-Systems vor und wird in den Berichten zur Kostenkalkulation jährlich wieder aufgegriffen.

Additive Zusatzentgelte nach § 17b KHG

Eine Liste im Anhang dieses Gutachtens enthält wesentliche Implantate, die bei einer Prüfung berücksichtigt werden sollten, da sie mit erheblichen Kostendifferenzen behaftet sind. Die Grundbehandlung ist wahrscheinlich (dies muss auch in den Kalkulationen noch überprüft werden) in der grundsätzlichen DRG-Bewertung für die entsprechenden Fälle adäquat enthalten. Das teure Implantat müsste neben der DRG vergütet werden.

Für einige Fallgruppen sollten fallpauschalierende Vergütungen nach § 6 Abs. 1 als Alternative zur DRG + Zusatzentgelt vereinbart werden. Hierzu gehören z.B. die Patienten, die ein Kunstherz (left ventricular assist device) erhalten.

9.1.3 Besondere Therapieverfahren

Bestimmte Therapieformen kommen einzeln oder in Kombination mit der Behandlung verschiedener Krankheiten vor und sind als Einzelleistung sehr kostenintensiv. Diese Leistungen können nur in einem Teil der Krankenhäuser erbracht werden, wenn sie eine besondere Vorhaltung voraussetzen. Hierzu gehören z.B. die Leistungen der Strahlentherapie oder die Leistungen der Nuklearmedizin. Ebenso gehören hierzu die schon in den gesetzlichen Regelungen genannten [25] Dialysen. Analog zu den Dialysen sollten andere Hämofiltrationsverfahren sowie Aphereseverfahren und ähnliche Verfahren behandelt werden. Eine Liste im Anhang dieses Gutachtens enthält Vorschläge für Verfahren, für die eine Prüfung hinsichtlich der Finanzierung über Zusatzengelte erfolgen sollte. Da diese Verfahren nicht auf bestimmte Krankheitsbilder einzuschränken sind, können hierfür keine eigenen DRGs erstellt werden. Die Verfahren sollten daher über additive Zusatzentgelte in Kombination mit DRGs abrechenbar sein.

9.1.4 Besondere Diagnostik

Einige diagnostische Optionen, die mit sehr hohen Kosten verbunden sind, können nur zur Anwendung kommen, wenn die dafür notwendigen Gerätschaften in der Klinik vorgehalten werden. Hierzu gehören insbesondere die bildgebenden Verfahren mit Großgeräten sowie die nuklearmedizinischen diagnostischen Verfahren. Darüber hinaus gehören hierzu besondere labortechnische Verfahren, die mit hohen Einzelkosten verbunden sind und nur bei besonderer Laborausstattung durchgeführt werden können. Diese Verfahren können in

[25] Zusätzliche Abrechnung von Zusatzentgelten nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG in Verbindung mit § 4 KFPV (Übernahme der vor Ort für 2002 bestehenden Sonderentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für Dialysen)

der Kalkulation der DRG-Kostengewichte nicht adäquat berücksichtigt werden, weil sie, wie schon ausgeführt, nur in einem Teil der Krankenhäuser durchgeführt werden. Sie sind auch nicht so klar einer DRG zuzuordnen, dass sie aufgrund des DRG-Bezugs nur in den Krankenhäusern erbracht werden, die auch entsprechende DRGs abrechnen. Aus diesem Grunde sind für diese Verfahren Zusatzentgelte zu vereinbaren, die den zusätzlichen Aufwand für die Erbringung dieser Diagnostik vergüten. Die Kosten dieser Verfahren sind im Rahmen einer Prozesskostenanalyse multrizentrisch zu kalkulieren und als Mittelwert auszuweisen. Diese Mittelwerte können dann die Grundlage für die Zusatzentgelte bilden.

9.2 Kalkulation der Zusatzentgelte

Die Kosten gut beschreibbarer, isolierter Einsätze sachkostenlastiger Leistungen können an Stichprobenfällen kalkuliert werden. Dies trifft für folgende Leistungskomplexe zu:

- Hämodialyse
- Hämoperfusion
- Extrakorporale Photopherese
- Plasmapherese
- Leberersatztherapie
- Zellapherese, Stammzellapherese
- Immunadsorption
- LDL-Apherese

Die derzeitige Kalkulationsmethodik (Kalkulationsleitfaden Selbstverwaltung) ist nicht geeignet, die Kosten für vorgeschlagene Zusatzentgelte auf der Ebene des Zusatzentgeltes abzubilden. In diesen Fällen muss das Kalkulationsschema angepasst werden, um die Extraktion zu ermöglichen.

Die Kalkulation der Vergütungshöhe gestaltet sich wegen der klaren Abgrenzung dieser Verfahren relativ einfach. Zu kalkulieren sind die mittleren Sachkosten sowie die mittleren Personalkosten (ärztliches Personal und anderes Personal) an Stichprobenfällen. In der Regel werden nicht mehr als 10 bis 20 Fälle der Stichprobe benötigt.

Die auf der Basis der Kalkulation festgesetzte Pauschalvergütung kann dann entsprechend der Leistungsmenge komplett aus dem Budget eines Krankenhauses ausgegliedert werden. Ist das Krankenhaus an der DRG-Kostenkalkulation beteiligt, muss vor der Kalkulation eine Abgrenzung der Kosten für Zusatzentgelte erfolgen. Es ist zu diskutieren, ob diese Abgrenzung auf Kostenbasis oder Vergütungsbasis erfolgen muss.

9.3 Liste der Empfehlungen für Zusatzentgelte nach § 17b, Abs. 1, Satz 12

Diese Liste kann nicht vollständig sein. Sie wird sich ständig an aktuelle Gegebenheiten anpassen müssen. Die nachfolgende Empfehlung ist in die folgenden Gruppen geordnet:

- Teure Medikamente

- Teure Implantate

- Besondere diagnostische Maßnahmen

- Besondere therapeutische Maßnahmen

9.3.1 Medikamente

Nachfolgend werden Medikamente gegliedert nach Stoffklassen aufgelistet, welche besonders teuer sind und keine direkte Beziehung zu klar umrissenen Hauptdiagnosen/DRGs haben. Diese Medikamente werden bei verschiedenen Indikationen und in verschiedenen Bereichen eingesetzt. Sie streuen über sehr viele DRG-Fallgruppen. Die nachfolgende Liste nennt Beispiele für die Medikamentengruppen, die nicht sachgerecht in der DRG-Pauschale abgebildet sein können. Dies stellt keine abschließende Liste dar, durch Untersuchung in allen Fachgebieten sind weitere relevante Medikamente zu eruieren.

9.3.1.1 Immuntherapie/Antikörper

CD 52-AK
OKT3
Anti-CD-25
Antithymozytenglobulin
Antilymphozytenglobulin
C1-Esterase-Inhibitor

Immunglobuline

Interferon-alpha, pegyliertes Interferon-alpha

Interleukin-1 Antagonisten

Interleukin-2

Mykophenolat

Cyclosporin A

Tacrolimus

Sirolimus

TNF-alpha Blocker

Monoklonale AK gegen TNF-alpha

Anti-TNF-Fusionsproteine

Iloprost

9.3.1.2 Hormone/Analoga

Hämatopoetische Wachstumsfaktoren: Filgrastim, PEG-Filgastim, Lenograstim, Molgramostim, Sargramostim, Erythropoetin, Darbepoetin alfa

GnRH-Analoga

Somatostatin

Sandostatin-Therapie (Somatostatin-Antagonist)

Humanes rekombinantes TSH

r-tPA

Prostacyclin-Analogon

Prostavasin

Faktorensubstitution bei Patienten mit Hämophilie und Hemmkörper-Hämophilie

9.3.1.3 Schmerztherapie

Radiopharmaka für die palliative Schmerztherapie:
Samarium, Rhenium, Strontium

Transdermale Systeme

9.3.1.4 Tumortherapie/ Internistische Onkologie

Monoklonaler Antikörper

Alemtuzumab

Rituximab

Gemtuzumab Oxogamicin

Trastuzumab

Zytostatica

Gemcitabin

Oxaliplatin
Irinotecan
Paclitaxel
Docetaxel
Topotecan
Liposomales Doxorubicin
Liposomales Daunorubicin
Temozolomid
Cladribin
Fludarabin
Imatinib
Vindesin
Carboplatin
Folinsäure
Etoposidphosphat
Mitomycin C
Asparaginase

Radioimmunantikörper
MIBG

9.3.1.5 Antimykotika, Antibiotoka, Virustatika

Liposomales Amphotericin B
Fluconazol
Itraconazol
Voriconazol
Caspofungin
Meropenem
Imipenem + Cilastatin
Piperacillin + Tazobactam
Vancomycin
Ceftazidim
Levofloxacin
Ciproflaxacin
Ganciclovir
Valaciclovir
Linezolid
Caspofungin
Voriconazol
Rebetol

Temozolomid

9.3.1.6 Andere Medikamente

Photosensibilisierende Substanzen
Aktiviertes Protein C
Amifostin
Bisphosphonate

9.3.1.7 Biologicals

Erythropoetin
Alpha-Interferon
Imatinib
G-CSF
TNF-Alpha Blocker

9.3.2 Implantate

9.3.2.1 Bewegungsapparat

Im Rahmen der Behandlung von Unfallverletzten werden in Abhängigkeit vom Verletzungsausmaß und den Folgezuständen unterschiedlich aufwändige Implantate verwendet, deren Kosten je nach Verfahren erheblich differieren und den Bereich der metallischen, keramischen, biologischen und chemischen Materialen betreffen.

Tumorendoprothesen werden verwendet, wenn bei Knochentumoren z.B. an den Beinen ein Teil der langen Röhrenknochen entfernt werden muss. Hier stellen sich grundsätzlich zwei Optionen:

1. Amputation der Extremität,

2. Ersatz des entfernten Röhrenknochens durch ein patientenindividuell angefertigtes Tumorimplantat.

Die Tumorimplantate sind extrem teuer und wegen der geringen Menge der deutschlandweit implantierten Tumorimplantate nicht im DRG-System abgebildet. Diese Tumorimplantate verursachen Kosten von 6.000 bis 14.000 Euro je nach patientenindividueller Modifikation.

Beim **Gelenkersatz** gibt es verschiedene Optionen bezüglich der verwendeten Materialien, die einerseits einen Einfluss auf das Operationsergebnis und damit auf die Bewegungs-

möglichkeiten des Patienten haben, andererseits auch auf die Haltbarkeit der Prothese. Diese unterschiedlichen Kosten sind in der DRG-Pauschale nicht abbildbar, da das Relativgewicht von der zugrunde liegenden Stichprobe dominiert wird. Schon bei häufigen Leistungen, wie z.B. im Hüftgelenkersatz (zementiert, nicht zementiert, Keramik, Stahl, Titan) variieren die Implantate erheblich.

Zur realitätsgerechten Abbildung der Implantate muss teilweise noch der OPS modifiziert werden für die korrekte Dokumentation von z.B. Hüftendoprothesen, Tumorendoprothesen, Kreuzbandersatzmaterialien, autogenen Knorpelzelltransplantaten, Beckenteilersatz, Wirbelkörperimplantaten aller Werkstoffe und Art, damit eine realitätsnahe Aufwandserfassung zukünftig möglich wird.

9.3.2.1.1 Patientenindividuell angefertigter Knochen- und Gelenkersatz per CAD

Zum Teil werden Implantate nach einer Vermessung am Patienten über CAD-Verfahren patientenindividuell angefertigt. Diese Einzelanfertigungen sind extrem kostenintensiv und können nicht in der DRG-Pauschale enthalten sein.

9.3.2.1.2 Wirbelsäulenimplantate

Ein Teil der Patienten mit Wirbelsäuleneingriffen (DRGs I09A/B) wird im Rahmen der Wirbelsäulenchirurgie mit Implantaten versorgt. Die betroffenen Fälle werden in DRGs gruppiert, der auch ohne Implantate versorgte Fälle (überwiegender Anteil) zugeordnet werden. Die Kosten der Implantate betragen 3.000 bis5.000 Euro je nach Zahl der notwendigen Implantate für einen Patienten. Die Anwendung der Implantate ist besonders häufig in spezialisierten Krankenhäusern, die sich eine besondere Expertise für diese Eingriffe erworben haben. Diese Implantate können aus den o.a. Gründen nicht sachgerecht in der Pauschale abgebildet sein.

9.3.2.1.3 Beckenimplantate

Ein Teil der Patienten mit Eingriffen am Becken (DRGs I08A/B) wird im Rahmen der chirurgischen Versorgung mit sehr teuren Implantaten versorgt. Die betroffenen Fälle werden in DRGs gruppiert, der auch ohne Implantate versorgte Fälle (überwiegender Anteil) zugewiesen werden. Die Kosten der Implantate betragen 5.000 bis7.000 Euro je nach Zahl der notwendigen Implantate für einen Patienten. Die Anwendung der Implantate ist besonders häufig in spezialisierten Krankenhäusern, die sich eine besondere Expertise für diese Eingriffe erworben haben. Diese Implantate können aus den o.a. Gründen nicht sachgerecht in der Pauschale abgebildet sein.

9.3.2.1.4 Kreuzbandimplantate

Ein Teil der Patienten mit Eingriffen am Kreuzband (DRG I18Z) wird im Rahmen der chirurgischen Versorgung mit sehr teuren Implantaten (auch biologischen Implantaten) versorgt. Die betroffenen Fälle werden in DRGs gruppiert, der auch ohne Implantate versorgte Fälle (überwiegender Anteil) zugeteilt werden. Die Kosten der Implantate betragen 1.500 bis2.000 Euro je nach Zahl der notwendigen Implantate für einen Patienten. Die Anwendung der Implantate ist besonders häufig in spezialisierten Krankenhäusern, die sich eine besondere Expertise für diese Eingriffe erworben haben (Kompetenzzentren). Diese Implantate können aus den o.a. Gründen nicht sachgerecht in der Pauschale abgebildet sein.

9.3.2.2 Herz-Kreislauf

9.3.2.2.1 Linksventrikuläre Assistenzsysteme (Kunstherz)

Zur Herz-Kreislauf-Unterstützung bei schwer herzinsuffizienten Patienten werden als Brücke zur Transplantation oder auch als Daueruntersützung so genannte Herzunterstützungssysteme (Linksherzunterstützung und/oder Rechtsherzunterstützung) implantiert, die umgangssprachlich auch als „Kunstherzen“ bezeichnet werden. Diese Systeme kosten im Mittel circa 50.000 Euro pro Patient. Der Patient selbst verweilt, abhängig von seiner persönlichen gesundheitlichen Situation, Tage, Wochen oder Monate im Krankenhaus. Im DRG-System werden diese Fälle in der DRG F07Z (Operationen am Herzen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine) abgebildet. Damit kann keine sachgerechte Finanzierung dieser Leistung erfolgen, die nach Kalkulationen von Stichprobenfällen circa 130.000 Euro Kosten im Mittel bei einer sehr hohen Variabilität zwischen den Fällen verursacht. Eine Pauschalierung dieser Leistungen erscheint nicht möglich. Pro Jahr erhalten derzeit circa 500 Patienten in Deutschland diese Leistung.

Diese Fälle müssen über ein Zusatzentgelt oder ein alternatives Entgelt nach § 6 Abs.1 finanziert werden. Auch in Australien wird die Abbildung dieser Fälle nicht im DRG-System vorgenommen. Im Kommentar zur Anpassung der aktuellen Version 5.0 der AR-DRGs wird ausgeführt, dass keine Anpassung der DRG-Klassifikation zur Berücksichtigung dieser Fälle notwendig ist, da die Anzahl der Fälle sehr gering ist und eine lokale Finanzierung erfolgen muss (REC 05.F09.01).

9.3.2.2.2 Beschichtete Gefäßstents in der Koronarchirurgie

Seit circa einem Jahr spielen in der Behandlung der koronaren Herzkrankheit die medikamentenbeschichten Koronarstents zunehmend eine Rolle, da sie den herkömmlichen Stents überlegen sind. Stents werden implantiert, um ein verengtes Herzkranzgefäß nach der Aufdehnung mit dem Ballonkatheter auch dauerhaft offen zu halten. Leider gelingt dies nur bei einem Teil der Patienten, da das Gefäßgewebe die Stents durchwächst und damit das Gefäß wieder einengt. Die neue Stentgeneration verhindert das Durchwachsen, so dass es nur noch bei einem keinen Teil der Patienten zu dieser erneuten Einengung kommt. Der medikamentenbeschichtete Stent kostet allerdings circa 2.500Euro pro Stück versus 300Euro für einen konventionellen Stent. Die Mehrkosten müssen von den Krankenhäusern getragen werden, während der direkte Nutzen für das Gesamtsystem und die Patienten in

der Vermeidung von weiteren Krankenhausaufenthalten mit Re-Stent-Implantationen besteht.

Hier entsteht ein Finanzierungsloch, welches geschlossen werden muss, wenn der Nutzen dieser neuen Stentgeneration den Patienten und den Krankenkassen zugute kommen soll.

Lösungsvorschläge:

1. Schaffung einer eigenen DRG für die Implantation von medikamentenbeschichteten Koronarstents

2. Finanzierung der Mehrkosten über ein Zusatzentgelt.

Bei beiden Lösungsvorschlägen wäre es sinnvoll, dass die Leistung im Abrechnungsdatensatz des Patienten über einen OPS-Schlüssel erkannt werden kann. Hierzu ist die Etablierung eines speziellen OPS-Schlüssels notwendig. Nach unseren Informationen hat die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie fristgerecht beim DIMDI einen solchen Schlüssel beantragt.

9.3.2.2.3 Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen

Das bisher und auch heute überwiegend verwendete Operationsverfahren ist mit Implantatkosten von circa 300Euro verbunden. Die Behandlung von Aortenaneurysmen bei einen Teil der Patienten erfolgt jedoch mit endovaskulären Stentgrafts anstelle der bisherigen konventionellen Operation. Es ist damit zu rechnen, dass circa 20% der Fälle mit Aortenaneurysma mit einem Stentgraft versorgt werden sollten (circa 2.500 Fälle pro Jahr). Die Materialkosten pro Stentgraft liegen bei schätzungsweise 6.000bis 7.000Euro. Diese Fälle werden in die Basis-DRG F08 gruppiert. Häufig werden bei einem Patienten mehrere Stentgrafts in einer OP benötigt.

9.3.2.2.4 Intraaortale Ballonpumpe (IABP)

Die intraaortale Ballonpumpe wird zur Kreislaufunterstützung vor- oder nach Herzoperationen aber auch bei herzinsuffizienten Patienten in der Kardiologie eingesetzt. Der zunehmende Einsatz dieser Systeme in den letzten 10 Jahren bei der Behandlung von herzoperierten Patienten z.B. mit Herzklappen- oder Bypassoperationen hat die Prognose dieser Patienten wesentlich verbessert und die perioperative Sterblichkeit signifikant gesenkt. Bei Patienten mit akutem Myokardinfarkt und einem kardiogenen Schock hat die Einführung

der IABP ebenfalls zu einer drastischen Verbessung der Prognose geführt. Insgesamt handelt es sich um ein weltweit eingesetztes Verfahren, welches einen festen Stellenwert in der Behandlung kritisch kranker, kardiologischer und kardiochirurgischer Patienten in entsprechenden Zentren besitzt. Der Einbau einer solchen Pumpe erfolgt im Anschluss an eine Katheteruntersuchung oder vor bzw. bei einer Herzoperation. Aufwändig ist die Betreuung der Patienten, welche obligat auf einer Intensivstation über mehrere Tage erfolgt. Neben diesen Kosten sind insbesondere die Materialkosten für das Ballonsystem (circa 1.500 Euro) maßgeblich. Durch den mehrtägigen Aufenthalt auf der Intensivstation hängen die Gesamtkosten somit aber auch wesentlich von der Einsatzzeit pro Patient ab.

Die Leistung „Perkutane IABP-Implantation“ wird derzeit erfasst über die OPS-Prozedur 8-839.0 und wird aber, da sie nicht gruppierungsrelevant ist, in verschiedenen operativen und interventionellen DRGs (F03-F06, F10, F15) sowie den Prä-MDC-DRGs (A06Z/A07Z) abgebildet.

Eine Abbildung im Klassifikationssystem selbst erscheint wegen der nicht eindeutigen Zuordnung zu einer DRG und dem anteilig (Anteil der betroffenen Fälle) sehr wechselnden Einsatz nicht möglich. Adäquat wäre diese Leistung nur durch ein pauschaliertes Zusatzentgelt zu finanzieren.

9.3.2.2.5 Verwendung allogener Gefäße aus einer Gefäßbank

Durch Gefäßersatzoperationen können zum Beispiel bei malignen Lebererkrankungen mit Gefäßinvasion oder bei primären Gefäßerkrankungen die Organfunktionen erhalten werden. Werden bei Gefäßersatzoperationen allogene Gefäße verwendet, so ist das Vorhalten einer Gefäßbank unentbehrlich. Hierbei entstehen zusätzliche Kosten in erheblichem Ausmaß. Für die Verwendung allogener Gefäße aus einer Gefäßbank ist somit nur über ein Zusatzentgelt finanzierbar.

9.3.2.2.6 ECMO

Die ECMO ist eine bettseitige Herz-Lungen-Maschine, die eingesetzt wird, um einerseits nach Herzoperationen bei Patienten mit insuffizientem Kreislauf die Kreislaufsituation für Stunden oder Tage zu unterstützen, andererseits bei Atemnotsyndromen die Oxygenierung des Blutes zu ermöglichen. Eine weitere Indikation des Einsatzes der ECMO ist die Behandlung von unterkühlten Patienten, z. B. nach Eiseinbrüchen. Der Einsatz der ECMO ist mit extrem hohen Kosten verbunden. Grundsätzlich kann der ECMO-Einsatz nach allen Herzoperationen erfolgen. Sobald der Kode für die ECMO verschlüsselt wird, erfolgt die Eingruppierung in die Pre-MDC-DRG A40Z. Nur Transplantationen sind ausgenommen.

Der Einsatz der ECMO kann über den OPS-Kode 8-852 „Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)“ erkannt werden. Für den Einsatz der ECMO sollte ein Zusatzentgelt vereinbart werden. Ein erheblicher Kostenanteil sind die Sachkosten und die Kosten für die Überwachung der Patienten. Die Überwachung findet ausschließlich auf Intensivstationen statt. Die ECMO wird nur in einem Teil der deutschen Krankenhäusern vorgehalten. Sie beschränkt sich fast ausschließlich auf einen Teil der 80 herzchirurgischen Kliniken in Deutschland.

9.3.2.2.7 Metallspiralen (Coiling) Neuroradiologie

Bei Coiling werden krankhafte Aussackungen an Hirngefäßen (Aneurysmen) mit weichen Platinspiralen (Coils) verschlossen. Diese neuroradiologische Methode kann nur in Krankenhäusern angewendet werden, die eine hochauflösende DSA-Anlage zur Gefäß-darstellung vorhalten. Im Jahr 2002 wurden bei circa 1.800 Eingriffen knapp Coils verwendet. Es ist davon auszugehen, dass durchschnittlich 5 Coils pro Eingriff benötigt werden. Diese Coils verursachen Kosten von circa 2.500 Euro pro Eingriff.

Coils können praktisch in allen Gefäßbereichen des Körpers, die einen gewissen Durchmesser nicht überschreiten, zum Verschließen bzw. Flussreduzieren eingesetzt werden. Vorrangig werden aber Aneurysmen, derzeit überwiegend im hirnversorgenden Gefäßgebiet verschlossen. Auch bei arteriovenösen Malformationen (AVMs oder Angiomen) kommen manchmal Coils mit einem sehr geringen Durchmesser zur Embolisation zum Einsatz. Fisteln werden/können ebenfalls mit Coils behandelt werden. Kodiert wird die Leistung mit dem OPS-Kode **8-836.a0** (Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen: Gefäße intrakraniell).

9.3.2.3 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

In der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie werden teure Implantate verwendet, die in den DRG-Pauschalen nicht abgedeckt werden können, da sie jeweils nur bei kleinen Subgruppen innerhalb von Fällen in den DRGs zum Einsatz kommen.

9.3.2.3.1 Individuell nach CAD gefertigte Titanrekonstruktion im Gesichts- und Schädelbereich

Moderne Implantate werden aus Titan präoperativ nach CT-Daten patientenindividuell gefertigt und sind Dauerimplantate. Die Materialkosten liegen zwischen 2.500 Euro für einfache Defekte in der Schädelkonvexität und 7.500 Euro bei komplexen Defekten, die den Gesichtsbereich mit betreffen.

Diese Implantate werden bei Patienten implantiert, bei denen im Rahmen der der Tumorchirurgie oder der Beseitigung angeborener Defekte Teile des Gesichtsschädels ersetzt werden müssen.

9.3.2.3.2 Unterkiefer-Rekonstruktionsplatten mit Gelenkersatz

Diese Implantate werden i.d.R. bei Tumorpatienten eingesetzt, bei denen eine größere Knochenresektion im Bereich des Unterkiefers notwendig ist. Das Implantat kann als Übergangslösung bis zum Einsatz eines mikrovaskulär anastomosierten Knochenimplantates dienen oder auch als dauernde, palliative Lösung.

Die Materialkosten liegen bei circa 1.000 Euro.

9.3.2.3.3 Ramus-Distraktoren

Ramus-Distraktoren werden zur Knochenverlängerung am Kiefer bei Dysmorphien (Fehlbildungen) des Gesichtes eingesetzt. Die Patienten sind meist Jugendliche oder junge Erwachsene, bei denen angeborene Störungen des Kiefers korrigiert werden. I.d.R. erfolgt der Einsatz doppelseitig. Mit den Distraktoren wird z.B. in einigen Wochen der Unterkiefer so verlängert, dass eine Korrektur erst möglich wird. Der Knochen wird unter Zug gesetzt und wächst dann beschleunigt in die Zugrichtung.

Die Materialkosten liegen bei 2.800 Euro.

9.3.2.4 Weitere Implantate

9.3.2.4.1 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher")

Diese Systeme kosten zwischen 5.000 Euro (Systemaustausch) und 17.000 Euro (Erstimplantation). Solche Systeme sind im DRG-System nicht abgedeckt. Sie kommen bei einer kleinen Zahl von Patienten zum Einsatz und können deshalb in der bundesweiten Kalkulation nicht adäquat berücksichtigt werden.

Einsatzgebiete:

- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Angina pectoris Schmerzen
- Periphere arterielle Durchblutungsstörungen
- Schwere chronische Schmerzen
- Morbus Parkinson
- Tremor
- Dystonie
- Störungen der Peristaltik des Magens

9.3.2.4.2 Implantierbare Medikamentenpumpen

Die Systeme kosten zwischen 5.000 Euro (Systemaustausch) und 10.000 Euro (Erstimplantation). Solche Systeme sind im DRG-System nicht abgedeckt. Sie kommen bei verschiedenen Erkrankungen zum Einsatz und können deshalb bei der bundesweiten Kalkulation in den DRG-Bewertungsrelationen nicht adäquat berücksichtigt werden.

Einsatzgebiete:

- Schwere chronische Schmerzen
- Spastische Bewegungsstörungen

9.3.2.4.3 Künstlicher Blasenschließmuskel

Ein „künstlicher“ Harnblasenschließmuskel kostet circa 6.500 Euro (Implantat + Zubehör). Hiermit werden circa 150 Patientinnen und Patienten pro Jahr versorgt, die an einer Stressharninkontinenz leiden.

9.3.3 Besondere Therapieverfahren

9.3.3.1 Dialyse, Apheresen, Photopheresen etc.

- Hämodialyse

- Hämoperfusion

- Extrakorporale Photopherese

- Plasmapherese

- Leberersatztherapie

- Zellapherese, Stammzellapherese

- Immunadsorption

- LDL-Apherese

Zell- und Plasmapheresen sind sehr teure Verfahren, die häufig erst das Überleben von an besonderen Problemen leidenden Patienten sichern. Die Verfahren sind unterschiedlich aufwändig und können nicht mit einer einheitlichen Pauschale vergütet werden. Patienten, die diese Therapien erhalten, können sich bei gleichen Haupt- und Nebendiagnosen im Ressourcenaufwand deutlich von anderen Patienten unterscheiden. Apheretische Verfahren werden bevorzugt von Maximalversorgern vorgehalten und durchgeführt.

9.3.3.2 Strahlentherapie

Bei der Strahlentherapie handelt es sich um ein Therapieverfahren, das innerhalb der onkologischen Therapie angewandt wird. Die strahlentherapeutischen Fälle verteilen sich auf eine große Zahl von DRGs. Da dieses Verfahren nicht auf eine überschaubare Anzahl von Krankheitsbilder einzuschränken ist, können hierfür keine eigenen DRGs erstellt werden.

Diese Behandlung wird nur an wenigen spezialisierten Krankenhäusern vorgehalten[26].Ein Zusatzentgelt sollte pauschaliert und leistungsbezogen kalkuliert werden. Der zusätzliche Aufwand für die Strahlentherapie ist abhängig von der Anzahl der Tage, an denen innerhalb der Gesamtverweildauer Bestrahlungen durchgeführt werden. Daher sollte ein Zusatzentgelt etabliert werden, welches sich auf einen Bestrahlungstag bezieht. Die Durchführung der Strahlentherapie ist aus der OPS-Kodierung zweifelsfrei ersichtlich. Die Verfahren sind unterschiedlich aufwändig. Da aber davon ausgegangen werden darf, dass sich die Aufwände über alle Fälle wieder mitteln und wahrscheinlich auch keine wesentlichen Unterschiede zwischen verschiedenen strahlentherapeutischen Abteilungen angenommen werden müssen, sollte zunächst nur eine einzige Tagespauschale bzw. ein Zusatzengelt für jeden Bestrahlungstag eingerichtet werden.

9.3.3.3 Brachytherapie

Die Brachytherapie von Tumorerkrankungen stellt eine Spezialtherapie der Radioonkologie dar. Hierbei werden umschlossene radioaktive Substanzen mit kurzer Reichweite direkt an das Bestrahlungsziel herangebracht. Für diese besondere Strahlentherapie sind spezielle Einrichtungen erforderlich. Sie wird unter speziellen Strahlenschutzvorschriften und unter strengen Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt. Diese Therapieform wird bei den verschiedenen Tumoren in Situationen angewandt, die durch eine Operation oder eine externe Strahlentherapie nicht beherrschbar sind. Die Notwendigkeit zur Brachytherapie lässt sich aus der ICD-10-Kodierung der Diagnosen nicht ableiten, da sie nicht in der Lage ist Resektionsstatus, exaktes Stadium (TNM, UICC) und histologische Marker (Grading, Gleason-Score) zu differenzieren. Die Brachytherapiefälle verteilen sich auf eine große Zahl von DRGs und finden sich praktisch in allen onkologischen DRGs in geringer Fallzahl.

---

[26] 167 Krankenhäuser, Quelle: „Abt. und Praxen für Strahlentherapie 2000“ Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, 2001

In den letzten Jahren wurde eine neue Anwendung dieser Therapie bei gutartigen Gefäßerkrankungen entwickelt. Nach der Wiedereröffnung verengter Herzkranzgefäße oder peripherer Arterien kann eine brachytherapeutische Bestrahlung der Gefäßstenose eine Restenosierung verhindern. Damit kann die Gefahr von Herzinfarkten, Angina pectoris oder peripheren Durchblutungsstörungen wesentlich vermindert werden.

Es lassen sich verschiedene Gruppen von Brachytherapien unterscheiden, die unterschiedlichen DRGs zugeordnet werden:

1. Brachytherapien bei Kathetherbehandlungen von Gefäßerkrankungen

Hier erfolgt keine Differenzierung zwischen Kathetereingriffen mit/ohne Brachytherapie außer im Rahmen des PCCL durch die Nebendiagnose Z51.0 Strahlentherapiesitzung. Die Gruppierung erfolgt abhängig von Hauptdiagnose in F14A/B/C „Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine“ oder F16Z „Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt ohne Stentimplantation“.

2. Einfache gynäkologische Brachytherapien

werden bereits gesondert in die DRG N09Z Konisation und Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva gruppiert.

3. Komplexe Brachytherapien bei Prostatakarzinomen,

Prostataseeds: eine einmalige, dauerhafte Implantation von umschlossenen Radionukliden

Prostataspickung: eine mehrfache, kurzzeitige brachytherapeutische Bestrahlung, meist in Kombination mit einer externen Strahlentherapie

Beide werden in die DRG M06A Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung gruppiert. Eine Differenzierung der Seedimplantation, die mit hohen Sachkosten verbunden ist, erfolgt bisher nicht.

4. Komplexe Brachytherapien bei verschiedenen Tumorerkrankungen

werden abhängig von der Tumorentität in eine Vielzahl von DRGs gruppiert. Hier erfolgt keine Differenzierung mit/ohne Brachytherapie.

9.3.3.4 Stereotaxie

Bei der stereotaktischen Strahlentherapie handelt sich um ein Spezialverfahren, welches an wenigen Zentren in Deutschland durchgeführt wird. Dieses Verfahren wird überwiegend für Erkrankungen des ZNS eingesetzt. Diese Fälle werden zusammen mit neurochirurgischen Operationen in die Basis-DRG B02 Kraniotomie gruppiert. In einem DRG-Evaluationsprojekt der DEGRO wurden 48 Fälle mit Stereotaxie erfasst, es lagen keine Vergleichszahlen für neurochirurgische Fälle vor. Eine Beurteilung der Homogenität dieser DRG ist aus den Projektdaten nicht möglich.

Bundesweit wird nur eine geringe Leistungsmenge erwartet, da diese Leistung nur von einem Teil der strahlentherapeutischen Abteilungen erbracht wird. Eine Abbildung über das Klassifikationssystem erscheint daher nicht sinnvoll. Nach Kalkulation der Mehrkosten sollte ein pauschaliertes Zusatzentgelt festgelegt werden.

9.3.4 Einsatz eines OP-Roboters

OP-Roboter werden mittlerweile in vielen Fachgebieten, wie z.B. der Visceralchirurgie, der Herz-Thorax-Chirurgie und der Orthopädie eingesetzt. Pro Eingriff können hiebei zusätzliche Materialkosten von bis zu 5.000 Euro entstehen. Bei tumorchirurgischen Eingriffen ermöglicht dieser innovative Ansatz eine minimal-invasive Operation mit sehr differenzierter Dissektionstechnik. Hierdurch kann eine Verweildauerreduzierung resultieren. Die Anwendung eines OP-Roboters kann mit dem OPS-Kode 5-987 abgebidet werden. Für die Anwendung eines OP-Roboters sollte in Anbetracht der Mehrkosten ein Zusatzentgelt festgelegt werden.

9.3.5 Aufwändige stationäre Behandlung

Bei einem geringen Teil der Patienten wird eine extrem aufwändige stationäre Behandlung notwendig. Zur Durchführung dieser Behandlung müssen häufig Geräte angemietet werden, weil eine Vorhaltung wegen der extrem hohen Kosten in den Krankenhäusern nicht erfolgen kann. Diese Behandlungen sind hinsichtlich einer Finanzierung über Zusatzentgelte zu überprüfen.

Beispiel:

- Lagerung im Spezialbett, Drehbett, (z.B. Rotorest-Bett)

9.3.6 Besondere Diagnostik

Aufwändige bildgebende Verfahren werden nur in einem Teil der Krankenhäuser vorgehalten, kommen dort dann aber über einen Großteil der DRGs in der Diagnostik und teilweise auch der Therapie (z.B. Gefäßstenteinlage) zum Einsatz. Vorhaltung und Einsatz dieser Verfahren verteuern die Krankenhausleistung in diesen Häusern. Eine Abbildung dieser Leistungen in den DRG-Fallgruppen erscheint wegen der Streuung über viele Fallgruppen nicht möglich. Aus diesem Grunde kämen folgende Finanzierungsmöglichkeiten in Frage:

1. Finanzierung über ein Zusatzentgelt nach § 17b

2. Finanzierung über ein Zusatzbudget, welches unter Berücksichtigung der verfügbaren Geräte und des zum Betrieb notwendigen Personals ermittelt wird.

Folgende bildgebende Verfahren wären zu prüfen:

- MRT (Magnet Resonanz Tomographie)

- Positronen Emissions Tomographie (PET)

- Einzelphotonen-Tomographie (SPECT)

- PET-CT

- Nuklearmedizinische Verfahren (Szintigraphien)

9.3.7 Sonstige Verfahren

Aufwändige diagnostische Verfahren werden nur in einem Teil der Krankenhäuser vorgehalten, kommen dort dann aber über einen größeren Teil der DRGs zum Einsatz, zeigen also keine eindeutige Beziehung zu einer DRG. Die Ausstattung der Krankenhäuser mit diesen Verfahren ist häufig von der Versorgungsstufe und der Vorhaltung spezieller Institute (z.B. Humangenetik) abhängig. Vorhaltung und Einsatz dieser Verfahren verteuern die Krankenhausleistung in diesen Häusern. Eine Abbildung dieser Leistungen in den DRG-Fallgruppen erscheint wegen der Streuung über viele Fallgruppen nicht möglich. Aus diesem Grunde käme die Finanzierung über ein Zusatzentgelt nach § 17 b KHG in Frage.

Folgende Verfahren wären im Rahmen einer solchen Finanzierung zu prüfen:

- Spektroskopische Untersuchungen

- Molekulargenetische Diagnostik

- Prächirurgische Epilepsiediagnostik

(Diese Liste kann keinen Anspruch auf eine abschließende Vollständigkeit haben)

10 Alternative Entgelte gemäß § 6.1 und § 6.2 KHEntgG

10.1 Über § 6.1 KHEntgG zu finanzierende Leistungen

Über Entgelte nach § 6.1. des KHEntgG sollten Leistungen finanziert werden, für die keine Zusatzentgelte nach § 17b geschaffen werden können oder sollen. Dies können z.B. die schon unter 9.3.2.2.1 dargestellten „Kunstherzen“, die unter 8.5.5 Polytraumatisierten oder die unter 8.5.9 angesprochenen Zentren für Querschnittsgelähmte sein. Hier bieten sich je nach Konstellation fallpauschalierte („Kunstherz“) oder tagespauschalierte Vergütungen an. Fallpauschalierte Vergütungen sollten nur erwogen werden, wenn die Fallmenge zu klein für eine eigene DRG ist oder die Entgelte für einen auf Bundesebene als nicht sachgerecht im DRG-System abgebildeten Bereich je nach Krankenhaus aufgrund unterschiedlicher Leistungsinhalte krankenhausindividuell festgesetzt werden müssen. Dies kann für fast alle im Kapitel 8.5 dargestellten Problembereiche grundsätzlich gelten.

- Intensivtherapie
- Neonatologie
- Transplantationszentren
- Palliativmedizin
- Abteilungen für Schwerst-Brandverletzte
- Schädel-Hirn-Trauma
- MS-Spezialbehandlung
- Neurologische Frührehabilitation
- Neurologische Pädiatrie
- Epilepsie-Zentren
- Schwerpunkte für Querschnittsgelähmte (Paraplegie)
- Parkinson Spezialabteilung
- Krankenhäusern für Wirbelsäulenchirurgie

10.2 Über § 6.2 KHEntgG zu finanzierende Leistungen

Zur Finanzierung über § 6.2 kommen innvovative Leistungskomplexe in Frage, die noch nicht sachgerecht über DRG-Fallgruppen und die darauf basierende Finanzierung abgedeckt sind. Solche Leistungen können vielfältig und auch lokal begrenzt in einigen spezialisierten Krankenhäusern erbracht werden. Eine Übersicht im Rahmen dieses Gutachtens konnte aufgrund dieser Vielfältigkeit nicht erstellt werden. Nachfolgend wird ein Beispiel für ein nach § 6.2 zu vereinbarendes fallpauschaliertes Entgelt für eine innovative Leistung vorgestellt, welches aufgrund der spezifischen Behandlung für eine Fallgruppe festgelegt werden muss. Diese Fallgruppe ist noch zu klein, um eine bundesweit einzusetzende DRG-Fallgruppe festzulegen.

Iduronidase ist ein neu entwickeltes Medikament zur Behandlung der Mukopolysaccharidose Typ I. Es handelt sich um eine Enzymersatztherapie bei einer sehr seltenen Enzymmangelerkrankung aufgrund eines genetischen Defektes. Mit Iduronidase wird das fehlende Enzym substituiert. Die betroffenen Kinder erkranken i.d.R. im späten Säuglings- oder im Kleinkindesalter. Bisher war keine kausale Behandlung der schweren degenerativen Erkrankung möglich. Mit dem neuen Präparat ist dieses erstmals möglich, erfordert aber eine kontinuierliche Therapie im wöchentlichen Abstand.

Die Applikation kann dabei nur intravenös unter tagesklinischen Bedingungen erfolgen, da eine variabel gesteuerte Infusion sowie eine Überwachung von Kreislauf- und Vitalparametern notwendig ist. Die Medikamentenkosten liegen in einer Größenordnung von circa 2.000 Euro je Infusion (einmal pro Woche).

Diese spezifische Infusionstherapie kann bisher nicht über OPS-Kodes verschlüsselt werden. Die an Mukopolysaccharidose erkrankten Kinder werden überwiegend an Zentren behandelt und im DRG-System mit vielen anderen Erkrankungen zusammen in der G-DRG K63Z (Angeborene Stoffwechselstörungen) abgebildet. Aufgrund der geringen Zahl an erkrankten Kindern und der erheblichen Medikamentenkosten ist eine angemessene Vergütung dieser Fälle über die pauschalierte Vergütung nicht möglich. Für die Therapie mit Iduronidase sollte deshalb ein Zusatzentgelt kalkuliert werden oder eine Vergütung der kompletten Fallgruppe über § 6.2 des KHEntgG erfolgen, da es sich um eine Innovation handelt..

11 Anhang

Erläuterungen zur Tabelle 10.1:

Sofern sich der Text in den einzelnen Zellen auch auf die jeweils darunter liegende Zelle bezieht, wurde dieser zur Vermeidung redundanter Information in den darunter liegenden Zellen nicht erneut abgedruckt.

11.1 Liste der Diagnosen, welche zwischen DRGs verschoben werden müssen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
A22.0	Hautmilzbrand	9	J66A	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut mit äußerst schweren oder schweren CC	J66-1	9	J61Z	Schwere Erkrankungen der Haut	J61-1	neuer Vorschlag
			J66B	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut ohne äußerst schwere oder schwere CC	J66-1					
B64	Nicht näher bezeichnete Protozoenkrankheit					18	S63	Infektion bei HIV-Krankheit		neu in 4.2
B69.0	Zystizerkose des Zentralnervensystems	6	G41	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane		1	B72Z	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis		neu in 4.2
		6	G45	Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane						neu in 4.2
		6	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 9 Jahre						neu in 4.2
		6	G68	Gastroenteritis, Alter < 10 Jahre						neu in 4.2
B69.1	Zystizerkose der Augen	6	G41	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane		2	C63	Andere Erkrankungen des Auges		neu in 4.2

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
B69.1	Zystizerkose der Augen	6	G45	Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane		2	C63	Andere Erkrankungen des Auges		neu in 4.2
		6	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 9 Jahre						neu in 4.2
		6	G68	Gastroenteritis, Alter < 10 Jahre						neu in 4.2
B86	Skabies	9	J66A	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut mit äußerst schweren oder schweren CC	J66-1	9	J67A	Leichte Erkrankungen der Haut mit CC	J67-1	neuer Vorschlag
			J66B	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut ohne äußerst schwere oder schwere CC			J67B	Leichte Erkrankungen der Haut ohne CC		
B87.1	Wundmyiasis	9	J67A	Leichte Erkrankungen der Haut mit CC	J67-B	9	J66A	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut mit äußerst schweren oder schweren CC	J66-1	neuer Vorschlag
			J67B	Leichte Erkrankungen der Haut ohne CC			J66B	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut ohne äußerst schwere oder schwere CC		
D36.1	Gutartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem	8	I02	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantation außer an der Hand		1	B66	Neubildungen des Nervensystems		neu in 4.2
D36.1	Gutartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem	8	I20	Eingriffe am Fuß						neu in 4.2
		8	I76	Andere Erkrankungen des Bindegewebes						neu in 4.2

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
E10.61	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	8	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien		8	I72	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln		neu in 4.2
E11.61	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet									neu in 4.2
E13.61	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet									neu in 4.2
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet									neu in 4.2
G23.1	Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom]	1	B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven		1	B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems		neu in 4.2

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet	1	B70	Apoplexie		1	B81	Andere Erkrankungen des Nervensystems		neu in 4.2
G93.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns									neu in 4.2
G93.9	Krankheit des Gehirns, nicht näher bezeichnet									
G94.8										neu in 4.2
G96.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Zentralnervensystems									neu in 4.2
G96.9	Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet									neu in 4.2
G98	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert									neu in 4.2
G99.8	sonstige näher bezeichnete Krankheiten des NS bei andernorts klassifizierten Krankheiten									neu in 4.2
G97.2	Intrakranielle Druckminderung nach ventrikulärem Shunt	5	F75	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems		1	B06	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 18 Jahre		neu in 4.2
						1	B81	Andere Erkrankungen des Nervensystems		neu in 4.2

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
H59.0	Glaskörperkomplikation nach Kataraktextraktion	21	X63	Folgen einer medizinischen Behandlung		2	C63	Andere Erkrankungen des Auges		neu in 4.2
H95.9	Krankheit des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	21	X63	Folgen einer medizinischen Behandlung		3	D66	Andere Krankheiten im HNO-Bereich		neu in 4.2
I73.0	Raynaud-Syndrom	8	I02	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantation außer an der Hand		5	F65	Periphere Gefäßkrankheiten		neu in 4.2
I77.6	Arteriitis, nicht näher bezeichnet	8	I20Z	Eingriffe am Fuß						neu in 4.2
		8	I66	Andere Erkrankungen des Bindegewebes						neu in 4.2
	Alle Diagnosen aus Tab-K60-1 Diabetes					10	K01	Diabetischer Fuß		neu in 4.2 Die Diagnosen aus K10 finden sich jetzt auch in K01
K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	9								siehe N48.8 bis N90.8
L10.2	Pemphigus foliaceus	21	X62	Vergiftungen/Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen		9	J61Z	Schwere Erkrankungen der Haut		neu in 4.2
L10.2	Pemphigus foliaceus	21	X62A	Vergiftungen/Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen, Alter > 59 Jahre oder mit CC	M21B-0, X62-1	9	J61Z	Schwere Erkrankungen der Haut	M09-0, J61-1	neuer ergänzender Vorschlag zu o.g. Änderung
			X62B	Vergiftungen/Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen, Alter < 60 Jahre ohne CC						

Tab.1		**Entfernt aus**				**Hinzugefügt zu**				**Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar**
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
L13.1	Pustulosis subcornealis [Sneddon-Wilkinson]	2	C63A	Andere Erkrankungen des Auges mit CC	M02-0, C63-1	9	J61Z	Schwere Erkrankungen der Haut	M09-0, J61-1	neuer Vorschlag
			C63B	Andere Erkrankungen des Auges ohne CC						
L28.1	Prurigo nodularis	9	J67A	Leichte Erkrankungen der Haut mit CC	J67-B	9	J66A	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut mit äußerst schweren oder schweren CC	J66-1	neuer Vorschlag
			J67B	Leichte Erkrankungen der Haut ohne CC			J66B	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut ohne äußerst schwere oder schwere CC		
,			F20Z	Unterbindung und Stripping von Venen			F20A	Unterbindung und Stripping von Venen bei Ulzeration	F20-1	neuer Vorschlag: Einführung des nebenstehenden Splitting, wobei die ICD-Kodes I70.23, I70.24, I83.0 und I83.2 in die DRG F20A führen
							F20B	Unterbindung und Stripping von Venen außer bei Ulzeration		
			J61Z	Schwere Erkrankungen der Haut			J61A	Schwere Erkrankungen der Haut mit äußerst schweren CC		neuer Vorschlag: Splitting der J61Z in 2 Gruppen
							J61B	Schwere Erkrankungen der Haut ohne äußerst schwere CC		

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
L40.1	Generalisierte Psoriasis pustulosa	9	J66A	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut mit äußerst schweren oder schweren CC	J66-1	9	J61Z	Schwere Erkrankungen der Haut	J61-1	neuer Vorschlag
			J66B	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut ohne äußerst schwere oder schwere CC						
L41.0	Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta [Mucha-Habermann]	9	J61Z	Schwere Erkrankungen der Haut	J66-1	9	J66A	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut mit äußerst schweren oder schweren CC	J66-1	neuer Vorschlag
L55.2	Dermatitis solaris acuta 3. Grades	9	J67A	Leichte Erkrankungen der Haut mit CC	J67-1	9	J66A	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut mit äußerst schweren oder schweren CC	J66-1	neuer Vorschlag
			J67B	Leichte Erkrankungen der Haut ohne CC			J66B	Mäßig schwere Erkrankungen der Haut ohne äußerst schwere oder schwere CC		
L88	Pyoderma gangraenosum	9	J64A	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 59 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	J64-1	9	J61Z	Schwere Erkrankungen der Haut	J61-1	neuer Vorschlag
			J64B	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 59 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 60 Jahre						
M07.0*	Distale interphalangeale Arthritits psoriatica, mehrere Lokalisationen	8	I12	Knochen und Gelenkinfektion/entzündung mit verschiedenen Eingriffen am MuskelSkelettSystem und Bindegewebe						neu in 4.2

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
M10.1	Bleigicht	21	X64	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung		8	I02	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantation außer an der Hand		neu in 4.2
M10.1	Bleigicht					8	I20	Eingriffe am Fuß		neu in 4.2
						8	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien		neu in 4.2
M10.2	Arzneimittelinduzierte Gicht	21	X62	Vergiftungen/Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen		8	I02	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantation, außer an der Hand		neu in 4.2
						8	I20	Eingriffe am Fuß		neu in 4.2
						8	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien		neu in 4.2
N39.3	Streßinkontinenz					12	M64	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane		neu in 4.2
N48.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis	9						Der Kode A63.0 (anogenitale Warze) soll bei der Behandlung nicht als HD verschlüsselt werden, sondern die Lokalisation, was bisher in die Fehler-DRG 902 führte. Lösungsvorschlag: alle im Zusammenhang mit der operativen Behandlung stehenden OPS-Kodes, die bisher nicht in eine der operativen DRGs der MDCs 06,12 od. 13 führten, dort hizufügen.		
N88.8	Sonstige näher bez. nichtentzündliche Krankh. der Cervix uteri	9								
N89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vagina									
N90.8	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums									

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
N98.0	Infektion im Zusammenhang mit artifizieller Insemination	11	L67	Andere Krankheiten der Harnorgane		21	X63	Folgen einer medizinischen Behandlung		neu in 4.2
O61.0	Mißlungene medikamentöse Geburtseinleitung					14	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme		neu in 4.2 logischer Wechsel in O01, O02
O62.0	Primäre Wehenschwäche									
O62.4	Hypertone, unkoordinierte und anhaltende Uteruskontraktionen					14	O04Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit ORProzedur		neu in 4.2 nur, wenn in Kombination mit Z39.0x
O68.9	Komplikation bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distreß, nicht näher bezeichnet					14	O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur		
O73.0	Retention der Plazenta ohne Blutung					14	O04Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur		neu in 4.2 logischer Wechsel in O01, O02
O73.1	Retention von Plazenta- oder Eihautresten ohne Blutung					14	O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur		
O75.4	Sonstige Komplikationen bei geburtshilflichen Operationen und Maßnahmen									neu in 4.2
O75.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung									neu in 4.2
	Alle Diagnosen, welche nicht in O 00.00 bis O 99.8 gelistet sind	14	962Z	nicht anerkannte geburtshilfliche Diagnose						neu in 4.2

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
Q64.0	Epispadie	12	M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane		11	L67	Andere Krankheiten der Harnorgane		neu in 4.2
		13	N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung						neu in 4.2
		13	N05	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung						neu in 4.2
		13	N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung						neu in 4.2
		13	N62	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane						neu in 4.2
R68.1	Unspezifische Symptome im Kleinkindalter	19	U68Z	Psychische Störungen in der Kindheit		23	Z61	Beschwerden und Symptome		neu in 4.2
R73.9	Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet	23	Z61Z	Beschwerden und Symptome		10	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen		neu in 4.2

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
S01.81!	Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer Fraktur	21	W61Z	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe		21	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2
S01.82!	Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer Luxation	21	X60	Verletzungen		21	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2
S01.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung									
S11.81!	Offene Wunde (jeder Teil des Halses) mit Verbindung zu einer Fraktur									
S11.82!	Offene Wunde (jeder Teil des Halses) mit Verbindung zu einer Luxation									
S21.81!	Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer Fraktur									
S21.82!	Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer Luxation									
S21.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung									

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
S31.81!	Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer Fraktur	21	X60	Verletzungen		21	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2
S31.82!	Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer Luxation									
S31.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung									
S51.81!	Offene Wunde (jeder Teil des Unterarmes) mit Verbindung zu einer Fraktur									
S51.82!	Offene Wunde (jeder Teil des Unterarmes) mit Verbindung zu einer Luxation									
S61.81!	Offene Wunde (jeder Teil des Handgelenkes und der Hand) mit Verbindung zu einer Fraktur	21	W61Z	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe						

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
S61.82!	Offene Wunde (jeder Teil des Handgelenkes und der Hand) mit Verbindung zu einer Luxation	21	X02Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der Hand		21	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2
		21	X05Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand						
		21	X60	Verletzungen						
S71.81!	Offene Wunde (jeder Teil der Hüfte und des Oberschenkels) mit Verbindung zu einer Fraktur	21	W61Z	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe						
S71.82!	Offene Wunde (jeder Teil der Hüfte und des Oberschenkels) mit Verbindung zu einer Luxation	21	X01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomo-sierung oder Hauttransplan-tationen bei Verletzungen der unteren Extremität						
S81.81!	Offene Wunde (jeder Teil des Unterschenkels) mit Verbindung zu einer Fraktur	21	X04	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität						
S81.82!	Offene Wunde (jeder Teil des Unterschenkels) mit Verbindung zu einer Luxation	21	X60	Verletzungen						
S82.41	Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende	21		Verletzungen, Vergiftungen u. tox. Wirkungen von Drogen u. Medikamenten						
S91.81!	Offene Wunde (jeder Teil der Knöchelregion und des Fußes) mit Verbindung zu einer Fraktur	21	X60	Verletzungen						
S91.82!	Offene Wunde (jeder Teil der Knöchelregion und des Fußes) mit Verbindung zu einer Luxation									

Tab.1		**Entfernt aus**				**Hinzugefügt zu**				**Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar**
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.00!	Verbrennungen oder Verätzungen von weniger als 10 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y62	Andere Verbrennungen		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2
T31.10!	Verbrennungen oder Verätzungen von 10-19 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bez. Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.20!	Verbrennungen oder Verätzungen von 20-29 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	,								
T31.11!	Verbrennungen oder Verätzungen von 10-19 % der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y61Z	Schwere Verbrennungen		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für Y61

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.21!	Verbrennungen oder Verätzungen von 20-29 % der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y61Z	Schwere Verbrennungen		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für Y61
T31.30!	Verbrennungen oder Verätzungen von 30-39 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.31!	Verbrennungen oder Verätzungen von 30-39 % der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.22!	Verbrennungen oder Verätzungen von 20-29 % der Körperoberfläche: 20-29 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y01Z	Schwere Verbrennungen 3. Grades		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für Y01
T31.32!	Verbrennungen oder Verätzungen von 30-39 % der Körperoberfläche: 20-29 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y61Z	Schwere Verbrennungen						neu in 4.2 neue Logik für Y61
T31.33!	Verbrennungen oder Verätzungen von 30-39 % der Körperoberfläche: 30-39 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									

Tab.1		**Entfernt aus**				**Hinzugefügt zu**				**Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar**
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.40!	Verbrennungen oder Verätzungen von 40-49 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y61Z	Schwere Verbrennungen		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für Y61
T31.41!	Verbrennungen oder Verätzungen von 40-49 % der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.42!	Verbrennungen oder Verätzungen von 40-49 % der Körperoberfläche: 20-29 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.44!	Verbrennungen oder Verätzungen von 40-49 % der Körperoberfläche: 40-49 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.50!	Verbrennungen oder Verätzungen von 50-59 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.51!	Verbrennungen oder Verätzungen von 50-59 % der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.52!	Verbrennungen oder Verätzungen von 50-59 % der Körperoberfläche: 20-29 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y61Z	Schwere Verbrennungen		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für Y61
T31.53!	Verbrennungen oder Verätzungen von 50-59 % der Körperoberfläche: 30-39 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.54!	Verbrennungen oder Verätzungen von 50-59 % der Körperoberfläche: 40-49 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.55!	Verbrennungen oder Verätzungen von 50-59 % der Körperoberfläche: 50-59 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.60!	Verbrennungen oder Verätzungen von 60-69 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.61!	Verbrennungen oder Verätzungen von 60-69 % der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.62!	Verbrennungen oder Verätzungen von 60-69 % der Körperoberfläche: 20-29 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y61Z	Schwere Verbrennungen		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für Y61
T31.63!	Verbrennungen oder Verätzungen von 60-69 % der Körperoberfläche: 30-39 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.64!	Verbrennungen oder Verätzungen von 60-69 % der Körperoberfläche: 40-49 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.65!	Verbrennungen oder Verätzungen von 60-69 % der Körperoberfläche: 50-59 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.66!	Verbrennungen oder Verätzungen von 60-69 % der Körperoberfläche: 60-69 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.70!	Verbrennungen oder Verätzungen von 70-79 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.71!	Verbrennungen oder Verätzungen von 70-79 % der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y61Z	Schwere Verbrennungen		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für Y61
T31.72!	Verbrennungen oder Verätzungen von 70-79 % der Körperoberfläche: 20-29 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.73!	Verbrennungen oder Verätzungen von 70-79 % der Körperoberfläche: 30-39 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.74!	Verbrennungen oder Verätzungen von 70-79 % der Körperoberfläche: 40-49 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.75!	Verbrennungen oder Verätzungen von 70-79 % der Körperoberfläche: 50-59 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y01Z	Schwere Verbrennungen 3. Grades		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für DRG Y01
T31.76!	Verbrennungen oder Verätzungen von 70-79 % der Körperoberfläche: 60-69 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.77!	Verbrennungen oder Verätzungen von 70-79 % der Körperoberfläche: 70-79 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.80!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y01Z	Schwere Verbrennungen 3. Grades		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für DRG Y61
T31.81!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.82!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: 20-29 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.83!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: 30-39 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.84!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: 40-49 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.85!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: 50-59 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.86!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: 60-69 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y01Z	Schwere Verbrennungen 3. Grades		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für DRG Y61
T31.87!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: 70-79 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.88!	Verbrennungen oder Verätzungen von 80-89 % der Körperoberfläche: 80-89 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.90!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: Weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil von Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.91!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 10-19 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.92!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 20-29 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									

Tab.1		**Entfernt aus**				**Hinzugefügt zu**				**Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar**
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.93!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 30-39 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y01Z	Schwere Verbrennungen 3. Grades		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für DRG Y61
T31.94!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 40-49 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.95!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 50-59 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T31.96!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 60-69 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	,								
T31.97!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 70-79 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T31.98!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 80-89 % Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades	22	Y01Z	Schwere Verbrennungen 3. Grades		22	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 neue Logik für DRG Y61
T31.99!	Verbrennungen oder Verätzungen von 90 oder mehr Prozent der Körperoberfläche: 90 % oder mehr Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades									
T83.4	Mechanische Komplikation durch sonstige Prothesen, Implantate oder Transplantate im Genitaltrakt	11	L67	Andere Krankheiten der Harnorgane		12	M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane		neu in 4.2
						13	N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung		neu in 4.2
						13	N05	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung		neu in 4.2
						13	N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung		neu in 4.2
T83.4	Mechanische Komplikation durch sonstige Prothesen, Implantate oder Transplantate im Genitaltrakt	11	L67	Andere Krankheiten der Harnorgane	T83.4	13	N62	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane		neu in 4.2

Tab.1		**Entfernt aus**				**Hinzugefügt zu**				**Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar**
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
T83.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	11	L67	Andere Krankheiten der Harnorgane		12	M62	Infektion/Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane		neu in 4.2
						13	N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung		neu in 4.2
						13	N05	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung		neu in 4.2
						13	N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung		neu in 4.2
T83.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	11	L67	Andere Krankheiten der Harnorgane		13	N61Z	Infektion/Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane		neu in 4.2
Z06						18	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2 nur in der australischen Version existent!

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

Tab.1		Entfernt aus				Hinzugefügt zu				Änderungs-zeitpunkt/ Kommentar
ICD	**Wortlaut**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	**MDC**	**DRG**	**Wortlaut**	**Tabelle**	
Z11.-	Spezielles Screening auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	23	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		23	Z64	Andere Faktoren die den Gesund-heitszustand beeinflussen		neu in 4.2 in der australischen Version wird die Z11, Z12 und Z13 noch weiter unterteilt
Z12.-	Spezielles Screening auf Neubildungen									
Z13.-	Spezielles Screening auf sonstige Krankheiten oder Störungen									
Z34.-	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	14	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		14	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme		neu in 4.2 in der australischen Version wird die Z34 noch weiter unterteilt
						14	962Z	Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination		
Z35.-	Überwachung einer Risikoschwangerschaft									neu in 4.2 in der australischen Version wird die Z35 noch weiter unterteilt
Z51.5	Palliativbehandlung	23	Z63	Andere Nachbehandlung		23	961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		neu in 4.2

Anhang:
Änderungen in der Version 5.0 der AR-DRGs, sortiert nach DRG bzw. MBS (australischer Prozedurenkode

11.2 Zusammenfassung der Änderungen in der AR-Version, sortiert nach DRG bzw. MBS

DRG / MBS	Text	Vorgang	Bemerkung	Referenz
DRG A02Z	Transplantation multipler Organe	gelöscht		Rec PRE.A02.01
DRG A03Z	Lung or Heart/Lung Transplant	umbenannt		Rec PRE.A02.01
DRG A09 A/B	Renal Transplant W / W/O Pancreas Transplant	neu	nimmt auf aus DRG L01 + DRG A02Z	Rec PRE.A02.01
DRG A04Z	Knochenmarktransplantation	gelöscht		Rec PR.A04.01
DRG A07	Allogenic Bone Marrow Transplant	neu		Rec PR.A04.01
DRG A08 A/B	Autologus Bone Marrow Transplant	neu		Rec PR.A04.01
DRG B70	Apoplex		Splitting nur noch nach PCCL + ICD-10 R13, J12	Rec 01.B70.01
DRG G40	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei großen Erkrankungen des Verdauungstraktes	gelöscht		Rec 06.G40.01
DRG G41	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei kleinen Erkrankungen des Verdauungssystems	gelöscht		Rec 06.G40.01
DRG G46	Complex therapeutic Gastroscopy	neu	Splitting, C erfasst Tagesfälle	Rec 06.G40.01
DRG H03	Cholezystektomie bei DHC-Verschluss	gelöscht		Rec 07.H03.01
DRG H04	Cholezystektomie ohne DHC-Verschluss	gelöscht		Rec 07.H03.01
DRG H07	Open Cholecystectomie	neu		Rec 07.H03.01
DRG H08	Laparoscopic Cholecystectomie	neu		Rec 07.H03.01
DRG I29	Knee Reconstruction Or Revision	neu		Rec 08.I18.01
DRG I18	Other Knee Procedures	umbenannt		Rec 08.I18.01
DRG I22	Große OPs am Handgelenk, der Hand oder dem Daumen	gelöscht		Rec 08.I26.01
DRG I26	Andere OPs an Hand oder Handgelenk	gelöscht		Rec 08.I26.01
DRG I30	Hand Procedures	neu		Rec 08.I26.01
DRG I62	Becken- und Schenkelhalsfrakturen	gelöscht		Rec 08.I60.01
DRG I77 A/B	Beckenfrakturen	neu	Splitting ab PCCL > 2	Rec 08.I60.01
DRG I78 A/B	Schenkelhalsfrakturen	neu	Splitting ab PCCL > 2	Rec 08.I60.01
DRG I60	Oberschenkelschaftfrakturen	umbenannt		Rec 08.I60.01

Anhang

Liste zu verschiebender Diagnosen

DRG / MBS	Text	Vorgang	Bemerkung	Referenz
DRG I61	distale Oberschenkelfrakturen	umbenannt		Rec 08.I60.01
DRG J14Z	Major Breast Reconstruction	neu		Rec 09.J06.01
DRG O62	Drohender Frühabort	gelöscht		
DRG O65	Andere Erkrankungen in der Schwangerschaft	gelöscht		
DRG O66	Antenatal and Other Obstetric Admission	neu		
DRG O02	Vaginal Delivery with O.R. Procedure	umbenannt		
DRG O05	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	neue Nummer, alt: O40		
DRG 962Z	Unakzeptable Diagnosekombination (Geburtshilfe)	gelöscht		Rec 14.O60.01
DRG S61	ZNS-Erkrankung aufgrund von HIV	gelöscht		Rec 18.S61.01
DRG S62	Malignom aufgrund von HIV	gelöscht		Rec 18.S61.01
DRG S63	Infektion aufgrund von HIV	gelöscht		Rec 18.S61.01
DRG S65 A/B/C	HIV Related Dieseases	neu		Rec 18.S61.01
MBS 90205-01	Heart and lung transplantation		führt in DRG A03Z	Rec PRE.A02.01
MBS 13706-00	Allogeneic bone marrow transplantation without purging		führt in DRG A07	Rec PR.A04.01
MBS 13706-06	Allogeneic bone marrow transplantation with purging		führt in DRG A07	Rec PR.A04.01
MBS 13706-09	Allogeneic bone marrow or stem cell transplantation, other donor, without in vitro processing		führt in DRG A07	Rec PR.A04.01
MBS 13706-10	Allogeneic bone marrow or stem cell transplantation, other donor, with in vitro processing		führt in DRG A07	Rec PR.A04.01
MBS 30294-01	Laryngopharyngectomy and plastic reconstruction		führt in DRG A06Z, nicht mehr in DRG D02 oder E02	Rec PR.A06.01
MBS 90179-03	Management of endotracheal intubation – single lumen		führt in DRG A41Z	Rec PR.A41.01
MBS 90179-04	Management of endotracheal intubation – double lumen		führt in DRG A41Z	Rec PR.A41.01
MBS 92035-01	Management of other intubation respiratory tract		führt in DRG A41Z	Rec PR.A41.01
MBS 30454-01	Cholecystectomy with choledochotomy		führt in DRG H02	Rec 07.H03.01
MBS 30455-00	Cholecystectomy with choledochotomy		führt in DRG H02	Rec 07.H03.01

DRG / MBS	Text	Vorgang	Bemerkung	Referenz
MBS 49539-00	Arthroscopic reconstruction of knee		führt in DRG I29	Rec 08.I18.01
MBS 49539-01	Reconstruction of knee		führt in DRG I29	Rec 08.I18.01
MBS 49542-00	Arthroscopic reconstruction of cruciate ligament of knee with repair of meniscus		führt in DRG I29	Rec 08.I18.01
MBS 49542-01	Reconstruction of cruciate ligament of knee with repair of meniscus		führt in DRG I29	Rec 08.I18.01
MBS 50417-00	Reconstruction of knee involving transfer of fibula or tibia and repair of quadriceps mechanism		führt in DRG I29	Rec 08.I18.01
MBS 45530-00	Reconstruction of breast using myocutaneous flap		führt in DRG J14Z	Rec 09.J06.01
MBS 45530-01	Reconstruction of breast using omental flap		führt in DRG J14Z	Rec 09.J06.01
MBS 45533-00	Reconstruction of breast using breast sharing technique, 1st stage		führt in DRG J14Z	Rec 09.J06.01
MBS 45536-00	Reconstruction of breast using breast sharing technique, 2nd stage		führt in DRG J14Z	Rec 09.J06.01
MBS 30393-00	Laparoscopic division of abdominal adhesions		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 30572-00	Laparoscopic appendicectomy		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 35637-10	Laparoscopic excision of lesion of pelvic cavity		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 35723-00	Laparoscopic pelvic and abdominal lymph node sampling for staging of gynaecological malignancy		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 35723-02	Laparoscopic para-aortic lymph node sampling for staging of gynaecological malignancy		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36579-00	Laparoscopic partial ureterectomy		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36585-00	Laparoscopic transplantation of ureter into skin, unilateral		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36585-02	Laparoscopic transplantation of ureter into skin, bilateral		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36594-00	Laparoscopic transplantation of ureter into intestine, unilateral		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03

DRG / MBS	Text	Vorgang	Bemerkung	Referenz
MBS 36594-02	Laparoscopic transplantation of ureter into intestine, bilateral		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36597-00	Laparoscopic transplantation of ureter into other ureter		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36615-00	Laparoscopic ureterolysis		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36615-02	Laparoscopic ureterolysis with repositioning of ureter		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36618-00	Laparoscopic reduction ureteroplasty		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36806-01	Endoscopic diathermy of ureter		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36811-00	Endoscopic insertion of urethral prosthesis		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36836-00	Endoscopic biopsy of bladder		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36848-00	Endoscopic resection of ureterocele		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36854-03	Endoscopic resection of external sphincter		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 36806-02	Endoscopic extraction of ureteric calculus via ureteroscopy		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37000-00	Laparoscopic partial excision of bladder		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37004-00	Laparoscopic repair of ruptured bladder		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37004-01	Other laparoscopic repair of bladder		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37020-00	Laparoscopic excision of bladder diverticulum		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37023-00	Laparoscopic closure of cutaneous vesical fistula		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37029-00	Laparoscopic closure of vesicovaginal fistula		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37038-00	Laparoscopic closure of vesicointestinal fistula		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37053-00	Laparoscopic bladder transection and re-anastomosis to trigone		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37318-02	Endoscopic fragmentation or extraction of urethral calculus		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03
MBS 37318-03	Endoscopic fragmentation or extraction of urethral calculus using laser		führt in DRG N08, nicht mehr in N11	Rec 13.N08.03

11.3 Änderungen in der AR-DRG-Version 5.0

Ergebnisse aus einer Analyse der Recommendation Summary des australischen Gesundheitsministeriums

Rec PRE.A02.01

Die DRGs A02Z (Multiorgantransplantation) und L01 (Nierentransplantation) werden gelöscht.

Die DRG A03Z (Lungentransplantation) wird umbenannt in Lung or Heart/Lung Transplant

Es wird eine neue, gesplittete Pre-MDC-DRG A09A / A09B geschaffen. In diese DRG werden Nierentransplantationen (bisher DRG L01) sowie Nieren- und Pankreastransplantationen (bisher DRG A02Z) gruppiert:

- A09A Renal Transplant W Pancreas Transplant or Catastrophic CC (PCCL=4)
- A09B Renal Transplant W/O Pancreas Transplant W/O Catastrophic CC

Der Prozedurenkode 90205-01 (Heart and lung transplantation) führt zukünftig in die DRG A03Z.

Begründung:

- 82% der multiplen Organtransplantationen 1999/2000 waren Nieren-/Pankreastransplantationen. Multiple Transplantationen, die kardiothorakale Transplantationen beinhalten, führen zu weitaus höheren Kosten, als andere multiple Transplantationen.
- Die geringen Fallzahlen für multiple Transplantationen mit kardiothorakalen Transplantationen rechtfertigen keine eigene DRG (nur 4 Fälle im Commonwealth 99/00).
- Nieren- und Pankreastransplantationen führen nicht zu signifikant höherer VWD und Kosten gegenüber der alleinigen Nierentransplantation

Rec PR.A04.01

DRG A04Z (Knochenmarktransplantation) wird gelöscht.

Zukünftig wird die Knochenmarktransplantation getrennt nach autologer und allogener KMT in zwei separaten DRGs erfasst.

- DRG A07: Allogenic Bone Marrow Transplant
- DRG A08A: Autologus Bone Marrow Transplant W Catastrophic CC
- DRG A08B: Autologus Bone Marrow Transplant W/O Catastrophic CC

Die folgenden Prozedurenkodes führen zukünftig in die DRG A07:

- 13706-00 Allogenic bone marrow transplantation without purging
- 13706-06 Allogenic bone marrow transplantation with purging
- 13706-09 Allogenic bone marrow or stem cell transplantation, other donor, without in vitro processing
- 13706-10 Allogenic bone marrow or stem cell transplantation, other donor, with in vitro processing

Begründung:

- allogene KMTs sind signifikant teurer und haben eine längere Verweildauer als autologe KMTs

Rec PR.A06.01

Der Prozeduren-Kode 30294-01 (Laryngopharyngectomy and plastic reconstruction) führt künftig in die AR-DRG A06Z (Tracheostomie und/oder Langezeitbeatmung; jedes Alter; jeder Zustand) und nicht mehr in die DRGs D02 (Eingriffe an Kopf und Hals) oder E02 (Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen).

Begründung:

- diese OP impliziert die Durchführung einer Tracheostomie
- Die Kosten der (wenigen) Fälle in den DRGs A06Z und D02 sind annähernd identisch.
- Die Fallzahl ist zu gering, um die Kostenhomogenität beider DRGs zu verändern.

Rec PR.A41.01

Die Prozedurenkodes 90179-03 (Management of endotracheal intubation – single lumen), 90179-04 (Management of endotracheal intubation – double lumen) und 92035-01 (Management of other intubation respiratory tract) führen künftig auch in die DRG A41Z (Intubation; Alter <16).

Begründung:

- Es gibt pädiatrische Patienten, welche einer andauernden nasopharyngealen Beatmung aufgrund ihrer respiratorischen Situation bedürfen und welche weder die Kriterien der Tracheostomie-DRG noch den Kriterien der kontinuierlichen mechanischen Beatmung > 96 Stunden erfüllen. Diese Patienten gruppieren nicht in die neonatalen DRGs und sind i. d. R. jünger als 15 Jahre.
- Sehr geringe Fallzahl, keine Auswirkungen auf Kosten und VWD.

Rec 01.B02.01

Die Prozedurenkodes 39703-00 (Biopsy of brain via burr holes), 39703-02 (Biopsy of cerebral meninges via burr holes) und 40903-01 (Biopsy of brain via neuroendoscopy) führen künftig als OR-Prozeduren in die DRG B02 (Kraniotomie).

Begründung:

- uneinheitliches Vorgehen bei der Klassifikation der o. g. und ähnlicher Prozeduren in OR- und NON-OR-Prozeduren.
- Die ähnlichen Prozeduren 39706-00 (Biopsy of brain via osteoplastic craniotomy) und 39706-02 (Biopsy of cerebral meninges via osteoplastic craniotomy) führen ebenfalls in die DRG B02.

Fallzahlen sind zu gering für statistische Auswertungen. Die durchschnittlichen Kosten derjenigen Fälle, die bisher in medizinische DRGs gruppiert wurden, stimmen jedoch mit den Fällen aus der DRG B02 überein.

Rec 01.B03.01

Der Prozeduren-Kode 90008-00 (Removal of lumbar cerebrospinal fluid drain) ist künftig keine OP-Prozedur mehr und wird bei den folgenden DRGs entfernt:

- DRG B03: OPs am Rückenmark
- DRG I10: Andere OPs an Rücken und Hals
- DRG R01: Große OPs bei Lymphomen und Leukämie
- DRG W04: Andere OPs bei Polytrauma

Begründung:

- Inkonsistenz innerhalb der Prozedurenliste der ICD-10-AM

Rec 01.B41.2.

Die Beschreibung der DRG B41Z wird geändert in „Telemetric EEG Monitoring“.

Rec 01.B60.02

Die Pre-MDC-DRG für Patienten mit der Haupt- oder Nebendiagnose einer Paraplegie wird beibehalten. Die Beschreibung wird geändert in „Established Paraplegia/ Quadriplegia W or W/O O.R. Procedures“.

Rec 01.B63.01

Die Diagnosekodes F04.00, F04.01, und F04.02 wandern von der Basis-DRG B63 (Dementia & Other Chronic Disturbances of Cerebral Function) in die DRG B64 (Delirium).

F04.03 (Post traumatic amnesia, >= 14 days, verbleibt in der Basis-DRG B63.

Rec 01.B64.01

Der ICD-10-Kode F05.1 (Senile Demenz mit akuter Verwirrtheit, Delir bei Demenz) führt zukünftig nicht mehr in die DRG B64Z (Delirium), sondern in die DRG B63Z (Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion).

Begründung:

- medizinisch: Delirium ist eine vorübergehendes Krankheitsbild, Demenz dagegen ein anhaltender Zustand.
- ökonomisch: Kosten und Verweildauern für Delirium und Demenz weichen deutlich voneinander ab (9.8 : 17,8 Tage).

Rec 01.B70.01

Die Basis-DRG B70 (Apoplexie) soll zukünftig nur noch aufgrund des PCCL gesplittet werden. Prozeduren und andere Diagnosen **bis auf R13 (Dysphagie)** (PCCL2) **und J12.-**

(virale Pneumonien) (PCCL3) haben keinen Einfluss mehr auf die Gruppierung in der gesplitteten DRG.

Begründung:

- da der PCCL gruppierungsrelevant ist, ist die zusätzliche Berücksichtigung von Diagnosen außer R13 und J12.- als überflüssig. Diese beiden Diagnosen werden als signifikante Komplikationen eines Apoplex angesehen.

Rec 01.B76.01

Die gesplittete Basis-DRG B76 (Anfälle) wird künftig nur noch anhand des PCCL (>2) gesplittet. Das Patientenalter (<3 Jahre) wird nicht mehr berücksichtigt.

Begründung:

- Patienten im Alter von <3 Jahren verursachen deutlich niedrigere Kosten und haben niedrigere Verweildauern als ältere Patienten in der DRG B76A, welche aufgrund eines PCCL>2 in diese DRG gruppiert wurden.
- Die verursachten Kosten und Verweildauern sind denen in der DRG B76B ähnlich.

Rec 01.B81.01

Der ICD-Kode R90.0 (Intrakranielle Raumforderung) führt künftig nicht mehr in die DRG J67 (Leichte Hauterkrankungen), sondern in die DRG B81 (Andere Erkrankungen des Nervensystems).

Begründung:

- aufgrund unspezifischer Kodiermöglichkeiten in der ICD-9 und der AN-DRG-Version 3.1 kam es zu einer Gruppierung in die DRG J67.

Rec 02.C03.01

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nicht mehr in die DRG C03Z (Eingriffe an der Retina), sondern in die DRG C02Z (Enukleationen und Eingriffe an der Orbita):

> 42542-01: Exploratory orbitotomy anterior aspect, with removal of foreign body

> 42543-01: Exploratory orbitotomy retrobulbar aspect, with removal of foreign body

> 42539-01: Exploratory orbitotomy with removal of foreign body, requiring removal and replacement of bone

Begründung:

- Veränderung aufgrund klinischer Aspekte
- Fallzahl zu gering, um Kosten- und VWD-Veränderungen zu verursachen

Rec 02.C03.03

Der Prozedurenkode 42809-00 (Destruction of retina by photocoagulation) ist künftig eine OP-Prozedur und führt im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode in die DRG C03Z (Eingriffe an der Retina).

Begründung:

- Die bisherige Gruppierung erfolgt in medizinische DRGs. Hier ist die durchschnittliche VWD deutlich länger, als bei den Patienten mit o. g. Prozedur.
- Die Patienten mit o. g. Prozedur verursachen durchschnittlich etwas geringere Kosten als die Durchschnittskosten der DRG C03Z.

Rec 02.C06.01

Die DRGs C06Z (Komplexe Eingriffe bei Glaukom) und C07Z (Andere Eingriffe bei Glaukom) werden gelöscht.

Die neue DRG C15 (Glaucoma and Complex Cataract Procedures) wird eingeführt, inklusive eines Splittings für Tagesfälle.

Begründung:

- C06Z und C07Z unterscheiden sich hinsichtlich verursachter Kosten und Verweildauer nicht wesentlich voneinander.

Rec 02.C08.01

Die DRGs C08Z (Große Eingriffe an der Linse) und C09Z (Andere Eingriffe an der Linse) werden zusammengefasst. Angaben, welche der beiden DRGs gestrichen wird und ob es zu einer Namensänderung bei der verbleibenden DRG kommt, fehlen.

Begründung:

- Die durchschnittlichen Kosten beider DRGs unterscheiden sich nicht signifikant.
- Ein späteres Splitting der zusammengefassten DRG scheint sinnvoll (z.B. Tagesfälle).

Rec 02.C09.01

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nicht mehr in die DRG C09Z (Andere Eingriffe an der Linse), sondern in die DRG C12Z (Andere Eingriffe an Kornea; Sklera; Konjunktiva):

- 42644-02: Removal of embedded foreign body from sclera
- 30061-03: Removal of superficial foreign body from sclera

Begründung:

- Fehlerhafte Gruppierung aufgrund mangelnder Differenzierung in AR-DRG Version 4
- Bezogen auf Kosten und VWD passen die neu gruppierten Fälle gut in die DRG C12Z

Anhang
Kommentierung der Änderungen AR-DRGs, Version 5.0

Rec 02.C09.02

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nicht mehr in die DRG C09Z (Andere Eingriffe an der Linse), sondern in die DRG C03Z (Eingriffe an der Retina):

> 42731-00: Capsulectomy of lens by posterior chamber sclerotomy with removal of vitreous

> 42731-01: Extraction of crystalline lens by posterior chamber sclerotomy with removal of vitreous

Begründung:

- Glaskörperentfernungen unterschiedlicher Art und Weise führen in die DRG C03Z. Wird zusätzlich eine Prozedur an der Linse durchgeführt, so erfolgte bisher jedoch eine Gruppierung in die weniger aufwändige DRG C09Z.
- Durch die Umgruppierung erhöhen sich die Durchschnittskosten der DRG C03Z geringfügig.

Rec 02.C10.01

Der Prozedurenkode 42830-00 (Injection of botulinus toxin for strabismus) wird künftig eine OP-Prozedur und führt im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nun in die DRG C10Z (Eingriffe bei Strabismus).

Begründung:

- sowohl unter medizinischen wie ökonomischen Aspekten ist die Gruppierung in die DRG C10Z sinnvoller

Rec 02.C14.01

Der Prozedurenkode 90090-00 (Severing of blepharorrhaphy) wird künftig eine

OP-Prozedur und führt im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nun in die DRG C14Z (Andere Eingriffe am Auge).

Begründung:

- Veränderung aufgrund klinischer Aspekte
- Fallzahl zu gering, um Kosten- und VWD-Veränderungen zu verursachen

Rec 02.C14.02

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nicht mehr in die DRG C14Z (Andere Eingriffe am Auge), sondern in die DRG C12Z (Andere Eingriffe an Kornea; Sklera; Konjunktiva):

> 42644-01: Removal of embedded foreign body from cornea by magnet

> 42644-04: Removal of embedded foreign body from cornea

Begründung:

- Veränderung aufgrund klinischer Aspekte
- Die umgruppierten Patienten verursachen ähnliche Durchschnittskosten wie die Patienten in DRG C12Z.

Rec 03.D02.01

Die folgenden Prozedurenkodes führen künftig nicht mehr in die DRG D08Z(I.) (Eingriffe an Mundhöhle und Mund) bzw. D12Z(II.) (Andere Eingriffe im HNO-Bereich), sondern in die Basis-DRG D02 (Eingriffe an Kopf und Hals)

I. **30275-00** Radical excision of intra-oral tumour

II. **30294-00** Cervical oesophagectomy
30325-00 Excision of lymph node of neck
30535-00 Oesophagectomy by abdominal and transthoracic mobilisation, with thoracic oesophagogastric anastomosis
30536-00 Oesophagectomy by abdominal and transthoracic mobilisation, with cervical oesophagogastric anastomosis
30536-01 Oesophagectomy by abdominal and transthoracic mobilisation, with cervical oesophagostomy
30541-00 Transhiatal oesophagectomy by abdominal and cervical mobilisation, with oesophagogastric anastomosis
30541-01 Transhiatal oesophagectomy by abdominal and cervical mobilisation, with oesophagojejunal anastomosis
30545-00 Oesophagectomy by abdominal and thoracic mobilisation with thoracic anastomosis, large intestine interposition and anastomosis
30545-01 Oesophagectomy by abdominal and thoracic mobilisation with thoracic anastomosis using Roux-en-Y reconstruction

30550-00 Oesophagectomy by abdominal and thoracic mobilisation with cervical anastomosis, large intestine interposition and anastomosis
30550-01 Oesophagectomy by abdominal and thoracic mobilisation with cervical anastomosis using Roux-en-Y reconstruction
30554-00 Oesophagectomy with reconstruction by free jejunal flap
30554-01 kein Eintrag
30559-01 Local excision of lesion of oesophagus
30560-00 Repair of oesophageal perforation
30606-00 Oesophageal transection via stapler
32703-00 Resection of carotid artery with re-anastomosis
34148-00 Resection of carotid body tumour 4cm or less in diameter
34148-01 Resection of carotid body tumour 4 cm or less in diameter with repair of carotid arteries
34151-00 Resection of carotid body tumour 5cm or more in diameter
34151-01 Resection of carotid body tumour 5cm or more in diameter with repair of carotid arteries
34154-00 Resection of recurrent carotid body tumour
34154-01 Resection of recurrent carotid body tumour with repair of carotid arteries
35003-00 Cervical surgical sympathectomy
35003-01 Thoracic surgical sympathectomy
35006-00 Cervical surgical sympathectomy, re-operation
35006-01 Thoracic surgical sympathectomy, re-operation
38453-08 Repair of trachea, intrathoracic approach
39112-00 Intracranial decompression of other cranial nerve
41569-00 Intracranial decompression of facial nerve
41599-00 Exploration of internal auditory meatus with decompression of cranial nerve
41770-00 Removal of pharyngeal pouch
41770-01 Cricopharyngeal myotomy with removal of pharyngeal pouch
41773-00 Endoscopic resection of pharyngeal pouch
41776-00 Cricopharyngeal myotomy
41776-01 Cricopharyngeal myotomy with inversion of pharyngeal pouch
41779-00 Pharyngotomy
41782-00 Partial pharyngectomy
41785-00 Partial pharyngectomy with partial glossectomy
41785-01 Partial pharyngectomy with total glossectomy - wird nicht gemappt
41843-01 Primary restoration of alimentary continuity following laryngopharyngectomy
41879-05 Repair of trachea, cervical approach, with tracheostomy
41879-06 Reconstruction of trachea and construction of artificial larynx
43903-00 Replacement of oesophagus using intestine, paediatric
43906-00 Partial resection of oesophagus with anastomosis, paediatric
43906-01 Total resection of oesophagus with anastomosis, paediatric
45716-00 Pharyngoplasty
45716-01 Pharyngeal flap
45776-00 Intracranial correction of orbital dystopia
90954-00 Other reconstruction of oesophagus

Begründung:

- aus medizinischer Sicht passen die o. g. Prozeduren besser in die DRG D02 als in die D08Z bzw. D12Z

- Die Patienten, bei denen o.g. Prozeduren durchgeführt wurden, verursachten deutlich höhere Kosten, als der Durchschnitt in der DRG D08Z/D12Z. Sowohl die Kosten als auch die Verweildauern sind den Fällen der Basis-DRG D02 ähnlicher.

Rec 03.D02.02

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nicht mehr in die Basis-DRG D02 (Eingriffe an Kopf und Hals), sondern in die DRG D12Z (Andere Eingriffe im HNO-Bereich):

> 41674-02: Cauterisation or diathermy of pharynx

> 41813-01: Removal of pharyngeal cyst

> 45018-00: Dermis graft

> 45018-01: Dermofat graft

> 90568-00: Incision of muscle, not elsewhere classified

Der Prozedurenkode 45206-02 (Simple and small local skin flap of lip) führt künftig im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode in die DRG D14Z (Mouth and Salivary Gland Procedures):

Begründung:

- Durchschnittliche VWD und Kosten passen besser in D12Z bzw. D14Z
- Durchschnittliche VWD und Kosten der D02A und B steigen leicht an

Rec 03.D03.01

Jede Diagnose „Lippen-Gaumenspalte“ mit entsprechendem operativen Prozedurenkode führt künftig in die DRG D03Z (Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte). Ferner führen künftig auch die ICD-Kodes Q38.- (Sonstige angeborene Fehlbildungen der Zunge und des Mundes) verbunden mit einer entsprechenden Prozedur in die DRG D03Z.

Begründung:

- sehr geringe Fallzahlen

- die umgruppierten Patienten hatten geringere Kosten und ähnliche VWD als die durchschnittlichen Patienten in der DRG D03Z.

Rec 03.D04.01

Der Prozedurenkode 53224-00 (Exploration of temporomandibular joint with condylectomy or condylotomy) führt künftig im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nicht mehr in die DRG D12Z (Andere Eingriffe im HNO-Bereich), sondern in die Basis-DRG D04 (Operationen am Oberkiefer).

Begründung:

- sehr geringe Fallzahlen
- die umgruppierten Patienten passen bezüglich der Kosten besser in die Basis-DRG D04.

Rec 03.D05.01

Die DRG D05Z (Sialoadenektomie) wird umbenannt in „Parotid Gland Procedures“.

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode in die DRG D05Z:

- 30247-00 Total excision of parotid gland
- 30250-00 Total excision of parotid gland with preservation of facial nerve
- 30253-00 Partial excision of parotid gland
- 45033-01 Excision of vascular anomaly of parotid gland
- 52148-00 Microsurgical repair of parotid duct

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode nicht mehr in die DRG D05Z, sondern in die neue DRG D14Z (Mouth and Salivary Gland Procedures): **(siehe auch Rec 03.D07.01)**

- 30256-00 Total excision of submandibular gland

- 30259-00 Total excision of sublingual gland

Begründung:

- OPs an der Parotis sind kosten- und zeitintensiver als solche an der Gl. submandibularis oder sublingualis
- Dieses Prozedere wird empfohlen, obwohl die Kosten bei OPs an der Gl. submandibularis oder sublingualis niedriger als solche bei Parotis-OPs, jedoch höher als die Durchschnittskosten in der DRG D14Z sind.

Rec 03.D07.01

Die DRGs D07Z (Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Sialoadenektomie) und D08Z (Eingriffe an Mundhöhle und Mund) werden gelöscht.

Die neue DRG D14Z (Mouth and Salivary Gland Procedures) wird eingerichtet.

Begründung:

- D07Z und D08Z unterscheiden sich hinsichtlich verursachter Kosten und Verweildauer nicht wesentlich voneinander.

Ferner werden die Prozeduren-Kodes 30256-00 (Total excision of submandibular gland) und 30259-00 (Total excision of sublingual gland) künftig nicht in die DRG D05Z (Sialoadenektomie), sondern in die neu geschaffene DRG D14Z führen. (siehe auch **Rec 03.D05.01**)

Rec 03.D09.01

Die Prozedurenkodes 41518-00 (Removal of exostosis from external auditory meatus) und 41870-00 (Injection of other substance into vocal cord) führen künftig zusammen mit einem entsprechenden ICD-Kode in die DRG D12Z (Andere Eingriffe im HNO-Bereich). Die genannten Prozedurenkodes werden jedoch nicht als OP-Prozeduren geführt.

Begründung:

- vor der Änderung fanden sich viele Patienten mit chirurgischen Prozeduren und der Prozedur 41518-00 in medizinischen DRGs, welche mit höheren Kosten bewertet sind, als die Patienten tatsächlich verursachen.
- die umgruppierten Patienten passen bezüglich der Kosten besser in die Basis-DRG D04.

Rec 03.D09.02

Die folgenden Prozeduren führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig nicht mehr in die DRG D09Z (Verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich), sondern in die DRG D10Z (Rhinoplastik):

- 41674-00 Cauterisation/diathermy nasal turbinates
- 41686-00 Surgical fracture nasal turbinates, unilateral
- 41686-01 Surgical fracture nasal turbinates, bilateral
- 41689-00 Partial turbinectomy, unilateral
- 41689-01 Partial turbinectomy, bilateral
- 41689-02 Total turbinectomy, unilateral
- 41689-03 Total turbinectomy, bilateral
- 41692-00 Submucous resection turbinate, unilateral
- 41692-01 Submucous resection turbinate, bilateral
- 41695-00 Turbinectomy by cryotherapie

Die Bezeichnung der Basis-DRG D10 wird geändert in „Nasal Procedures“.

Begründung:

- Derzeit gruppiert jeder Fall einer Turbinektomie und einer Nicht-OP-Prozedur in einer Fehler-DRG.
- Die Kostengewichte der DRGs D09Z und D10Z sind identisch.

Rec 03.D09.04

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig nicht mehr in die DRG D09Z (Verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich), sondern in die DRG D12Z (Andere Eingriffe im HNO-Bereich):

- 41873-00 Repair of laryngeal fracture

- 41876-00 Laryngofissure
- 41876-01 Laryngofissure with vocal cordectomy
- 41876-02 Laryngoplasty

Begründung:

- Die Kosten laryngealer Prozeduren sind höher als die durchschnittlichen Kosten der DRG 09Z
- Unter Kostenaspekten passen die laryngealen Prozeduren daher besser in die höher als die DRG D09Z bewertete DRG D12Z.

Rec 03.D09.05

Die Prozeduren 41879-00 (Laryngoplasty with tracheostomy, DRG D09) und 41879-05 (Repair trachea cerv appr w tracheostomy, DRG D12) sollten in die DRG A06Z wandern, sie wurden jedoch bereits in der ICD-10-AM Third Edition entfernt.

Rec 03.D66.01

Der ICD-10-Kode D18.05 (Hämangiom: Ohr, Nase, Mund und Rachen) führt künftig nicht mehr in die MDC 05-Basis-DRG F75 (Andere Krankheiten des Kreislaufsystems), sondern in die MDC 03-Basis-DRG D66 (Andere Krankheiten im HNO-Bereich).

Die Prozedurenkodes 45045-01 (Excision of arteriovenous malformation of nose) und 45027-01 (Injection into vascular anomaly) führen künftig auch in die DRG D12Z (Andere Eingriffe im HNO-Bereich)

Begründung:

- Die Kombination einer Hämangiom-Diagnose (D18.-) und einer der Prozeduren 45033-01 (Excision of vascular anomaly of parotid gland), 45033-02 (Excision of vascular anomaly of floor of mouth) und 45033-03 (Excision of vascular anomaly of tongue) führte in eine Fehler-DRG.
- Aufgrund der spezifischen Lokalisationsangabe der Hämangiome an Ohr, Mund und Rachen soll die Gruppierung in entsprechenden DRGs erfolgen. Bei Kosten und Verweildauern ergeben sich durch diese Umgruppierung keine wesentlichen Veränderungen.

Rec 04.NIV.01

Anhang
Kommentierung der Änderungen AR-DRGs, Version 5.0

Die neue DRG E41Z (Respiratory System Diagnosis W Non-invasive Ventilation) nimmt künftig Hauptdiagnosen der MDC 04 außer Schlafapnoe auf. Folgende Prozeduren führen ebenfalls in die neue DRG.

- 92038-00 Continous positive airway pressure (CPAP)
- 92039-00 Bi-level positive airway pressure (BiPAP)
- 92040-00 Intermittent positive pressure breathing (IPPB)
- 92041-00 Continous negative pressure ventilation (CNP)

Begründung:

- Patienten mit nicht-invasiver Beatmung (NIV). Innerhalb der DRGs, in welche diese Patienten bisher gruppiert wurden, existieren starke Kosten- und VWD-Heterogenitäten zwischen NIV-Patienten und den durchschnittlichen Kosten und VWD dieser DRGs.
- Eine generelle Eingruppierung von NIV-Patienten in die jeweils höher bewertete DRG, sofern diese gesplittet ist, würde die Kosten- und VWD-Heterogenitäten nicht wesentlich verändern.
- Die Nichtberücksichtigung der Schlaf-Apnoe-Patienten in der neuen DRG führt zu einer relativen Kosten- und VWD-Homogenität.
- Fälle mit Mukoviszidose, welche in die neue DRG gruppiert werden, werden wahrscheinlich höhere Durchschnittkosten verursachen als die übrigen Patienten in dieser DRG.

Rec 04.E02.01

Der Prozedurenkode 38418-01 (Biopsy of pleura) wird künftig den folgenden chirurgischen Basis-DRGs zugeordnet:

- E02 (Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen)
- D12 (Andere Eingriffe im HNO-Bereich)
- F21 (Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem)
- G12 (Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen)
- I12 (Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe)
- I28 (Andere Eingriffe am Bindegewebe)

Der Prozedurenkode 90169-00 (Endoscopic wedge resection of lung) wird künftig den folgenden chirurgischen Basis-DRGs zugeordnet:

- E02 (Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen)
- F21 (Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem)
- G12 (Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen)
- H06 (Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas)
- I12 (Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe)
- I28 (Andere Eingriffe am Bindegewebe)
- K09 (Andere OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechsel-störungen)

Begründung:

- eine offene Pleurabiopsie war bisher nicht als OP-Prozedur gekennzeichnet, demzufolge erfolgte die Eingruppierung in eine medizinische DRG. Würde jedoch der operative Zugang (Thorakotomie) für die Pleurabiopsie ebenfalls kodiert, so würde dies in die Basis-DRG E01 führen, für welche wesentlich höhere Kosten und Verweildauern kalkuliert wurden.
- Daher erscheint unter Kosten- und VWD-Gesichtspunkten die Eingruppierung in die Basis-DRG E02 in Abhängigkeit der Komplikationen und Komorbiditäten bzw. eine der o. g. weiteren DRGs am sinnvollsten.
- Ähnliches gilt für die thorakoskopische Keilresektion

Rec 04.E42.01

Die Prozedur 41898-01 (Fibreoptic bronchoscopy with biopsy) ist künftig keine OP-Prozedur mehr und führt nicht mehr in die Basis-DRG E02. Die Prozedur 41898-01 ist keine signifikante Prozedur mehr außerhalb der MDC 04.

Begründung:

- oft führte der Prozduren-Kode 41898-01 in Kombination mit einer Hauptdiagnose aus anderen MDCs in die Fehler-DRG 901Z.

Rec 04.E66.01

Anhang
Kommentierung der Änderungen AR-DRGs, Version 5.0

Der ICD-Kode S22.42 (Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen) gruppiert zukünftig nicht mehr in die Basis-DRG E75 (Andere Krankheiten der Atmungsorgane), sondern in die Basis-DRG E66 (Schweres Thoraxtrauma).

Begründung:

- Fehler beim Mapping von ICD-9 auf ICD-10. Alle Kodes S22.4x außer S22.42 führen zur Basis-DRG E66. Alle Kodes S22.4x haben den gleichen CCL.

Rec 05.F10.01

In den DRGs F10Z, F15Z und F16Z werden die Beschreibungen „Percutaneus Coronary Angioplasty …." In „Percutaneus Coronary Intervention…." geändert.

Hintergrund:

Die Prozedurenlisten für die DRGs F10Z, F15Z und F16Z schließen offene Prozeduren mit ein.

Rec 05.F11.01

Die folgenden Prozedurenkodes

- 50233-00 Hindquarter amputation for malignant tumour
- 50236-00 Amputation at hip for malignant tumour
- 50236-02 Amputation of proximal third of femur for malignant tumour
- 50239-00 Amputation of sites not elsewhere classified, for malignant tumour

führen künftig nicht mehr in die Basis-DRG F11 (Amputation bei Kreislauferkrankungen außer obere Extremität und Zehen) sondern nur noch in die DRG I07Z (Amputation).

Begründung:

- Grunderkrankung ist ein Malignom und keine Kreislaufsystemerkrankung

Rec 05.F12.01

Die Hierarchie innerhalb der chirurgischen Basis-DRGs wird verändert. Es gilt folgende Reihenfolge:

> F11 Amputation; aufgrund von Kreislaufsystemerkrankungen; außer obere Extremitäten und Zehen

> F12 Herzschrittmacherimplantation

> F10 Perkutane Koronarangiographie; bei akutem Herzinfarkt

Begründung:

- Patienten mit PTCA und gleichzeitiger SM-Implantation wurde bisher in die DRG F10Z und nicht in die DRG F12Z gruppiert. Die DRG F12Z ist jedoch wesentlich höher bewertet.
- Die Basis-DRG F11 hat ein höheres Kostengewicht als F10Z und F12Z und sollte daher in der Hierarchie vor den beiden anderen DRGs platziert werden.

Rec 05.F14.01

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig auch in die Basis-DRG F14 (Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine):

> 45033-06: Excision of vascular anomaly of other site, deep

> 45035-00: Excision of vascular anomaly of other site, large and deep

Begründung:

- Die Kombination eines ICD-Kodes der Gruppe D18.- (Hämangiom und Lymphangiom) mit einer der beiden o. g. Prozedurenkodes führte bislang in die Fehler-DRG 901Z.
- Durchschnittliche Kosten und VWD sind denen in der Basis-DRG F14 ähnlich.

Rec 05.F19.01

Die ICD-10-AM Third Edition-Kodes für „Cardiac ablation procedures with radiofrequency (38287-00 und 38290-00) wandern von der DRG F19Z in die Basis-DRG F21.

Anhang
Kommentierung der Änderungen AR-DRGs, Version 5.0

Rec 05.F21.01

Der Prozedurenkode 30023-00 (Excisional debridement of wound of soft tissue) führt im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig auch in die Basis-DRG F21 (Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem).

Begründung:

- Patienten mir peripher vaskulären Erkrankungen, bei denen die o. g. Prozedur durchgeführt wird, werden bislang in die Fehler-DRG 901Z gruppiert.
- sehr geringe Fallzahl
- Keine Auswirkungen auf Kosten oder VWD in der Basis-DRG F21.
- In der dritten Ausgabe der ICD-10-AM werden die Prozeduren 35100-01 und 35100-00 im neuen Prozedurenkode 30023-00 zusammengefasst. Eine Unterteilung in obere oder untere Gliedmaße ist damit nicht mehr möglich.

Rec 05.F21.02

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig auch in die Basis-DRG F21 (Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem):

- 34527-01 Insertion of implantable infusion pump
- 34528-01 Percutaneous insertion of implantable infusion pump

Begründung:

- Patienten mir peripher vaskulären Erkrankungen, bei denen die o. g. Prozedur durchgeführt wird, werden bislang in die Fehler-DRG 901Z gruppiert.
- sehr geringe Fallzahl
- Keine Auswirkungen auf Kosten oder VWD in der Basis-DRG F21.

Rec 05.F65.01

Der ICD-Kode I70.1 (Atherosklerose der Nierenarterie) als Hauptdiagnose führt künftig nicht mehr in die Basis-DRG L67 (Andere Krankheiten der Harnorgane), sondern in die Basis-DRG F65 (Periphere Gefäßkrankheiten). **(siehe auch Rec 11.L09.01)**

Begründung:

- Fälle mit einer Hauptdiagnose aus MDC 05, welche mit transluminalen Ballonangioplastien versorgt werden, gruppieren korrekt in DRGs der MDC 05. Die Hauptdiagnose I70.1 welche mit einer transluminalen Ballonangioplastik therapiert wird, gruppiert in einer Fehler-DRG.
- Die Mehrzahl der Patienten, denen ein renaler Stent eingesetzt wird, haben als Hauptdiagnose I70.1.
- Diese Änderung hat keine wesentlichen Auswirkungen auf Kosten bzw. die VWD dieser DRGs

Rec 06.G02.01

Die Prozedurenkodes 14212-00 (Fluid reduction of intussusception) und 14212-01 (Gas reduction of intussusception) werden nicht mehr als OP-Prozedur geführt.

Begründung:

- Darminvagination kann oft mittels Einlauf (Bestandteil der Prozedur 14212-00) therapiert werden, so dass ein OP überflüssig wird.
- Bisher erfolgte die Gruppierung der Diagnose K56.1 (Dünndarminvagination) zusammen mit der o. g. Prozedur in eine chirurgische Basis-DRG G02 (Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)
- Die Basis-DRG G02 umfasst Fälle mit deutlich höheren Kosten
- Ursächlich ist ein Fehler beim Übergang von ICD-9 auf ICD-10.

Rec 06.G12.01

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig auch in die Basis-DRG G12 (Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen):

- 30244-01 Percutaneous drainage of intra-abdominal abscess, haematoma or cyst
- 30244-02 Percutaneous drainage of retroperitoneal abscess

Begründung:

- z.B. führt der ICD-Kode K65.0 Akute Peritonitis mit einer der o. g. Prozeduren in die Fehler-DRG 901Z
- Bezüglich der Auswirkungen dieser Veränderung liegen keine Daten vor, da die o. g. Prozeduren erst in der Version 4.2 eingeführt wurden.

Rec 06G12.02

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig auch in die Basis-DRG G02 (Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm) MDC 06:

- 35303-06 Percutaneous transluminal balloon angioplasty
- 35309-06 Percutaneous transluminal balloon angioplasty with single stent
- 35309-07 Percutaneous transluminal balloon angioplasty with multiple stents
- 38270-01 Percutaneous balloon aortic valvuloplasty

Begründung:

- z. B. führt der ICD-Kode K55.1 (Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes) zusammen mit einer der o. g. Prozedurenkodes in die Fehler-DRG 901Z.
- sehr geringe Fallzahl
- Kosten und VWD sind denen der Basis-DRG G02 ähnlich

Rec 06.G12.03

Der Prozedurenkode 3572000 (Debulking of pelvic tumour) führt im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig auch in die Basis-DRG G12 (Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen).

Begründung:

- z.B. führt der ICD-Kode C48.1 (Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums) zusammen mit einer der o. g. Prozedurenkodes in die Fehler-DRG 901Z. In vielen Fällen wird die o. g. Prozedur zusammen mit einer Hysterektomie durchgeführt.
- Kosten und VWD sind denen der Basis-DRG G12 ähnlich, sehr geringe Fallzahl.

Rec 06.G40.01

Die Basis-DRGs G40 (Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Kranheiten der Verdauungsorgane) und G41 ((Komplexe therapeutische Gastroskopie bei nicht schweren Kranheiten der Verdauungsorgane) werden gelöscht.

Die neue, gesplittete Basis-DRG G46 (Complex therapeutic Gastroscopy) nimmt komplexe gastroskopische Fälle und Fälle mit kombiniert durchgeführter Kolo- und Gastroskopie auf. Die DRG G46C wird Tagesfälle erfassen.

Begründung:

- Die Basis-DRGs G40 und G41 sowie die kombinierte Kolo- und Gastroskopie, welche teurer und zeitaufwändiger ist als die alleinige ÖGD, umfassen Fälle mit ähnlichen Durchschnittskosten.

Rec 06.G70.01

Der ICD-Kode E84.1 (Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen) führt künftig nicht mehr in die MDC 06 (Krankheiten und Störungen des Verdauungssystems), sondern in die Basis-DRG E60 (Zystische Fibrose). Ferner wird der ICD-Kode E84.1 zusammen mit einer OP-Prozedur in die Basis-DRG E02 (Andere Eingriffe am Atmungssystem) gruppieren.

Begründung:

- erweiterte Differenzierung der Kodiermöglichkeiten mit Umstellung von ICD-9 auf ICD-10.
- Patienten mit Zystischer Fibrose sollen einheitlich gruppiert werden, intestinale Manifestationen sind sehr selten

Rec 07.H01.01

Der ICD-Kode D18.03 (Hämangiom: Hepatobiliäres System und Pankreas) führt künftig nicht mehr zu einer Gruppierung in MDC 06 (Krankheiten und Störungen des Verdauungssystems), sondern in die MDC 07-Basis-DRG H63 (Krankheiten der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose oder alkoholische Hepatitis)

Begründung:

- In der ICD-9 gab es keinen spezifischen Kode für Hämangiome der Leber. Es existierte nur ein Kode für intraabdominale Hämangiome, dieser führte dann in die MDC 06.

Anhang
Kommentierung der Änderungen AR-DRGs, Version 5.0

Rec 07.H03.01

Die Basis-DRGs H03 (Cholezystektomie mit endoskopischem Gallenwegseingriff) und H04 (Cholezystektomie ohne endoskopischem Gallenwegseingriff) werden gelöscht.

Es werden zwei neue Basis-DRGs geschaffen:

> H07 Open Cholecystectomie

> H08 Laparoscopic Cholecystectomie

Begründung:

- Erhebliche Kostenunterschiede zwischen beiden Verfahren. (Offene Cholezystektomien werden überwiegend bei sehr komplexen Fällen angewandt, die weitaus höhere Kosten verursachen.)

Die Prozedurenkodes für die Cholezystektomie mit Choledochotomie 30454-01 (Cholecystectomy with choledochotomy) und 30455-00 (Cholecystectomy with choledochotomy) führen zukünftig in die Basis-DRG H02 (Große Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung).

Rec 07H05.01

Der Prozedurenkode 30439-00 Intra-operative cholangiography wird von der O.R.-Liste entfernt.

Rec 08.I02.01

Folgende ICD-10-Kodes werden der Tabelle TAB-I02-1 hinzugefügt, so dass eine Gruppierung in die Basis-DRG I02 (Hauttransplantation/Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut) unterbleibt.

M01.x4, X=0,4	M05.x4, X=0,2,3,8,9
M06.x4, X=0,1,2,3,4,8,9	M07.x4, X=0,1,3,4,5,6
M08.x4, X=0,1,2,4,8,9	M09.x4, X=0,1,2,8
M10.x4, X=0,4,9	M12.04
M21.x4, X=2,7	M24.24
M60.x4, X=0,1,2,8,9	M61.x4, X=0,1,2,3,4,5,9
M62.x4, X=0,1,2,3,4,5,6,8,9	M63.x4, X=0,1,2,3,8
M65.x4, X=0,1,2,9	M66.x4, X=1,4,5
M67.x4, X=1,2,3,4,8,9	M68.x4, X=0,8

M70.x4, X=0,1	M71.x4, X=0,1,3,4,5,8,9
M72.x4, X=3,4,5,8,9	M73.x4, X=0,1,8
M79.x4, X=0,1,5,6,8,9	M80.x4, X=0,1,2,3,4,5,8,9
M81.x4, X=0,1,2,3,4,5,6,8,9	M82.x4, X=0,1,8
M83.x4, X=0,1,2,3,4,5,8,9	M84.x4, X=0,1,2,3,4,8,9
M85.x4, X=0,1,3,4,5,6,8,9	M87.04
M88.x4, X=8,9	M89.x4, X=1,2,3,4,5,8,9
M90.x4, X=3,4,5,6,7,8	M92.x, X=2,7
M94.x4, X=2,3,8,9	Q68.1
S62.0	S63.5x, X=1,3
S66.x, X=1,9	T92.2

Begründung:

- Fehler im Gruppierungssystem

Rec 08.I12.01

Der Prozedurenkode 49706-01 (Lavage of ankle) wird der Basis-DRG I12 (Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und der Basis-DRG I13 (Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk) hinzugefügt.

Begründung:

- Der ICD-10-Kode M00.97 Sprunggelenkabszeß zusammen mit der o. g. Prozedur führte in die Fehler-DRG 901Z
- Die arthroskopische Gelenkspülung führt in die Basis-DRG I12, die offene (s. o.) bisher nicht.
- Diese Änderung hat keine wesentlichen Auswirkungen auf Kosten bzw. die VWD dieser DRG

Rec 08.I18.01

Einführung einer neuen DRG I29Z (Knee Reconstruction Or Revision) für folgende Prozedurenkodes, die arthroskopische Knie-OPs, offene Knie-OPs und Revisions-OPs betreffen:

- 49539-00 Arthroscopic reconstruction of knee
- 49539-01 Reconstruction of knee

- 49542-00 Arthroscopic reconstruction of cruciate ligament of knee with repair of meniscus
- 49542-01 Reconstruction of cruciate ligament of knee with repair of meniscus
- 50417-00 Reconstruction of knee involving transfer of fibula or tibia and repair of quadriceps mechanism
- 49551-00 Revision of reconstructive surgery of knee

Die bestehende DRG I18Z (Eingriffe am Kniegelenk) wird umbenannt in Other Knee Procedures

Begründung:

- Bisher wurden die die o. g. Prozeduren in die DRG I18Z gruppiert.

Die separate Erfassung der o. g. Prozeduren soll die Kostenheterogenität der DRG I18Z verringern und die Kostenerfassung der arthroskopisch durchgeführten Knie-OPs erleichtern.

Rec 08.I23.01

Die folgenden Prozedurenkodes

- 53218-02 Arthroscopic division of adhesions of temporomandibular joint
- 53221-00 Exploration of temporomandibular joint
- 53244-00 Exploration of temporomandibular joint with condylectomy or condylotomy
- 53227-00 Exploration of the temporomandibular joint with meniscus or capsular surgery
- 53230-00 Exploration of the temporomandibular joint with meniscus, capsular and condylar surgery
- 53233-00 Exploration of the temporomandibular joint with meniscus, capsular and condylar surgery using tissue flaps, cartilage graft or allograft implants

führen künftig nicht mehr in die DRG I23Z (Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur), sondern in die DRG I17Z (Operationen am Gesichtsschädel).

Begründung:

- aufgrund geringer Fallzahl erfolgte diese Änderung nach klinischen Aspekten

- bezogen auf die VWD passen die (wenigen) Fälle eher in die DRG I23Z, bezogen auf die Kosten eher in die DRG I17Z

Rec 08.I26.01

Die DRGs I22Z (Große Eingriffe an Handgelenk, Hand und Daumen) und I26Z (Andere Eingriffe an Hand und Handgelenk) werden gelöscht und in der neuen, nicht gesplitteten DRG I30 (Hand Procedures) zusammengefasst.

Begründung:

- bisherige Einteilung in große Eingriffe, andere Eingriffe und Eingriffe am Daumen hat sich nicht bewährt.
- Ein eventuelles Splitting der neuen DRG soll überprüft werden

Rec 08.I60.01

Die Basis-DRG I62 (Frakturen an Becken- und Schenkelhals) wird gelöscht.

Zukünftig werden Beckenfrakturen und Schenkelhalsfrakturen getrennt in jeweils einer neuen DRG gruppiert.

- I77A / I77 B: Beckenfrakturen
- I78A / I78 B: Schenkelhalsfrakturen

Beide DRGs werden gesplittet (PCCL>2). Das Patientenalter wurde als nicht signifikant schweregradsteigernd bewertet.

Ferner werden die DRGs I60Z (Frakturen am Femurschaft und offene Frakturen an den Femurkondylen) und I61Z (Andere Frakturen am Femurf) umbenannt in:

- I60Z Oberschenkelschaftfrakturen
- I61Z Distale Oberschenkelfrakturen

Begründung:

- Oberschenkelhalsfrakturen unterscheiden sich von anderen Frakturen des Oberschenkels und des Beckens bezüglich ihrer Epidemiologie und des pathophysiologischen Mechanismus (überwiegend Unfallursache)

Die Verweildauern bei Oberschenkelhals-, Oberschenkelschaft-, distalen Oberschenkel- und Beckenbrüchen unterscheiden sich voneinander um jeweils ≥2 Tage.

Rec 08.I68.01

Die folgenden Prozedurenkodes

- 90486-00 Epidural injection of LA during labour
- 90486-01 Epidural injection of opioid during labour
- 90486-02 Epidural injection of other therapeutic substance during labour

führen künftig nicht mehr in die DRG I68C (Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich mit Schmerztherapie/Myelographie), sondern zusammen mit einer geburtshilflichen Hauptdiagnose in die MDC 14.

Begründung:

- unlogisches Vorgehen aufgrund eines Mappingfehlers

DRG Desciptions in MDC 08

Folgende Beschreibungen werden geändert:

I18 Knee procedures in Other Knee procedures
I20 Foot procedures in Other Foot procedures
I68 Non-surgical Neck & Back Conditiones in Non-surgical Spinal Disorders
I71 Musculotendinous Disorder in Non-specific Musculotendinous Disorders
I72 Tendonitis, Myositis and Bursitis in Specific Musculotendinous Disorders
I73 Aftercare of Connective Tissue Disorders in Aftercare of Muskuloskeletal Implant/ Protheses

Rec 09.J02.01

Die Basis-DRGs J02 (Hauttransplantation/Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut), J03 (Hauttransplantation/Lappenplastik an der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut), J04 (Eingriffe an der Haut der unteren Extremität ohne Transplantation oder Lappenplastik bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut) und J05 (Andere OR-Prozeduren an der Haut der unteren Extremität ohne Transplantation oder Lappenplastik außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung der Unterhaut) werden gelöscht und in den folgenden beiden neuen, gesplitteten DRGs zusammengefasst:

- J12 Lower Limb Procs W Ulcer/Cellulitis
    - J12A W Catastrophic CC
    - J12B W/O Catastrophic CC W Skin Graft/Flap Repair
    - J12C W/O Catastrophic CC W/O Skin Graft/Flap Repair
- J13 Lower Limb Procs W/O Ulcer/Cellulitis
    - J13A W Skin Graft W (Cat or Sev CC)
    - J13B W/O (Skin Graft W (Cat or Sev CC))

Begründung:

- bei der Strukturierung von Version 4 wurde großer Wert auf die Betonung der Hauttransplantat-Chirurgie gelegt. Es zeigte sich jedoch, dass Fälle mit Ulcus und/oder Zellulitis ohne Hauttransplantat höhere Kosten verursachen als Hauttransplantate ohne Ulcus und/oder Zellulitis.
- Die gelöschten insgesamt 7 abrechenbaren DRGs beinhalteten zu geringe Fallzahlen. Dies wird auch auf die soziale Struktur der Patienten mit diesen Krankheitsbildern zurückgeführt, wodurch in Australien viele Patienten Überlieger sind und dementsprechend finanziert werden.

Rec 09.J06.01

Zukünftig wird es unterschiedliche DRGs geben für die Mastektomie ohne und mit Rekonstruktion:

Neue DRG J14Z: Major Breast Reconstruction

Folgende Prozeduren werden in diese DRG gruppieren:

45530-00	Reconstruction of breast using myocutaneous flap
45530-01	Reconstruction of breast using omental flap
45533-00	Reconstruction of breast using breast sharing technique, 1st stage
45536-00	Reconstruction of breast using breast sharing technique, 2nd stage

Begründung:

- Die Verweildauer und die Kosten sind für Mastektomien mit Rekonstruktion signifikant höher als für solche ohne Rekonstruktion.

Anhang
Kommentierung der Änderungen AR-DRGs, Version 5.0

Bisher wurden Mastektomien mit und ohne Rekonstruktion in die DRG J06A (Große Eingriffe bei bösartigen Neubildungen der Mamma) gruppiert. Dies tangiert zwar nicht die Kostenhomogenität der DRG, es liegen jedoch bei Mastektomien mit Rekonstruktion signifikant längere Verweildauern vor.

Rec 09.J60.01

Das Splitting der Basis-DRG J60 (Hautulkus) aufgrund des Alters wird durch ein Splitting nach Tages- und Mehrtagesfällen ersetzt.

Begründung:

- Die Basis-DRG J60 umfasst einen hohen Anteil an Tagesfallpatienten mit niedrigen Kosten und Mehrtagespatienten mit hohen Kosten

Rec 09.J61.01

Die Basis-DRG J68 (Major Skin Disorders) ersetzt die Basis-DRGs J61 (Schwere Erkrankungen der Haut) und J66 (Mäßig schwere Erkrankungen der Haut). Die J68 hat ein Tagesfallsplitt (J68A und J68B).

Rec 10.CC.01

Die CCL für eine Reihe von Diabetes-Kodes mit einer daraus entstandenen klinischen Manifestation/ Komplikation werden durch entsprechende Zuordnungen hochgestuft (siehe unten).

1. Die Diagnosekodes E10.1x, E11.1x, E13.1x, E14.1x (Diabetes mit Acidose mit/ ohne Koma) werden den Kodes E87.2 (Acidose) und E15 (Nichtdiabetische Hypoglykämie) zugeordnet.

2. Die Diagnosekodes E10.23, E11.23, E13.23, E14.23 (Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen im Endstadium) werden dem Kode N18 (Chonische Niereninsuffizienz) zugeordnet.

3. Die Diagnosekodes E 10.29, E11.29, E13.29, E14.29 (Diabetes mellitus mit anderen näher bezeichneten renalen Komplikationen (akutes Nierenversagen/ Medullanekrose)) werden dem Kode N17.x (Akutes Nierenversagen) zugeordnet.

4. Die Diagnosekodes E10.64, E11.64, E13.64, E14.64 (Diabetes mellitus mit hypoglycämischem Koma) werden dem Kode E15 (Nichtdiabetisches hypoglykämisches Koma) zugeordnet.

5. Die Kodes E10.69 E11.69, E13.69, E 14.69 (Diabetes mellitus mit anderen näher bezeichneten Komplikationen (Gangrän, Ulcus, nekrotisierende Fasciitis)) werden dem Kode L97 (Ulcus cruris) zugeordnet.

Rec 10.K01.01

Die Beschreibung für die DRG K01Z (Diabetischer Fuß) wird geändert in „Diabetic Foot Procedures“, weil es sich hier um eine chirurgische DRG handelt.

Rec 10.K01.02

Der Prozedurenkode 35100-01 (Debridement of muscle, tendon or bone of ischaemic lower limb) führt im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig auch in die DRG K01Z (Diabetischer Fuß).

Begründung:

- Patienten mit diabetischem Fuß, die mit o. g. Prozedur behandelt werden, gruppieren in eine Fehler-DRG
- Durchschnittliche Kosten und VWD der DRG K01Z gleichen denen der neu hinzukommenden Fälle
- In der dritten Ausgabe der ICD-10-AM werden die Prozeduren 35100-01 und 35100-00 im neuen Prozedurenkode 30023-00 zusammengefasst. Eine Unterteilung in obere oder untere Gliedmaße ist damit nicht mehr möglich. Auch die neue Prozedur wurde der DRG K01Z hinzugefügt.

Rec 10.K03.01

Der Prozedurenkode 36528-01 (Radical nephrectomy) wird der Prozedurenliste der MDC 10 (Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) und hier der DRG K03Z (Eingriffe an der Nebenniere) hinzugefügt.

Begründung:

- Derzeit wird die Diagnose eines Nebennieren-Prozesses zusammen mit der Prozedur 36528-01 in die Fehler-DRG 901Z gruppiert. Die radikale Nephrektomie enthält jedoch die totale Adrenalektomie

- Es handelt sich um eine unter Kosten- und VWD-Aspekten sehr heterogene Gruppe von Patienten mit nur geringer Fallzahl. Dennoch wird die unter medizinischen Gesichtspunkten korrekte Eingruppierung der Gruppierung in einer Fehler-DRG bevorzugt.

Rec 10.K05.01

Der Prozedurenkode 30094-01 (Percutaneous [needle] biopsy of parathyroid glands) ist künftig keine OP-Prozedur mehr und führt im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig nur noch in die DRG K40Z (Endoskopische oder diagnostische Eingriffe bei Stoffwechselerkrankungen ohne CC).

Begründung:

- Maßnahme aufgrund klinischer Aspekte
- Äußerst geringe Fallzahl

Rec 11.L07.01

Die folgenden Prozedurenkodes wurden in der Version 5.0 der Basis-DRG L07 (Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion), MDC11 zugeordnet:

36839-01	Endoskopic destruction of prostatic lesion
36839-03	Endoskopic resection of prostatic lesion
90392-00	Control of postoperative haemorrhage of prostate
90407-00	Excision of other lesion of prostatae

Rec 11.L09.01

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig auch in die Basis-DRG L09 (Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane).

> 35303-06	Percutaneous transluminal balloon angioplasty
> 35303-07	Open transluminal balloon angioplasty
> 35309-06	Percutaneous transluminal balloon angioplasty with stenting, single stent
> 35309-07	Percutaneous transluminal balloon angioplasty with stenting, multiple stents

> 35309-08 Open transluminal balloon angioplasty with stenting, single stent
> 35309-09 Open transluminal balloon angioplasty with stenting, multiple stents

Begründung:

- Fälle mit dieser Prozedur und der Hauptdiagnose I70.1 (Atherosklerose der Nierenarterie) führen in die Fehler-DRG 901Z
- **siehe auch Rec 05.F65.01**

Rec 11.L09.02

Die Prozedur 34509-00 (Arteriovenous anastomosis of lower limb) wird der Prozedurenliste der Basis-DRG L09 (Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane) hinzugefügt.

Begründung:

- Die Kombination einer Diagnose aus dem Organgebiet Niere und Harntrakt und der Prozedur 34509-00 führte bislang in die Fehler-DRG 901Z
- Aufgrund geringer Fallzahl ergibt sich keine signifikante Veränderung von Kosten und VWD in dieser DRG

Rec 11.L09.03

Der ICD-Kode Z49.0 (Vorbereitung auf die Dialyse) gruppiert nicht mehr in die Basis-DRG L67 (Andere Krankheiten der Harnorgane), sondern in die DRG Z64 (Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen).

Begründung:

- Nach Kosten- und Verweildaueranalyse ist die Gruppierung in MDC 23 für die meisten Fälle zutreffender als die MCD 11.
- „Verwandte“ ICD-Kodes, wie z.B. Z45.2 (Anpassung und Handhabung eines vaskulären Zugangs) und Z45.8 (Anpassung und Handhabung von sonstigen implantierten medizinischen Geräten) gruppieren auch in die MDC 23.

Anhang
Kommentierung der Änderungen AR-DRGs, Version 5.0

Rec 11.L09.04

Die Prozedurenkodes 35640-00, 35557-00 und 35608-00 werden künftig der Basis-DRG L09 (Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane) zugeordnet.

Rec 12.M03.01

Die Prozedur 37333-00 (Closure of urethrovaginal fistula) wird nicht mehr in die DRG M03 (Eingriffe am Penis) gruppieren können, da diese Prozedur nur beim weiblichen Geschlecht durchgeführt wird

Rec 13.N04.01

Der ICD-Kode P83.5 (Angeborene Hydrozele) und assoziierte Prozeduren sollen nicht mehr in die MDC 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) gruppieren, da die angeborene Hydrozele nur beim männlichen Geschlecht vorkommt

Rec 13.N08.03

Die folgenden Prozedurenkodes führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig nicht mehr in die Basis-DRG N11 (Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen), sondern in die DRG N08Z (Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen):

> 30393-00 Laparoscopic division of abdominal adhesions
> 30572-00 Laparoscopic appendicectomy
> 35637-10 Laparoscopic excision of lesion of pelvic cavity
> 35723-00 Laparoscopic pelvic and abdominal lymph node sampling for staging of gynaecological malignancy
> 35723-02 Laparoscopic para-aortic lymph node sampling for staging of gynaecological malignancy
> 36579-00 Laparoscopic partial ureterectomy
> 36585-00 Laparoscopic transplantation of ureter into skin, unilateral
> 36585-02 Laparoscopic transplantation of ureter into skin, bilateral
> 36594-00 Laparoscopic transplantation of ureter into intestine, unilateral
> 36594-02 Laparoscopic transplantation of ureter into intestine, bilateral
> 36597-00 Laparoscopic transplantation of ureter into other ureter
> 36600-00 Laparoskopic transplantation of ureter into bowel seg, unilateral
> 36603-00 Laparoskopic transplantation of ureter into bowel seg, bilateral
> 36615-00 Laparoscopic ureterolysis

> 36615-02 Laparoscopic ureterolysis with repositioning of ureter
> 36806-01 Endoscopic diathermy of ureter
> 36811-00 Endoscopic insertion of urethral prosthesis
> 36836-00 Endoscopic biopsy of bladder
> 36848-00 Endoscopic resection of ureterocele
> 36854-03 Endoscopic resection of external sphincter
> 37000-00 Laparoscopic partial excision of bladder
> 37004-00 Laparoscopic repair of ruptured bladder
> 37004-01 Other laparoscopic repair of bladder
> 37020-00 Laparoscopic excision of bladder diverticulum
> 37023-00 Laparoscopic closure of cutaneous vesical fistula
> 37029-00 Laparoscopic closure of vesicovaginal fistula
> 37038-00 Laparoscopic closure of vesicointestinal fistula
> 37053-00 Laparoscopic bladder transection and re-anastomosis to trigone
> 37318-02 Endoscopic fragmentation or extraction of urethral calculus
> 37318-03 Endoscopic fragmentation or extraction of urethral calculus using laser

Begründung:

- Patienten mit laparoskopischer Lösung von Adhäsionen und Hysteroskopie werden in die DRG N10Z (Diagnostische Kürettage oder diagnostische Hysteroskopie) gruppiert
- Viele andere laparoskopischen Kodes wurden hierarchisch hinter der Hysteroskopie aufgeführt. Die laparoskopischen Prozeduren sind jedoch kosten- und zeitaufwändiger als die Hysteroskopie alleine. Demzufolge werden die o. g. laparoskopischen Prozedurenkodes nun hierarchisch nach vorn verlagert (N08Z)

Bessere Differenzierung durch Verschiebung mehrerer tausend Fälle von einer „Andere OR-Prozeduren….“-DRG in eine differenziertere DRG.

MDC 14 (Schwangerschaft, Geburt und das Puerperium)

1. Alle Geburts-DRGs werden künftig einheitlich 3-fach anhand einer neuen PCCL-Kalkulation gesplittet. Das Splitting nach moderaten und schweren CCLs entfällt.

   (A: Catastrophic CC, B: Severe CC, C; Moderate to no CC)

2. Die DRGs O62Z (Drohender Abort) und O65A/B (Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme) werden gelöscht und künftig in der neuen gesplitteten (Tagesfälle) Basis-DRG O66 (Antenatal and Other Obstetric Admission) zusammengeführt. In die Basis-DRG O66 sollen alle Patientinnen mit einer geburtshilflichen Hauptdiagnose gruppiert werden, bei denen jedoch kein zusätzlicher Kode der Gruppe Z37.- oder ein eindeutiger postpartaler Kode vorliegt. Ferner werden alle Fälle mit ektoper

Schwangerschaft ohne korrespondierende OP-Prozedur und umgekehrt in diese DRG gruppiert.

3. Künftig führen entsprechende ICD-Kodes mit jeder OP-Prozedur in die Basis-DRGs O02 (umbenannt in: Vaginal Delivery with O.R.-Procedure) und O40 (Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie). Die DRG O40Z erhält die neue Bezeichnung O05Z. Dies führt dazu, dass zahlreiche Fälle aus den Fehler-DRGs 901Z und 902Z in die Basis-DRG O02 gruppiert werden.

4. Künftig wird nur noch ein entsprechender ICD-Kode und eine Prozedur der Tabelle O03-2 (vers. 4.2) in die DRG O03Z (Extrauteringravidität) führen. Andere Prozeduren führen dann zu einer Gruppierung in die Basis-DRG O66 (Antenatal and Other Obstetric Admission) Hierbei wird angenommen, dass diese Fälle auch nicht die Kriterien für die vaginale Entbindung und die postpartale Phase erfüllen. Die DRG O03Z ist nur für Patientinnen mit ektopen Schwangerschaften konzipiert und für entsprechende OP-Prozeduren bestimmt. Dennoch fanden sich bei Analysen auch Aborte und andere medizinische Fälle in dieser DRG. Dies führte zu einem Absinken der durchschnittlichen Kosten dieser DRG.

5. Fälle werden in die Basis-DRG O01 (Sectio caesarea) gruppiert, wenn ein OP-Prozedurenkode für den Kaiserschnitt vorliegt, unabhängig von der Hauptdiagnose. Daraus folgt, dass die Hauptdiagnose O82 (Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung) allein nicht ausreicht, um in die Basis-DRG O01 zu gruppieren.

6. Eine Gruppierung in die Basis-DRG O60 (Vaginale Entbindung) erfolgt künftig, wenn:

    a. Ein ICD-Kode Z37.- vorliegt

    b. Die Hauptdiagnose O80 (Spontangeburt eines Einlings) vorliegt

    c. Die ICD-Kodes O81 (Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion) oder O82 (Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung) ohne korrespondierende OP-Prozedur vorliegt.

    Andere ICD-Kodes, die eine Entbindung beinhalten, jedoch die o. g. Vorgaben nicht erfüllen z.B. O60 (Vorzeitige Entbindung) oder O75.7 (Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung) werden nicht in die Basis-DRG O60 gruppiert.

    Bei vielen vorzeitigen Entbindungen fehlt der ICD-Kode aus der Gruppe Z37.-, da in Australien in diesen Fällen häufig Verlegungen in Akutkrankenhäuser erfolgen.

7. Die Gruppierung in eine Postpartum/Post-Abort-DRG erfordert eines der folgenden Kriterien:

    a. Einen ICD-Kode (Haupt- oder Nebendiagnose) des Puerperiums aus

    Tab-O04-1 und Tab-O61-1 (AR-DRG Vers. 4.2) oder

    - O72.0 Blutung in der Nachgeburtsperiode
    - O72.1 Sonstige unmittelbar postpartal auftretende Blutung

    b. Einen ICD-Kode aus der Gruppe Z39.-

    c. Eine Post-Abort-Hauptdiagnose (O08.-)

8. Alle Fälle, die nicht als Entbindung, Abort, Postpartum/Postabort oder ektope Schwangerschaft klassifiziert werden können, werden in die neuen DRGs O66A/B (Antenatal and Other Obstetric Admission) gruppiert:

    a. Antenatale Hauptdiagnose, die in die DRGs O62Z (Drohender Abort) oder O65A/B (Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme) führt

    b. Hauptdiagnose aus der Gruppe O00.- (Ektope Schwangerschaft) ohne entsprechende OP-Prozedur

    c. Hauptdiagnose O60 bis O75.9 außer O70,- und O72.0 wenn ohne Z37.- oder OP-Prozedur „Kaiserschnitt“ oder O8x Kode als Hinweis auf eine Entbindung

    Ziel ist es vor allem, präpartale Fälle in diesen DRGs zu sammeln.

Rec 14.O02.01

Der Prozedurenkode 16573-00 (Suture of 3rd or 4th degree tear of perineum) ist künftig eine OP-Prozedur und führt im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode in die Basis-DRG O02 (Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur).

Begründung:

- Die Basis-DRG O02 wird künftig alle Patientinnen mit vaginaler Entbindung und einem operativen Prozedurenkode aufnehmen. Unter diesen Voraussetzungen muss die o. g. Prozedur als OP-Prozedur geführt werden.
- Die Kostengewichte der Basis-DRG O02 werden aufgrund dieser Maßnahme gesenkt.

Anhang
Kommentierung der Änderungen AR-DRGs, Version 5.0

Rec 14.O02.02

Die Prozedurenkodes 90475-00 (Symphysiotomy to assist delivery) und 90477-00 (Other procedures to assist delivery) sind künftig keine OP-Prozeduren mehr und führen im Zusammenhang mit einem entsprechenden ICD-Kode künftig in die Basis-DRG O60 (Vaginale Entbindung).

Begründung:

- Die Basis-DRG O02 wird künftig alle Patientinnen mit vaginaler Entbindung und einem operativen Prozedurenkode aufnehmen. Unter diesen Voraussetzungen sollen die o. g. Prozeduren nicht mehr als OP-Prozeduren geführt werden.
- Kosten und VWD der umgruppierten Fälle entsprechen der Basis-DRG O60.

Rec 14.O60.01

Die DRG 962Z (Unzulässige geburtshilfiche Diagnosekombination) wird gelöscht.

Die DRG 962Z sollte folgende Fälle aufnehmen:

- Hauptdiagnose O80 und eine andere geburtshilfliche Diagnose, welche nicht zur O80 passt
- Hauptdiagnose O80 und ein Prozedurenkode, welcher nicht zur O80 passt
- Hauptdiagnose O82 und keine passende OP-Prozedur

Begründung:

- siehe auch Zusammenfassung. Die dort aufgeführten Veränderungen sollen die DRG 962Z überflüssig machen
- ICD-Kode O80 führt automatisch in die DRG O60C, der Test für die unzulässige Diagnosekombination entfällt
- Der ICD-Kode Z37.- führt in eine Entbindungs-DRG

Rec 18.S61.01

Die DRGs S61Z (Erkrankung des ZNS bei HIV-Krankheit), S62Z (Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit) und S63A/B (Infektion bei HIV-Krankheit**)** werden gelöscht.

Zukünftig wird eine neue gesplittete Basis-DRG S65 geschaffen:

> DRG S65A: HIV Related Diseases W Catastrophic CC

> DRG S65B: HIV Related Diseases W Severe CC

> DRG S65C: HIV Related Diseases W/O Catastrophic or Severe CC

Begründung:

- Version 4.2 verfügt über sechs HIV-Mehrtages-DRGs: S61Z, S62Z, S63A, S63B, S64A, S64B. Diese Differenzierung schafft zu geringe Fallzahlen, um die Kostengewichte berechnen und homogene Gruppen generieren zu können.

Rec 16.Q61.01

ICD-Kode D59.3 (Hämolytisch-urämisches Syndrom) führt nicht mehr in die Basis-DRG Q61 (Erkrankungen der Erythrozyten), sondern in die Basis-DRG L60 (Niereninsuffizienz). Der Prozedurenkode 13112-00 (Establishment of peritoneal dialysis by abdominal puncture and insertion of temporary catheter) führt nun in die Basis-DRG L09 (Andere Eingriffe bei Krankheiten der Harnorgane)

Begründung:

- Die Mehrheit der Fälle mit dem ICD-Kode D59.3 benötigt Dialyse.
- Das vorrangige Problem ist ein renales Problem, welches bisher jedoch in die Basis-DRG Q61 (Erkrankungen der Erythrozyten) gruppiert wird.

Rec 21.X01.01

Die DRGs X01Z (Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der unteren Extremität) und X02Z Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der Hand) werden gelöscht und durch die neue, gesplittete Basis-DRG X07 ersetzt:

- X07A Skin Graft for Injuries Ex Hand W Microvascular Tiss Tfr or W (Cato r Sev CC)
- X07B Skin Graft for Injuries Ex Hand W/O Microvascular Tiss Tfr or W/O Cato r Sev CC

Begründung:

- X01 und X02 repräsentieren ähnliche Kostenstrukturen
- Zu geringe Fallzahlen zur separaten Erfassung der unteren Extremität

Rec 21.X02.01

Der Prozedurenkode 45656-03 (Composite graft to other site) wird künftig ein OP-Prozedurenkode.

Zusammen mit einer entsprechenden Diagnose wird diese Prozedur künftig in Abhängigkeit der Lokalisation in die MDC-21-Basis-DRG X04 (Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität), X05 (Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand) oder X06 (Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen) gruppiert.

In der MDC 09 wird diese Prozedur nicht mehr in die J10Z (Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma) bzw. die J11Z (Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma), sondern in die J08A/B (Andere Hauttransplantation und/oder Debridement) führen.

Begründung:

- Eine Fingerverletzung gruppiert zusammen mit der Prozedur 45656-03 derzeit in die Basis-DRG X60 (Verletzungen). Dies ist unter medizinischen Aspekten unspezifisch.
- Ähnliche Prozeduren (45656-00 bis -02) sind bereits OP-Prozeduren und gruppieren in die Basis-DRG X06
- Kostenaussagen können bei geringer Fallzahl nicht gemacht werden.

Rec 22.Y62.01

Die Liste mit komplizierenden Diagnosen wird entfernt für die Basis-DRGs Y02 (Andere Verbrennungen; mit Hauttransplantation) und Y62 (Andere Verbrennungen).

Der ICD-Kode T27.1 (Verbrennung oder Verätzung des Kehlkopfes und der Trachea mit Beteiligung der Lunge) wird auf die CC-Liste gesetzt und mit einem CC-Level von 4 für chirurgische DRGs und einem CC-Level von 3 für medizinische DRGs bewertet.

Begründung:

- DRG Development hat herausgefunden, dass komplizierende Diagnosen die Diskrimination von Verbrennungsfällen nicht verbessert, wenn der PCCL ohnehin berücksichtigt wird.
- Die geringen CC-Level des ICD-Kodes T27.1 resultieren aus einer fehlenden Anpassung nach Umstellung von ICD-9 auf -10.

Rec CC.B95.01

Die Diagnose-Kodes B95-B97 (Bakterien, Viren, sonst. Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) werden von der Liste Komplikationen und Komorbiditäten gestrichen.

Begründung:

- Grouping-Inkonsistenz. Beispiel:. Patienten mit Staphylokokken-Arthritis (kein zusätzlicher Kode in B95-B97 vorhanden). vs. Patienten mit Streptokokken-Arthritis (zusätzlicher Kode in B95-B97 vorhanden). Streptokokken-Arthritis kann durch erhöhten CC-Level zur Gruppierung in eine höher bewertete DRG führen, obwohl sich die Therapie beider Krankheiten nicht unterscheidet.
- Die Erreger der Infektion sollten nicht als Komplikation angesehen werden, sondern die Infektion ist das Problem.
- Es soll verhindert werden, dass Infektionserreger nur kodiert werden, um einen höheren CC-Level zu erreichen.

11.4 Liste der OPS-Prozeduren ohne Zuordnung zu DRGs

Im Folgenden sind alle OPS-Ziffern aufgelistet, die bisher noch nicht einzelnen oder mehreren DRGs zugeordnet sind. Ob diese Kodes zugeordnet werden sollten, muss geprüft werden. Alle Kodes, die zugeordnet werden müssen, sind in den Listen „OPS-Zuordnung_2“ und „OPS-Zuordnung_3“ enthalten.

Dies betrifft einerseits

- **diagnostische Maßnahmen (Kapitel 1 des OPS-Kataloges)**
- **bildgebende Diagnostik (Kapitel 3 des OPS-Kataloges)**
- **nichtoperative therapeutische Maßnahmen (Kapitel 8 des OPS-Kataloges)**
- **ergänzende Maßnahmen (Kapitel 9 des OPS-Kataloges)**

Andererseits beinhalten die Tabellen operative OPS-Ziffern (Kapitel 5 des OPS-Kataloges). Hierbei handelt es sich um

- **endoskopische Eingriffe**
- **oberflächliche oder nicht aufwändige Eingriffe (z. B. 5-881.00 Inzision der Mamma: Ohne weitere Maßnahmen: Einseitig).**
- **Aufwändige operative Eingriffe**

Die nicht zugeordneten Kodes wurden in drei Gruppen geteilt. Gruppe 1 (11.4.1) enthält Kodes, die nicht unbedingt einer DRG zugeordnet werden müssen. Gruppe 2 (11.4.2) enthält Kods, die zugeordnet werden sollten. Es wurde zu diesen Kodes die jeweilige DRG angegeben. Gruppe 3 (11.4.3) enthält ebenfalls Kodes, die zugeordnet werden sollten, für die aber durch den Gutachter nur die MDC und bei einigen Kodes auch diese nicht zugeordnet werden konnte.

11.4.1 OPS Kodes ohne DRG-Zuordnung, Überprüfung der Zuordnungsnotwendigkeit empfohlen

Die Kodes mit Text finden Sie in Teil II des Gutachtens

1-202;1-203.0;1-203.1;1-203.2;1-203.x;1-203.y;1-204.0;1-204.1;1-204.2;1-204.3;1-204.4;1-204.5;1-204.6;1-204.7;1-204.x;1-204.y;1-205;1-206;1-207.0;1-207.1;1-207.2;1-207.3;1-207.x;1-207.y;1-208.0;1-208.1;1-208.2;1-208.3;1-208.4;1-208.5;1-208.6;1-208.7;1-208.8;1-208.x;1-208.y;1-212.0;1-212.1;1-212.2;1-212.3;1-212.x;1-212.y;1-242;1-243;1-245;1-247;1-266.0;1-266.2;1-266.3;1-266.x;1-266.y;1-276.1;1-313;1-314;1-315;1-316.0;1-316.1;1-316.x;1-316.y;1-317.0;1-317.1;1-317.x;1-317.y;1-334;1-335;1-336;1-406.2;1-406.5;1-406.x;1-406.y;1-407.2;1-407.5;1-407.x;1-407.y;1-410;1-411;1-412.1;1-412.x;1-412.y;1-414.0;1-414.1;1-414.x;1-414.y;1-415;1-420.0;1-420.1;1-420.2;1-420.3;1-420.4;1-420.5;1-420.6;1-420.7;1-420.x;1-420.y;1-422.00;1-422.01;1-422.0x;1-422.0y;1-422.1;1-422.2;1-422.x;1-422.y;1-424;1-425.8;1-425.y;1-426.8;1-426.y;1-431.0;1-431.1;1-431.2;1-431.x;1-431.y;1-432.0;1-432.1;1-432.2;1-432.x;1-432.y;1-441.1;1-442.1;1-442.3;1-442.4;1-442.x;1-442.y;1-444.3;1-449.0;1-449.1;1-449.2;1-449.x;1-449.y;1-460.0;1-460.1;1-460.3;1-460.4;1-460.5;1-460.x;1-460.y;1-461.0;1-461.1;1-461.x;1-461.y;1-462.0;1-462.1;1-462.2;1-462.3;1-462.4;1-462.x;1-462.y;1-463.0;1-463.1;1-463.2;1-463.3;1-463.5;1-463.6;1-463.7;1-463.8;1-463.9;1-463.x;1-463.y;1-464.0;1-464.1;1-464.2;1-464.x;1-464.y;1-465.0;1-465.1;1-465.2;1-465.3;1-465.5;1-465.6;1-465.7;1-465.x;1-465.y;1-470.4;1-470.5;1-470.6;1-470.x;1-470.y;1-474.4;1-474.5;1-474.6;1-474.x;1-474.y;1-480.0;1-480.1;1-480.2;1-480.3;1-480.5;1-480.6;1-480.7;1-480.8;1-480.x;1-480.y;1-481.0;1-481.1;1-481.2;1-481.3;1-481.5;1-481.6;1-481.7;1-481.8;1-481.x;1-481.y;1-483.0;1-483.1;1-483.2;1-483.3;1-483.4;1-483.5;1-483.6;1-483.7;1-483.8;1-483.9;1-483.a;1-483.b;1-483.x;1-483.y;1-484.0;1-484.1;1-484.2;1-484.3;1-484.4;1-484.5;1-484.6;1-484.7;1-484.8;1-484.9;1-484.b;1-484.x;1-484.y;1-490.0;1-490.1;1-490.2;1-490.3;1-490.4;1-490.5;1-490.6;1-490.7;1-490.x;1-490.y;1-491.0;1-491.1;1-491.2;1-491.3;1-491.4;1-491.5;1-491.6;1-491.7;1-491.x;1-491.y;1-492.0;1-492.1;1-492.2;1-492.3;1-492.4;1-492.5;1-492.6;1-492.7;1-492.x;1-492.y;1-493.0;1-493.1;1-493.2;1-493.3;1-493.4;1-493.5;1-493.6;1-493.7;1-493.8;1-493.9;1-493.a;1-493.b;1-493.c;1-493.x;1-493.y;1-494.0;1-494.1;1-494.2;1-494.3;1-494.4;1-494.5;1-494.6;1-494.7;1-494.8;1-494.9;1-494.a;1-494.b;1-494.c;1-494.x;1-494.y;1-500.0;1-500.1;1-500.2;1-500.3;1-500.4;1-500.5;1-500.6;1-500.7;1-500.x;1-500.y;1-530;1-531;1-537;1-538;1-539;1-551.x;1-552.2;1-558.0;1-558.1;1-558.2;1-558.x;1-558.y;1-561.0;1-561.1;1-561.x;1-561.y;1-566;1-569.0;1-569.1;1-569.3;1-569.x;1-569.y;1-581.4;1-581.x;1-581.y;1-643;1-644;1-666.0;1-666.1;1-666.2;1-666.x;1-666.y;1-699.0;1-699.x;1-699.y;1-710;1-711;1-712;1-790;1-791;1-795;1-840.2;1-840.x;1-840.y;1-842;1-843;1-844;1-845;1-846.0;1-846.1;1-846.2;1-846.3;1-846.x;1-846.y;1-847.0;1-847.1;1-847.2;1-847.3;1-847.4;1-847.5;1-847.x;1-847.y;1-850;1-853.0;1-853.1;1-853.2;1-853.x;1-853.y;1-854.0;1-854.1;1-854.2;1-854.3;1-854.4;1-854.5;1-854.6;1-854.7;1-854.8;1-854.9;1-854.a;1-854.x;1-854.y;1-859.0;1-859.x;1-859.y;3-200;3-201;3-202;3-203;3-204;3-205;3-206;3-207;3-208;3-209;3-220;3-221;3-222;3-223;3-224;3-225;3-226;3-227;3-228;3-229;3-600;3-601;3-602;3-603;3-604;3-605;3-606;3-607;3-608;3-609;3-60a;3-610;3-611;3-612;3-613;3-614;3-615;3-619;3-620;3-621;3-629;3-700;3-701;3-702.0;3-702.1;3-702.x;3-702.y;3-704;3-705;3-706;3-707;3-708;3-709;3-70a;3-70b;3-70c;3-70d;3-720;3-721;3-722;3-724;3-729;3-740;3-741;3-749;3-800;3-801;3-802;3-803;3-804;3-805;3-806;3-807;3-808;3-809;3-80b;3-80c;3-820;3-821;3-822;3-823;3-824;3-825;3-826;3-827;3-828;3-82a;3-82b;3-82c;5-090.0;5-090.2;5-090.3;5-090.x;5-090.y;5-099.1;5-099.x;5-099.y;5-119.1;5-119.x;5-119.y;5-129.4;5-129.x;5-129.y;5-183.0;5-183.x;5-183.y;5-210.0;5-210.1;5-210.2;5-210.3;5-210.x;5-210.y;5-216.0;5-216.x;5-216.y;5-232.x0;5-232.x1;5-232.x2;5-232.x3;5-232.xy;5-233.2;5-233.x;5-233.y;5-235.7;5-235.8;5-235.x;5-235.y;5-237.10;5-237.11;5-237.12;5-237.1y;5-237.20;5-237.21;5-237.22;5-237.2y;5-240.1;5-241.4;5-242.0;5-242.1;5-242.3;5-242.4;5-242.x;5-242.y;5-245.0;5-245.1;5-245.y;5-249.1;5-249.2;5-249.4;5-249.5;5-249.x;5-249.y;5-253.0;5-253.x;5-253.y;5-260.0;5-260.10;5-260.11;5-260.1x;5-260.1y;5-260.20;5-260.21;5-260.2x;5-260.2y;5-260.x;5-260.y;5-270.0;5-270.2;5-270.3;5-270.4;5-270.5;5-270.6;5-270.7;5-270.8;5-270.9;5-270.x;5-270.y;5-274.0;5-274.x;5-274.y;5-279.1;5-279.x;5-279.y;5-339.01;5-339.0y;5-339.y;5-340.x;5-340.y;5-345.6;5-345.x;5-345.y;5-380.a0;5-380.a1;5-380.a2;5-380.a3;5-380.a4;5-380.a5;5-380.a6;5-380.ax;5-380.ay;5-380.x;5-380.y;5-388.a3;5-388.a4;5-395.a0;5-395.a3;5-395.a4;5-395.ax;5-395.ay;5-397.a0;5-397.a1;5-397.a2;5-397.a3;5-397.a4;5-397.a5;5-397.a6;5-397.ax;5-397.ay;5-399.3;5-399.4;5-399.7;5-399.9;5-399.a;5-399.x;5-399.y;5-418.x;5-418.y;5-422.53;5-422.x3;5-433.x3;5-449.13;5-449.23;5-449.33;5-449.53;5-451.63;5-452.53;5-467.21;5-469.13;5-469.23;5-469.33;5-469.43;5-469.53;5-469.63;5-469.73;5-469.83;5-

482.70;5-482.71;5-482.72;5-482.7x;5-482.7y;5-489.b;5-489.f;5-489.x;5-489.y;5-493.1;5-493.x;5-493.y;5-499.0;5-499.e;5-499.x;5-499.y;5-610.0;5-610.1;5-610.x;5-610.y;5-613.0;5-613.x;5-613.y;5-778.0;5-778.1;5-778.x;5-778.y;5-881.00;5-881.01;5-881.0y;5-881.10;5-881.11;5-881.1y;5-881.x0;5-881.x1;5-881.xy;5-881.y;5-882.00;5-882.01;5-882.0y;5-882.60;5-882.61;5-882.6y;5-882.x0;5-882.x1;5-882.xy;5-882.y;5-886.00;5-886.01;5-886.0y;5-886.x0;5-886.x1;5-886.xy;5-886.y;5-889.x0;5-889.x1;5-889.xy;5-889.y;5-890.00;5-890.04;5-890.05;5-890.06;5-890.07;5-890.08;5-890.09;5-890.0a;5-890.0b;5-890.0c;5-890.0d;5-890.0e;5-890.0f;5-890.0g;5-890.0x;5-890.0y;5-890.10;5-890.14;5-890.15;5-890.16;5-890.17;5-890.18;5-890.19;5-890.1a;5-890.1b;5-890.1c;5-890.1d;5-890.1e;5-890.1f;5-890.1g;5-890.1x;5-890.1y;5-890.20;5-890.24;5-890.25;5-890.26;5-890.27;5-890.28;5-890.29;5-890.2a;5-890.2b;5-890.2c;5-890.2d;5-890.2e;5-890.2f;5-890.2g;5-890.2x;5-890.2y;5-890.x0;5-890.x4;5-890.x5;5-890.x6;5-890.x7;5-890.x8;5-890.x9;5-890.xa;5-890.xb;5-890.xc;5-890.xd;5-890.xe;5-890.xf;5-890.xg;5-890.xx;5-890.xy;5-890.y;5-891;5-892.00;5-892.04;5-892.05;5-892.06;5-892.07;5-892.08;5-892.09;5-892.0a;5-892.0b;5-892.0c;5-892.0d;5-892.0e;5-892.0f;5-892.0g;5-892.0x;5-892.0y;5-892.10;5-892.14;5-892.15;5-892.16;5-892.17;5-892.18;5-892.19;5-892.1a;5-892.1b;5-892.1c;5-892.1d;5-892.1e;5-892.1f;5-892.1g;5-892.1x;5-892.1y;5-892.20;5-892.24;5-892.25;5-892.26;5-892.27;5-892.28;5-892.29;5-892.2a;5-892.2b;5-892.2c;5-892.2d;5-892.2e;5-892.2f;5-892.2g;5-892.2x;5-892.2y;5-892.40;5-892.44;5-892.45;5-892.46;5-892.47;5-892.48;5-892.49;5-892.4a;5-892.4b;5-892.4c;5-892.4d;5-892.4e;5-892.4f;5-892.4g;5-892.4x;5-892.4y;5-892.x0;5-892.x4;5-892.x5;5-892.x6;5-892.x7;5-892.x8;5-892.x9;5-892.xa;5-892.xb;5-892.xc;5-892.xd;5-892.xe;5-892.xf;5-892.xg;5-892.xx;5-892.xy;5-892.y;5-894.20;5-894.24;5-894.25;5-894.27;5-894.28;5-894.29;5-894.2a;5-894.2b;5-894.2d;5-894.2e;5-894.2f;5-894.2g;5-899.xc;5-899.y;5-900.00;5-900.04;5-900.05;5-900.06;5-900.07;5-900.08;5-900.09;5-900.0a;5-900.0b;5-900.0c;5-900.0d;5-900.0e;5-900.0f;5-900.0g;5-900.0x;5-900.0y;5-900.10;5-900.14;5-900.15;5-900.16;5-900.17;5-900.18;5-900.19;5-900.1a;5-900.1b;5-900.1c;5-900.1d;5-900.1e;5-900.1f;5-900.1g;5-900.1x;5-900.1y;5-900.x0;5-900.x4;5-900.x5;5-900.x6;5-900.x7;5-900.x8;5-900.x9;5-900.xa;5-900.xb;5-900.xc;5-900.xd;5-900.xe;5-900.xf;5-900.xg;5-900.xx;5-900.xy;5-900.y;5-908.0;5-908.x;5-908.y;5-909.x0;5-909.x4;5-909.x5;5-909.x6;5-909.x7;5-909.x8;5-909.x9;5-909.xa;5-909.xb;5-909.xc;5-909.xd;5-909.xe;5-909.xf;5-909.xg;5-909.xx;5-909.xy;5-909.y;5-912.0;5-912.x;5-912.y;5-913.30;5-913.34;5-913.35;5-913.36;5-913.37;5-913.38;5-913.39;5-913.3a;5-913.3b;5-913.3c;5-913.3d;5-913.3e;5-913.3f;5-913.3g;5-913.3x;5-913.3y;5-913.90;5-913.94;5-913.95;5-913.96;5-913.97;5-913.98;5-913.99;5-913.9a;5-913.9b;5-913.9c;5-913.9d;5-913.9e;5-913.9f;5-913.9g;5-913.9x;5-913.9y;5-913.x0;5-913.x4;5-913.x5;5-913.x6;5-913.x7;5-913.x8;5-913.x9;5-913.xa;5-913.xb;5-913.xc;5-913.xd;5-913.xe;5-913.xf;5-913.xg;5-913.xx;5-913.xy;5-913.y;5-914.00;5-914.04;5-914.05;5-914.06;5-914.07;5-914.08;5-914.09;5-914.0a;5-914.0b;5-914.0c;5-914.0d;5-914.0e;5-914.0f;5-914.0g;5-914.0x;5-914.0y;5-914.10;5-914.14;5-914.15;5-914.16;5-914.17;5-914.18;5-914.19;5-914.1a;5-914.1b;5-914.1c;5-914.1d;5-914.1e;5-914.1f;5-914.1g;5-914.1x;5-914.1y;5-914.x0;5-914.x4;5-914.x5;5-914.x6;5-914.x7;5-914.x8;5-914.x9;5-914.xa;5-914.xb;5-914.xc;5-914.xd;5-914.xe;5-914.xf;5-914.xg;5-914.xx;5-914.xy;5-914.y;5-920.11;5-920.12;5-920.13;5-920.21;5-920.22;5-920.23;5-921.00;5-921.01;5-921.02;5-921.03;5-921.04;5-921.05;5-921.06;5-921.07;5-921.08;5-921.09;5-921.0a;5-921.0b;5-921.0c;5-921.0d;5-921.0e;5-921.0f;5-921.0g;5-921.0x;5-921.0y;5-921.2y;5-921.4x;5-921.50;5-921.51;5-921.52;5-921.53;5-921.54;5-921.55;5-921.56;5-921.57;5-921.58;5-921.59;5-921.5a;5-921.5b;5-921.5c;5-921.5d;5-921.5e;5-921.5f;5-921.5g;5-921.5x;5-921.5y;5-921.60;5-921.61;5-921.62;5-921.63;5-921.64;5-921.65;5-921.66;5-921.67;5-921.68;5-921.69;5-921.6a;5-921.6b;5-921.6c;5-921.6d;5-921.6e;5-921.6f;5-921.6g;5-921.6x;5-921.6y;5-921.70;5-921.71;5-921.72;5-921.73;5-921.74;5-921.75;5-921.76;5-921.77;5-921.78;5-921.79;5-921.7a;5-921.7b;5-921.7c;5-921.7d;5-921.7e;5-921.7f;5-921.7g;5-921.7x;5-921.7y;5-921.x0;5-921.x1;5-921.x2;5-921.x3;5-921.x4;5-921.x5;5-921.x6;5-921.x7;5-921.x8;5-921.x9;5-921.xa;5-921.xb;5-921.xc;5-921.xd;5-921.xe;5-921.xf;5-921.xg;5-921.xx;5-921.xy;5-921.y;5-928.00;5-928.01;5-928.02;5-928.04;5-928.05;5-928.06;5-928.07;5-928.08;5-928.09;5-928.0a;5-928.0b;5-928.0c;5-928.0d;5-928.0e;5-928.0f;5-928.0g;5-928.0x;5-928.0y;5-928.10;5-928.11;5-928.12;5-928.14;5-928.15;5-928.16;5-928.17;5-928.18;5-928.19;5-928.1a;5-928.1b;5-928.1c;5-928.1d;5-928.1e;5-928.1f;5-928.1g;5-928.1x;5-928.1y;5-928.20;5-928.21;5-928.22;5-928.24;5-928.25;5-928.26;5-928.27;5-928.28;5-928.29;5-928.2a;5-928.2b;5-928.2c;5-928.2d;5-928.2e;5-928.2f;5-928.2g;5-928.2x;5-928.2y;5-928.x0;5-928.x1;5-928.x2;5-928.x4;5-928.x5;5-928.x6;5-928.x7;5-928.x8;5-928.x9;5-928.xa;5-928.xb;5-928.xc;5-928.xd;5-928.xe;5-928.xf;5-928.xg;5-928.xx;5-928.xy;5-928.y;5-92a.00;5-92a.01;5-92a.0y;5-92a.10;5-92a.11;5-92a.1y;5-92a.20;5-92a.21;5-92a.2y;5-92a.30;5-92a.31;5-92a.3y;5-92a.40;5-92a.41;5-92a.4y;5-92a.x0;5-92a.x1;5-92a.xy;5-92a.y;5-930.0;5-930.1;5-930.2;5-930.3;5-930.4;5-981;5-983;5-984;5-985;5-986;5-987;5-988;5-995;5-999.x;5-999.y;8-020.2;8-020.3;8-020.6;8-020.7;8-020.x;8-020.y;8-100.0;8-100.d;8-100.x;8-100.y;8-101.1;8-101.2;8-101.3;8-101.4;8-101.5;8-101.6;8-101.7;8-101.8;8-101.9;8-101.a;8-101.b;8-101.x;8-101.y;8-102.0;8-102.1;8-

102.2;8-102.3;8-102.4;8-102.5;8-102.6;8-102.7;8-102.8;8-102.9;8-102.a;8-102.x;8-102.y;8-112.1;8-112.x;8-112.y;8-115.0;8-115.1;8-115.2;8-115.x;8-115.y;8-119.0;8-119.x;8-119.y;8-120;8-121;8-123.1;8-123.x;8-123.y;8-124.1;8-124.x;8-124.y;8-132.0;8-132.1;8-132.2;8-132.3;8-132.x;8-132.y;8-133.0;8-133.1;8-133.x;8-133.y;8-136.2;8-136.x;8-136.y;8-138.0;8-138.1;8-138.x;8-138.y;8-139.0;8-139.x;8-139.y;8-144;8-145;8-147.x;8-147.y;8-149.x;8-149.y;8-151.0;8-151.1;8-151.2;8-151.3;8-151.4;8-151.x;8-151.y;8-152.0;8-152.1;8-152.2;8-152.x;8-152.y;8-153;8-154.0;8-154.1;8-154.2;8-154.3;8-154.x;8-154.y;8-155.0;8-155.1;8-155.2;8-155.x;8-155.y;8-156.0;8-156.1;8-156.2;8-156.3;8-156.x;8-156.y;8-157.1;8-157.x;8-157.y;8-158.0;8-158.1;8-158.2;8-158.3;8-158.4;8-158.5;8-158.6;8-158.7;8-158.8;8-158.9;8-158.a;8-158.b;8-158.c;8-158.d;8-158.e;8-158.f;8-158.g;8-158.h;8-158.j;8-158.k;8-158.m;8-158.n;8-158.p;8-158.q;8-158.r;8-158.s;8-158.t;8-158.x;8-158.y;8-159.0;8-159.1;8-159.2;8-159.3;8-159.4;8-159.x;8-159.y;8-170.x;8-170.y;8-171.0;8-171.1;8-171.x;8-171.y;8-172;8-176.0;8-176.1;8-176.2;8-176.x;8-176.y;8-177.0;8-177.1;8-177.2;8-177.x;8-177.y;8-178.0;8-178.1;8-178.2;8-178.3;8-178.4;8-178.5;8-178.6;8-178.7;8-178.8;8-178.9;8-178.a;8-178.b;8-178.c;8-178.d;8-178.e;8-178.f;8-178.g;8-178.h;8-178.j;8-178.k;8-178.m;8-178.n;8-178.p;8-178.q;8-178.r;8-178.s;8-178.t;8-178.x;8-178.y;8-179.0;8-179.x;8-179.y;8-200.0;8-200.1;8-200.2;8-200.3;8-200.4;8-200.5;8-200.6;8-200.7;8-200.8;8-200.9;8-200.a;8-200.b;8-200.c;8-200.d;8-200.e;8-200.f;8-200.g;8-200.h;8-200.j;8-200.k;8-200.m;8-200.n;8-200.p;8-200.q;8-200.r;8-200.s;8-200.t;8-200.u;8-200.v;8-200.w;8-200.x;8-200.y;8-201.0;8-201.1;8-201.2;8-201.3;8-201.4;8-201.5;8-201.6;8-201.7;8-201.8;8-201.9;8-201.a;8-201.b;8-201.c;8-201.d;8-201.e;8-201.f;8-201.g;8-201.h;8-201.j;8-201.k;8-201.m;8-201.n;8-201.p;8-201.q;8-201.r;8-201.s;8-201.x;8-201.y;8-210;8-211;8-212;8-213;8-310.0;8-310.1;8-310.2;8-310.3;8-310.4;8-310.5;8-310.x;8-310.y;8-390;8-400.0;8-400.1;8-400.2;8-400.3;8-400.4;8-400.x;8-400.y;8-401.0;8-401.1;8-401.2;8-401.3;8-401.4;8-401.5;8-401.6;8-401.x;8-401.y;8-410.0;8-410.1;8-410.x;8-410.y;8-411;8-412;8-419.0;8-419.x;8-419.y;8-500;8-501;8-502;8-503;8-504;8-506;8-515;8-520.0;8-520.1;8-520.y;8-521.0;8-521.1;8-521.y;8-522.0;8-522.1;8-522.2;8-522.3;8-522.4;8-522.5;8-522.6;8-522.7;8-522.8;8-522.x;8-522.y;8-523.6;8-523.7;8-523.x;8-523.y;8-524.3;8-524.x;8-524.y;8-525.3;8-525.4;8-525.x;8-525.y;8-526.0;8-526.1;8-526.2;8-526.x;8-526.y;8-527.0;8-527.1;8-527.2;8-527.3;8-527.4;8-527.5;8-527.6;8-527.7;8-527.x;8-527.y;8-528.0;8-528.1;8-528.2;8-528.3;8-528.4;8-528.5;8-528.6;8-528.7;8-528.x;8-528.y;8-529.0;8-529.1;8-529.2;8-529.3;8-529.4;8-529.5;8-529.6;8-529.x;8-529.y;8-540.0;8-540.1;8-540.2;8-540.4;8-540.x;8-540.y;8-541.0;8-541.1;8-541.2;8-541.3;8-541.4;8-541.5;8-541.x;8-541.y;8-550;8-551;8-560.0;8-560.1;8-560.x;8-560.y;8-600.0;8-600.1;8-601;8-602;8-603;8-640.0;8-640.1;8-640.x;8-640.y;8-641;8-642;8-643;8-650;8-711.1;8-711.2;8-711.3;8-711.x;8-711.y;8-714;8-718.0;8-718.1;8-718.2;8-718.3;8-718.y;8-770;8-771;8-779;8-800.4;8-800.5;8-800.x;8-800.y;8-801;8-802.2;8-802.3;8-802.x;8-802.y;8-803.0;8-803.1;8-803.2;8-803.3;8-803.x;8-803.y;8-810.4;8-810.5;8-810.x;8-810.y;8-821;8-822;8-823;8-831.0;8-831.2;8-831.3;8-831.4;8-831.5;8-831.x;8-831.y;8-832.0;8-832.2;8-832.3;8-832.4;8-832.x;8-832.y;8-836.0d;8-836.10;8-836.16;8-836.17;8-836.1d;8-836.1f;8-836.20;8-836.26;8-836.27;8-836.2d;8-836.2f;8-836.30;8-836.36;8-836.37;8-836.3d;8-836.3f;8-836.4d;8-836.4f;8-836.5d;8-836.5f;8-836.66;8-836.6d;8-836.6f;8-836.76;8-836.7d;8-836.86;8-836.8d;8-836.8f;8-836.94;8-836.95;8-836.97;8-836.9e;8-836.a4;8-836.a5;8-836.a7;8-836.ae;8-836.b4;8-836.b5;8-836.b7;8-836.be;8-836.c4;8-836.c5;8-836.c7;8-836.ce;8-836.dd;8-836.df;8-836.ed;8-836.ef;8-838.03;8-838.10;8-838.11;8-838.12;8-838.13;8-838.14;8-838.15;8-838.1x;8-838.1y;8-838.20;8-838.21;8-838.22;8-838.23;8-838.24;8-838.25;8-838.2x;8-838.2y;8-838.33;8-838.43;8-838.51;8-838.53;8-838.61;8-838.62;8-838.63;8-838.71;8-838.72;8-838.73;8-838.80;8-838.81;8-838.84;8-838.85;8-838.90;8-838.91;8-838.94;8-838.95;8-838.a0;8-838.a1;8-838.a4;8-838.a5;8-838.b0;8-838.b1;8-838.b4;8-838.b5;8-838.c1;8-838.c2;8-838.c4;8-838.c5;8-839.x;8-839.y;8-915;8-916;8-918;8-921;8-923;8-929;8-930;9-260;9-261;9-262.0;9-262.1;9-262.x;9-262.y;9-268;9-300;9-301;9-302;9-402.0;9-402.1;9-402.2;9-403;9-404;9-405.0;9-405.1;9-405.2;9-405.3

11.4.2 OPS-Kodes ohne Zuordnung zu DRGs, Zuordnung dringend empfohlen.

Die Kodes mit Text finden Sie in Teil II des Gutachtens

Die nachfolgende Liste enthält operative Eingriffe ohne Zuordnung zur DRGs. Diese Eingriffe sollten DRGs zugeordnet werden. Empfehlungen für entsprechende Hauptdiagnosekategorien sind in der Liste angegeben. Bei einigen OPS-Kodes am Ende der Liste muss die Einordnung in eine Hauptdiagnosekategorie nach Kalkulation an einer großen Fallgruppe noch erfolgen. Eine Zuteilung zu speziellen DRGs sollte nach Überprüfung an einer großen Fallgruppe durchgeführt werden.

MDC 08:

Zuordnung empfohlen zu Basis-DRG I08

5-781.0d;5-781.0e;5-781.1d;5-781.1e;5-781.2d;5-781.2e;5-781.3d;5-781.3e;5-781.4d;5-781.4e;5-781.5d;5-781.5e;5-781.6d;5-781.6e;5-781.7d;5-781.7e;5-781.8e;5-781.9e;5-781.ae;5-782.8d;5-782.9d;5-784.4d;5-784.5d;5-784.5f;5-784.5g;5-784.6d;5-784.6e;5-784.6f;5-784.6g;5-784.6h;5-784.9d;5-784.9e;5-784.ad;5-787.4d;5-787.5d;5-787.6d;5-787.7d;5-787.8d;5-787.8e;5-787.cd;5-787.ce;5-790.3d;5-790.3e;5-790.4d;5-790.4e;5-790.5d;5-790.5e;5-790.7d;5-790.7g;5-790.8d;5-790.cd;5-790.ce;5-793.9f;5-800.6e;5-801.2e;5-801.2f;5-801.4e;5-801.4f;5-801.ae;5-801.af;5-801.be;5-801.bf;5-801.ce;5-801.cf;

Zuordnung empfohlen zu Basis-DRG I13

5-782.8p;5-782.8q;5-782.8r;5-782.9p;5-782.9q;5-782.9r;5-784.4p;5-784.4q;5-784.51;5-784.5m;5-784.5n;5-784.5p;5-784.5q;5-784.5r;5-784.61;5-784.62;5-784.63;5-784.6k;5-784.6m;5-784.6n;5-784.6p;5-784.6q;5-784.6r;5-784.9p;5-784.9q;5-784.9r;5-784.ap;5-784.aq;5-785.0p;5-785.0q;5-785.0r;5-787.42;5-787.4m;5-787.4p;5-787.4q;5-787.4r;5-787.51;5-787.52;5-787.53;5-787.5k;5-787.5m;5-787.5n;5-787.5p;5-787.5q;5-787.5r;5-787.6q;5-787.71;5-787.72;5-787.73;5-787.7k;5-787.7m;5-787.7n;5-787.7p;5-787.7q;5-787.7r;5-787.8q;5-787.cp;5-787.cq;5-787.cr;5-790.3p;5-790.3q;5-790.3r;5-790.4p;5-790.4q;5-790.4r;5-790.5p;5-790.5q;5-790.5r;5-790.7m;5-790.7p;5-790.7q;5-790.7r;5-790.81;5-790.82;5-790.83;5-790.8k;5-790.8m;5-790.8n;5-790.8p;5-790.8q;5-790.8r;5-790.cp;5-790.cq;5-790.cr;5-791.3m;5-791.3q;5-791.42;5-791.4m;5-791.4q;5-791.5q;5-791.6q;5-791.7q;5-792.3m;5-792.3q;5-792.42;5-792.4m;5-792.4q;5-792.5q;5-792.6q;5-792.7q;5-793.4p;5-793.4r;5-793.51;5-793.53;5-793.5k;5-793.5n;5-793.5p;5-793.5r;5-793.a1;5-793.a3;5-793.ak;5-793.an;5-793.ap;5-793.ar;5-794.3p;5-794.3r;5-794.41;5-794.43;5-794.4k;5-794.4n;5-794.4p;5-794.4r;5-794.a1;5-794.a3;5-794.ak;5-794.an;5-794.ap;5-794.ar;5-79a.0k;5-79a.0m;5-79a.1j;5-79a.1k;5-79a.1m;5-79a.6j;5-79a.6k;5-79a.6m;5-79a.7j;5-79a.7k;5-79a.7m;5-79a.8j;5-79a.8k;5-79a.8m;5-79a.cj;5-79a.ck;5-79a.cm;5-79a.ej;5-79a.ek;5-79a.em;5-79a.fj;5-79a.fk;5-79a.fm;5-79a.gj;5-79a.gk;5-79a.gm;5-79a.xj;5-79a.xk;5-79a.xm;5-800.6j;5-801.4j;5-801.aj;5-801.am;5-801.bj;5-801.bm;5-801.cj;5-801.cm;5-810.0j;5-810.1j;5-810.3j;5-810.5j;5-811.0j;5-811.1j;5-811.1m;5-812.1j;5-812.2j;5-812.3j;5-812.4j;5-812.8j;5-812.8m;5-812.9j;5-812.9m;5-812.aj;5-812.am;5-819.0j;

Zuordnung empfohlen zu DRG I18Z:

5-79a.1h;5-79a.6h;5-79a.7h;5-79a.8h;5-79a.ch;5-79a.eh;5-79a.fh;5-79a.gh;5-79a.xh;

Zuordnung empfohlen zu DRG I20Z:

5-781.0s;5-781.0v;5-781.0w;5-781.1s;5-781.1u;5-781.1v;5-781.1w;5-781.2s;5-781.2t;5-781.2u;5-781.2v;5-781.2w;5-781.3s;5-781.3u;5-781.3v;5-781.3w;5-781.4s;5-781.4u;5-781.4v;5-781.4w;5-781.5s;5-781.5t;5-781.5u;5-781.5v;5-781.5w;5-781.6s;5-781.6t;5-781.6u;5-781.6v;5-781.6w;5-781.7s;5-781.7t;5-781.7u;5-781.7v;5-781.7w;5-781.8s;5-781.8v;5-781.8w;5-781.9w;5-781.av;5-781.aw;5-781.xv;5-781.xw;5-782.0v;5-782.0w;5-782.1v;5-782.1w;5-782.2v;5-782.2w;5-782.3v;5-782.3w;5-782.4v;5-782.4w;5-782.5v;5-782.5w;5-782.6v;5-782.6w;5-782.7v;5-782.7w;5-782.8b;5-782.8s;5-782.8t;5-782.8u;5-782.8v;5-782.8w;5-782.9s;5-782.9t;5-782.9u;5-782.9v;5-782.9w;5-782.xv;5-782.xw;5-784.4s;5-784.4t;5-784.4u;5-784.4v;5-784.4w;5-784.5t;5-784.5u;5-784.5v;5-784.5w;5-784.6s;5-784.6t;5-784.6u;5-784.6v;5-784.6w;5-784.9s;5-784.9t;5-784.9u;5-784.9v;5-784.9w;5-784.as;5-784.at;5-784.au;5-784.av;5-784.aw;5-785.0s;5-785.0t;5-785.0u;5-785.0v;5-785.0w;5-787.4s;5-787.4t;5-787.4u;5-787.4v;5-787.4w;5-787.5s;5-787.5t;5-787.5u;5-787.5v;5-787.5w;5-787.6t;5-787.6u;5-787.6v;5-787.7s;5-787.7t;5-787.7u;5-787.7v;5-787.7w;5-787.8s;5-787.8t;5-787.8u;5-787.8v;5-787.8w;5-787.cs;5-787.ct;5-787.cu;5-787.cv;5-787.cw;5-790.3s;5-790.3t;5-790.3u;5-790.3v;5-790.3w;5-790.4s;5-790.4t;5-790.4u;5-790.4v;5-790.4w;5-790.5s;5-790.5t;5-790.5u;5-790.5v;5-790.5w;5-790.7s;5-790.7t;5-790.7u;5-790.7v;5-790.7w;5-790.8s;5-790.8t;5-790.8u;5-790.8v;5-790.8w;5-790.cs;5-790.ct;5-790.cu;5-790.cv;5-790.cw;5-79a.0n;5-79a.0p;5-79a.0q;5-79a.0r;5-79a.1n;5-79a.1p;5-79a.1q;5-79a.1r;5-79a.6n;5-79a.6p;5-79a.6q;5-79a.6r;5-79a.7n;5-79a.7p;5-79a.7q;5-79a.7r;5-79a.8n;5-79a.8p;5-79a.8q;5-79a.8r;5-79a.cn;5-79a.cp;5-79a.cq;5-79a.cr;5-79a.en;5-79a.ep;5-79a.eq;5-79a.er;5-79a.fn;5-79a.fp;5-79a.fq;5-79a.fr;5-79a.gn;5-79a.gp;5-79a.gq;5-79a.gr;5-79a.xn;5-79a.xp;5-79a.xq;5-79a.xr;5-801.an;5-801.ap;5-801.aq;5-801.ar;5-801.bn;5-801.bp;5-801.bq;5-801.br;5-801.cn;5-801.cp;5-801.cq;5-801.cr;5-810.0p;5-810.1p;5-810.2p;5-810.3n;5-810.3p;5-810.3r;5-810.5q;5-810.5r;5-810.6n;5-810.6p;5-810.6q;5-810.6r;5-811.0n;5-811.0p;5-811.0q;5-811.0r;5-811.1n;5-811.1p;5-811.1q;5-811.1r;5-812.8n;5-812.8p;5-812.8q;5-812.8r;5-812.9n;5-812.9p;5-812.9q;5-812.9r;5-812.an;5-812.ap;5-812.aq;5-812.ar;5-819.0n;5-819.0p;5-819.0q;5-819.0r;

MDC 10:

Zuordnung empfohlen zu Basis-DRG K64

8-530.0

11.4.3 OPS-Kodes ohne Zuordnung zu DRGs, Zuordnung dringend empfohlen II

Die Kodes mit Text finden Sie in Teil II des Gutachtens

Die nachfolgende Liste enthält operative Eingriffe, die bisher keiner DRG zugeordnet sind. Diese OPS-Kodes sollten den entsprechenden DRGs zugeordnet werden sollten. Empfehlungen für entsprechende Hauptdiagnosekategorien und für spezielle DRGs sind in der Liste erfolgt. Eine Überprüfung an einer großen Fallgruppe sollte durchgeführt werden**.**

MDC 01:

1-401.0;1-401.1;1-401.2;1-401.3;1-401.4;1-401.5;1-401.x;1-401.y;1-510.0;1-510.1;1-510.2;1-510.3;1-510.4;1-510.6;1-510.x;1-510.y;1-841;5-024.4;5-024.7;5-024.x;5-024.y;5-038.0;5-038.2;5-038.9;5-038.b;5-038.x;5-038.y;5-078.y;

Zuordnung empfohlen zu MDC 02

5-100.02;5-100.03;5-100.12;5-100.13;5-100.22;5-100.23;5-100.32;5-100.33;5-100.42;5-100.43;5-100.x0;5-100.x2;5-100.x3;5-101.02;5-101.03;5-101.12;5-101.13;5-101.22;5-101.23;5-101.32;5-101.33;5-101.x2;5-101.x3;5-102.02;5-102.03;5-102.12;5-102.13;5-102.x2;5-102.x3;5-103.02;5-103.03;5-103.12;5-103.13;5-103.x2;5-103.x3;5-105.00;5-105.01;5-105.04;5-105.05;5-105.10;5-105.11;5-105.14;5-105.15;5-105.20;5-105.21;5-105.24;5-105.25;5-105.30;5-105.31;5-105.34;5-105.35;5-105.40;5-105.41;5-105.44;5-105.45;5-105.x0;5-105.x1;5-105.x4;5-105.x5;5-106.00;5-106.01;5-106.04;5-106.05;5-106.10;5-106.11;5-106.14;5-106.15;5-106.20;5-106.21;5-106.24;5-106.25;5-106.30;5-106.31;5-106.34;5-106.35;5-106.x0;5-106.x1;5-106.x4;5-106.x5;5-107.00;5-107.01;5-107.04;5-107.05;5-107.10;5-107.11;5-107.14;5-107.15;5-107.x0;5-107.x1;5-107.x4;5-107.x5;5-108.00;5-108.01;5-108.04;5-108.05;5-108.10;5-108.11;5-108.14;5-108.15;5-108.x0;5-108.x1;5-108.x4;5-108.x5;5-146.00;5-146.10;5-146.20;5-146.x0;5-156.8;5-156.x;5-156.y;

Zuordnung empfohlen zu MDC 03

5-200.0;5-200.2;5-200.y;5-220.0;5-220.1;5-220.2;5-220.4;5-220.x;5-220.y;5-221.x0;5-221.x1;5-221.xy;5-259.0;5-259.1;5-259.2;5-259.x;5-259.y;5-277.11;5-284.0;5-284.x;5-284.y;5-310.0;5-310.1;5-310.x;5-310.y;5-319.0;5-319.11;5-319.1y;5-319.6;5-319.7;5-319.x;5-319.y;

Zuordnung empfohlen zu MDC 04

5-340.0

Zuordnung empfohlen zu MDC 05

1-279.9;1-279.x;1-279.y;1-497.0;1-497.1;1-497.2;5-358.15;5-358.16;5-358.17;5-358.35;5-358.36;5-358.37;5-358.45;5-358.46;5-358.47;5-358.55;5-358.56;5-358.57;5-359.1y;5-377.0;5-377.1;5-377.2;5-377.3;5-377.x;5-378.60;5-378.61;5-378.62;5-378.6x;5-378.77;5-378.90;5-378.92;5-378.94;5-378.95;5-378.9x;5-378.9y;5-382.a0;5-382.a1;5-382.a2;5-382.a3;5-382.a4;5-382.a5;5-382.a6;5-382.ax;5-382.ay;5-383.a0;5-383.a1;5-383.a2;5-383.a3;5-383.a4;5-383.a5;5-383.a6;5-383.ax;5-383.ay;5-384.03;5-384.04;5-384.05;5-384.06;5-384.13;5-384.14;5-384.15;5-384.16;5-384.23;5-384.24;5-384.25;5-384.26;5-384.33;5-384.34;5-384.35;5-384.36;5-384.43;5-384.44;5-384.45;5-384.46;

Zuordnung empfohlen zu MDC 06

5-420.10;5-420.12;5-420.13;5-420.14;5-420.15;5-429.0;5-429.63;5-429.6y;5-429.93;5-429.9y;5-429.x;5-429.y;5-444.5;5-448.10;5-448.11;5-448.12;5-448.13;5-448.1x;5-448.1y;5-449.00;5-449.01;5-449.02;5-449.70;5-449.71;5-449.72;5-449.80;5-449.81;5-449.82;5-449.b0;5-449.b1;5-449.b2;5-449.c0;5-449.c1;5-449.c2;5-449.d0;5-449.d1;5-449.d2;5-449.e0;5-449.e1;5-449.e2;5-449.f0;5-449.f1;5-449.f2;5-449.g0;5-449.g1;5-449.g2;5-451.43;5-451.53;5-451.x3;5-452.33;5-452.43;5-452.x3;5-463.x0;5-463.x1;5-463.x2;5-463.xx;5-463.xy;5-463.y;5-464.40;5-467.63;5-467.70;5-467.80;5-468.00;5-468.10;5-469.b0;5-469.b1;5-469.b2;5-469.c0;5-469.c1;5-469.c2;5-469.d0;5-469.d1;5-469.d2;5-469.e0;5-469.e1;5-469.e2;5-469.g0;5-469.g1;5-469.g2;5-484.15;5-484.16;5-484.62;5-489.1;5-489.2;

Zuordnung empfohlen zu MDC 07

1-497.3;5-506.2;5-506.x;5-506.y;5-518.01;5-529.11;5-529.12;5-529.21;5-529.22;5-529.31;5-529.32;5-529.41;5-529.42;5-529.51;5-529.52;5-529.61;5-529.62;5-529.71;5-529.72;5-529.81;5-529.82;5-529.91;5-529.92;5-529.a1;5-529.a2;5-529.b1;5-529.b2;5-529.c1;5-529.c2;5-529.d1;5-529.d2;5-529.e1;5-529.e2;5-529.f1;5-549.x;5-549.y;

Anhang
Nicht zugeordnete OPS-Kodes

Zuordnung empfohlen zu MDC 08

5-781.00;5-781.0a;5-781.0j;5-781.10;5-781.1a;5-781.1j;5-781.24;5-781.27;5-781.2j;5-781.2p;5-781.2q;5-781.3a;5-781.3j;5-781.4a;5-781.4j;5-781.50;5-781.5a;5-781.5j;5-781.5p;5-781.5q;5-781.60;5-781.6a;5-781.6j;5-781.6p;5-781.6q;5-781.70;5-781.74;5-781.77;5-781.79;5-781.7a;5-781.7b;5-781.7c;5-781.7j;5-781.8j;5-781.9a;5-781.9j;5-781.9s;5-781.9v;5-781.aj;5-781.xj;5-782.0j;5-782.1j;5-782.2j;5-782.3j;5-782.4j;5-782.5j;5-782.6j;5-782.7j;5-782.80;5-782.8j;5-782.90;5-782.9b;5-782.9j;5-782.xj;5-784.40;5-784.4j;5-784.50;5-784.55;5-784.56;5-784.57;5-784.58;5-784.59;5-784.5a;5-784.5b;5-784.5c;5-784.60;5-784.64;5-784.65;5-784.66;5-784.67;5-784.68;5-784.69;5-784.6a;5-784.6b;5-784.6c;5-784.6j;5-784.6x;5-784.6y;5-784.90;5-784.9a;5-784.9b;5-784.9c;5-784.9j;5-784.9x;5-784.9y;5-784.a0;5-784.ab;5-784.ac;5-784.aj;5-785.0b;5-785.0c;5-787.3j;5-787.40;5-787.45;5-787.48;5-787.4b;5-787.50;5-787.54;5-787.55;5-787.56;5-787.57;5-787.58;5-787.59;5-787.5a;5-787.5b;5-787.5c;5-787.5j;5-787.6a;5-787.70;5-787.74;5-787.75;5-787.76;5-787.77;5-787.78;5-787.79;5-787.7a;5-787.7b;5-787.7c;5-787.7j;5-787.8a;5-787.8b;5-787.8c;5-787.8j;5-787.c0;5-787.ca;5-787.cb;5-787.cj;5-790.30;5-790.3a;5-790.3b;5-790.3c;5-790.3j;5-790.40;5-790.4a;5-790.4b;5-790.4c;5-790.4j;5-790.50;5-790.5a;5-790.5b;5-790.5c;5-790.5j;5-790.70;5-790.72;5-790.75;5-790.78;5-790.7b;5-790.80;5-790.84;5-790.85;5-790.86;5-790.87;5-790.88;5-790.89;5-790.8a;5-790.8b;5-790.8c;5-790.8j;5-790.c0;5-790.ca;5-790.cb;5-790.cj;5-791.35;5-791.38;5-791.45;5-791.48;5-792.35;5-792.38;5-792.45;5-792.48;5-793.3j;5-793.44;5-793.47;5-793.49;5-793.4j;5-793.54;5-793.56;5-793.57;5-793.59;5-793.5j;5-793.7j;5-793.a4;5-793.a6;5-793.a7;5-793.a9;5-793.aj;5-794.2j;5-794.34;5-794.37;5-794.39;5-794.3j;5-794.44;5-794.46;5-794.47;5-794.49;5-794.4j;5-794.6j;5-794.a4;5-794.a6;5-794.a7;5-794.a9;5-794.aj;5-79a.00;5-79a.01;5-79a.02;5-79a.03;5-79a.04;5-79a.05;5-79a.06;5-79a.07;5-79a.08;5-79a.09;5-79a.0a;5-79a.0b;5-79a.0c;5-79a.0d;5-79a.0f;5-79a.0g;5-79a.0h;5-79a.0j;5-79a.0x;5-79a.0y;5-79a.10;5-79a.11;5-79a.12;5-79a.13;5-79a.14;5-79a.15;5-79a.16;5-79a.17;5-79a.18;5-79a.19;5-79a.1a;5-79a.1b;5-79a.1c;5-79a.1d;5-79a.1f;5-79a.1g;5-79a.1x;5-79a.1y;5-79a.60;5-79a.61;5-79a.62;5-79a.63;5-79a.64;5-79a.65;5-79a.66;5-79a.67;5-79a.68;5-79a.69;5-79a.6a;5-79a.6b;5-79a.6c;5-79a.6d;5-79a.6f;5-79a.6g;5-79a.6x;5-79a.6y;5-79a.70;5-79a.71;5-79a.72;5-79a.73;5-79a.74;5-79a.75;5-79a.76;5-79a.77;5-79a.78;5-79a.79;5-79a.7a;5-79a.7b;5-79a.7c;5-79a.7d;5-79a.7f;5-79a.7g;5-79a.7x;5-79a.7y;5-79a.80;5-79a.81;5-79a.82;5-79a.83;5-79a.84;5-79a.85;5-79a.86;5-79a.87;5-79a.88;5-79a.89;5-79a.8a;5-79a.8b;5-79a.8c;5-79a.8d;5-79a.8f;5-79a.8g;5-79a.8x;5-79a.8y;5-79a.c0;5-79a.c1;5-79a.c2;5-79a.c3;5-79a.c4;5-79a.c5;5-79a.c6;5-79a.c7;5-79a.c8;5-79a.c9;5-79a.ca;5-79a.cb;5-79a.cc;5-79a.cd;5-79a.cf;5-79a.cg;5-79a.cx;5-79a.cy;5-79a.e0;5-79a.e1;5-79a.e2;5-79a.e3;5-79a.e4;5-79a.e5;5-79a.e6;5-79a.e7;5-79a.e8;5-79a.e9;5-79a.ea;5-79a.eb;5-79a.ec;5-79a.ed;5-79a.ef;5-79a.eg;5-79a.ex;5-79a.ey;5-79a.f0;5-79a.f1;5-79a.f2;5-79a.f3;5-79a.f4;5-79a.f5;5-79a.f6;5-79a.f7;5-79a.f8;5-79a.f9;5-79a.fa;5-79a.fb;5-79a.fc;5-79a.fd;5-79a.ff;5-79a.fg;5-79a.fx;5-79a.fy;5-79a.g0;5-79a.g1;5-79a.g2;5-79a.g3;5-79a.g4;5-79a.g5;5-79a.g6;5-79a.g7;5-79a.g8;5-79a.g9;5-79a.ga;5-79a.gb;5-79a.gc;5-79a.gd;5-79a.gf;5-79a.gg;5-79a.gx;5-79a.gy;5-79a.x0;5-79a.x1;5-79a.x2;5-79a.x3;5-79a.x4;5-79a.x5;5-79a.x6;5-79a.x7;5-79a.x8;5-79a.x9;5-79a.xa;5-79a.xb;5-79a.xc;5-79a.xd;5-79a.xf;5-79a.xg;5-79a.xx;5-79a.xy;5-79a.y;5-800.6f;5-801.02;5-801.12;5-801.22;5-801.31;5-801.32;5-801.33;5-801.41;5-801.42;5-801.43;5-801.a1;5-801.a2;5-801.a3;5-801.a6;5-801.a9;5-801.b1;5-801.b2;5-801.b3;5-801.b6;5-801.b9;5-801.c1;5-801.c2;5-801.c3;5-801.c6;5-801.c9;5-809.21;5-810.23;5-810.2f;5-810.31;5-810.33;5-810.36;5-810.3e;5-810.3f;5-810.42;5-810.4e;5-810.51;5-810.52;5-810.53;5-810.61;5-810.62;5-810.63;5-810.6e;5-810.6f;5-810.6j;5-810.6m;5-811.02;5-811.03;5-811.06;5-811.0e;5-811.0f;5-811.11;5-811.12;5-811.13;5-811.14;5-811.15;5-811.16;5-811.17;5-811.18;5-811.19;5-811.1e;5-811.1f;5-811.22;5-811.2e;5-811.2f;5-811.32;5-811.3e;5-811.3f;5-812.02;5-812.12;5-812.1f;5-812.22;5-812.2f;5-812.32;5-812.33;5-812.3f;5-812.42;5-812.43;5-812.4e;5-812.4f;5-812.81;5-812.82;5-812.83;5-812.8e;5-812.8f;5-812.91;5-812.92;5-812.93;5-812.9e;5-812.9f;5-812.a1;5-812.a2;5-812.a3;5-812.ae;5-812.af;5-819.02;5-819.0e;5-819.0f;5-840.16;5-840.17;5-840.18;5-840.19;5-840.26;5-840.27;5-840.28;5-840.29;5-840.86;5-840.87;5-840.88;5-840.89;5-840.96;5-840.97;5-840.98;5-840.99;5-840.a6;5-840.a7;5-840.a8;5-840.a9;5-840.b6;5-840.b7;5-840.b8;5-840.b9;5-840.c6;5-840.c7;5-840.c8;5-840.c9;5-840.d6;5-840.d7;5-840.d8;5-840.d9;5-840.e6;5-840.e7;5-840.e8;5-840.e9;5-840.f6;5-840.f7;5-840.f8;5-840.f9;5-840.g6;5-840.g7;5-840.g8;5-840.g9;5-840.h6;5-840.h7;5-840.h8;5-840.h9;5-840.k6;5-840.k7;5-840.k8;5-840.k9;5-840.m6;5-840.m7;5-840.m8;5-840.m9;5-840.n6;5-840.n7;5-840.n8;5-840.n9;

Zuordnung empfohlen zu MDC 09

5-889.60;5-889.61;5-889.6y;5-889.70;5-889.71;5-889.7y;5-909.04;5-909.10;5-909.14;5-909.15;5-909.16;5-909.17;5-909.18;5-909.19;5-909.1a;5-909.1b;5-909.1c;5-909.1d;5-909.1e;5-909.1f;5-909.1g;5-909.1x;5-909.1y;5-912.1;

Zuordnung empfohlen zu MDC 11

5-554.93;5-569.02;5-569.12;5-569.32;5-569.42;5-569.52;5-569.61;5-569.81;5-570.0;5-570.1;5-570.2;5-570.3;5-570.x;5-570.y;5-572.1;5-572.x;5-572.y;5-579.02;5-579.03;5-579.04;5-579.0x;5-579.0y;5-579.12;5-579.13;5-579.14;5-579.1x;5-579.1y;5-579.22;5-579.23;5-579.24;5-579.2x;5-579.2y;5-579.52;5-579.53;5-579.54;5-579.5x;5-579.5y;5-579.63;5-579.6x;5-579.6y;5-579.72;5-579.73;5-579.74;5-579.7x;5-579.7y;5-579.x2;5-579.x3;5-579.x4;5-579.xx;5-579.xy;5-582.0;5-582.3;5-582.4;5-582.x;5-582.y;8-857.0;8-857.1;8-857.2;8-857.x;8-857.y;

Zuordnung empfohlen zu MDC 12

5-635;5-636.00;5-636.01;5-636.0y;5-636.10;5-636.11;5-636.1y;5-636.20;5-636.21;5-636.2y;5-636.x0;5-636.x1;5-636.xy;5-636.y;

Zuordnung empfohlen zu MDC 13

5-640.0;5-640.1;5-640.x;5-640.y;5-670;5-679.0;5-679.x;5-679.y;5-691;

Zuordnung empfohlen zu MDC 14

5-730;5-731.x;5-731.y;5-738.0;5-738.2;5-738.x;5-738.y;

Zuordnung empfohlen zu MDC 21

5-982.0;5-982.1;5-982.2;5-982.x;5-982.y;

MDC-Zuordnung muss noch erfolgen:

1-497.x;1-497.y;5-590.64;5-590.74;5-590.84;5-760.0;5-760.14;5-760.3;5-760.5;5-760.x0;5-760.xx;5-760.xy;5-760.y;5-761.0;5-761.2;5-761.x0;5-761.xx;5-761.xy;5-761.y;5-762.0;5-762.x0;5-762.xx;5-762.xy;5-762.y;5-763.0;5-763.2;5-763.4;5-763.6;5-763.x0;5-763.xx;5-763.xy;5-763.y;5-764.0;5-764.3;5-764.x0;5-764.xx;5-764.xy;5-764.y;5-765.0;5-765.5;5-765.8;5-765.x0;5-765.xx;5-765.xy;5-765.y;5-769.0;5-769.1;5-769.2;5-769.3;5-769.4;5-769.5;5-769.6;5-769.x;5-769.y;5-778.2;5-779.0;5-779.x;5-779.y;5-898.0;5-898.2;5-898.4;5-898.5;5-898.6;5-898.a;5-898.x;5-898.y;