VERGÜTUNG 01.08.2021

DRG und Kodierung 2021 in der Chirurgie



DRG und Kodierung 2021 in der Chirurgie

Das G-DRG-System 2021 beinhaltet insgesamt 1.275 Fallpauschalen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen leichten Rückgang um 17 G-DRGs ausschließlich in der Gruppe der bewerteten Fallpauschalen. Die dem Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation des G-DRG-Systems 2021 zur Verfügung stehenden Daten (Kalkulationsstichprobe) sind bei insgesamt guter Repräsentativität der Stichprobe heterogener als in den Vorjahren, da insgesamt 11 Krankenhäuser weniger daran teilgenommen haben und die Ausgliederung der Pflegekosten zu Verschiebungen geführt hat. So werden in den Katalogen auch in diesem Jahr wieder die Relativgewichte für ausgegliederte DRGs (aDRGs) fallbezogen und tagesbezogene Pflegeentgeltwerte angegeben. Insgesamt haben 283 Krankenhäuser von 1.914 erfolgreich an der Kalkulation teilgenommen. Die bundesweite mittlere Verweildauer aller stationären Fälle sank um 1,3 % auf 5,93 Tage. Die Bezugsgröße ist auf 3.273,60 € angestiegen.

Von den Umstrukturierungen des Fallpauschalenkatalogs profitieren (positiver Katalogeffekt) vor allem Fallpauschalen für Kinder und onkologische Fälle. Im Bereich der Chirurgie finden sich zahlreiche kleinere Änderungen, die sich je nach Spektrum der Klinik individuell sehr unterschiedlich auswirken können. Insofern lohnt in diesem Jahr ganz besonders die klinikindividuelle Analyse der Katalogveränderungen.

COVID-19

Corona-bedingte Änderungen in der Kalkulation werden aufgrund der Kalkulationssystematik erst gesondert im G-DRG-System 2022 berücksichtigt werden können. Aufwände im Rahmen von Beatmungen, Isolationen oder insbesondere Infektionen der oberen Atemwege (über eine gezielte Analyse von CCL-Werten) konnten jedoch bereits in diesem Jahr berücksichtigt werden. Zudem lassen Zusatzentgelte, z. B. für ECMO-Verfahren, eine aufwandsgerechte Abrechnung zu.

Neben den bereits bekannten Kodes U07.1! und U07.2! für die COVID-19-Infektion mit und ohne Virusnachweis gibt es nun auch Kodes für eine durchgemachte COVID-19-Infektion mit und ohne Folgen:

- U08.9, U09.9! und U10.9 für Zustände in Zusammenhang mit vorausgegangener COVID-19-Krankheit (anamnetisch, Post-COVID-19-Zustand, Multisystemisches Entzündungssyndrom) sowie
- U11.9 und U12.9! für Coronavirus-Schutzimpfung und deren unerwünschte Nebenwirkungen.

Sachkostenkorrektur und mengenanfällige Leistungen

Die grundsätzlichen Veränderungen seit 2017 zur Sachkostenkorrektur wurden auch 2021 beibehalten und führen zu einer Umverteilung von 6,64 % bei den Sachkosten zu einer Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten von jeweils 2,11 %. Ebenfalls unverändert bleibt die gezielte Abwertung von mengenanfälligen Leistungen: Hier sind die G-DRGs I10D bis I10H an der Wirbelsäule und die G-DRG I47C für die primäre Hüftendoprothetik betroffen. Nicht operative Behandlungen an der

Wirbelsäule, die mit der G-DRG I68E und I68D abgerechnet werden, werden weiterhin über der Medianzahl von 156 bzw. 40 mit einer niedrigeren Bewertungsrelation abgerechnet. Dieser Eingriff in die ansonsten datengetriebene Systemkalkulation ist weiterhin umstritten und kontrovers zu diskutieren.

Schweregradsteigernde Nebendiagnosen

In diesem Jahr wurde die CCL-Matrix der schweregradsteigernden Nebendiagnosen wieder umfassender analysiert. Das Hauptaugenmerk lag dabei auf der inhaltlichen Nähe zu typischen Basis-DRG-Inhalten, streitbefangener Kodierung, Besonderheiten der Verschlüsselung, Schieflagen in der Kalkulation, starkem Fallzahlwachstum bzw. veränderten Kodierhäufigkeiten oder Änderungen in der ICD-10 GM. Nach der Herausnahme der Pflegepersonalkosten ist für eine Vielzahl von Diagnosen die Einstufung im CCL-Schweregradsystem nicht mehr oder nicht mehr in der aktuellen Höhe durch Mehrkosten begründet. Es gibt in diesem Jahr 1.927 veränderte Einstufungen, die insbesondere aus Abwertungen bestehen, 5 Diagnosen wurden aufgewertet, 27 Kodes neu aufgenommen.

Zusatzentgelte

Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS, 9-200, 9-201 und 9-202) wird ab 2021 ersatzlos gestrichen (ZE130 und ZE 131), die Zusatzentgelte für höhere Pflegegrade (ZE162 und ZE163) und die Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60 und ZE145) bleiben erhalten.

Strukturmerkmale und Komplexkodes

Mit dem OPS 2021 hat das BfArM (ehemals DIMDI) die Mindestmerkmale der sogenannten Komplexprozeduren aus dem Kapitel 8, aber Kodes in Kapitel 1 und 9 teilweise in krankenhausbezogene Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale überführt. Hintergrund dafür ist das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, bei dem der § 275d neu in das SGB V eingefügt wurde. Dieser sieht unter anderem vor, dass anstelle der bislang erfolgenden Einzelfallprüfungen von Mindestmerkmalen einiger OPS-Kodes nun Vorab-Prüfungen der Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom BfArM herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Abs. 2 SGB V durch den Medizinischen Dienst erfolgen sollen. Die gutachterliche Bescheinigung über die Einhaltung dieser Strukturmerkmale wird 2022 Voraussetzung für die Abrechnung der entsprechenden Leistungen sein. Diese Regelung sollte erstmals für das Jahr 2021 Gültigkeit erlangen, wurde dann aber durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 um ein Jahr verschoben. Die Änderungen betreffen verschiedene Komplexprozeduren, zum Beispiel in der Intensivmedizin. Die Begutachtung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach dem OPS führt der Medizinische Dienst zukünftig regelmäßig durch. Sie soll nach einer neuen Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund erfolgen, die am 20.05.2021 erlassen wurde.

Die Beatmung stellt weiterhin ein Minenfeld der Bewertung dar, das auch 2021 nicht an Brisanz verliert. Der 2019 eingeführte OPS-Kode 8-718 für das Weaningverfahren wurde überarbeitet. Die Kodes 8-718.0 -6 sind gestrichen worden und das Weaningverfahren wird mit den OPS-Kodes 8-718.7, 8-718.8 und 8-718.9 differenzierter kodiert, wobei für die OPS-Kodes 8-718.8 und 8-718.9 ein zu vereinbarendes Entgelt ZE2021-190 angesteuert wird.

Schlichtungsausschuss

Der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG hat fristgerecht Entscheidungen zu allen 69 zwischen der „Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste“ (SEG-4) und dem „Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling“ (FoKA) bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen entschieden. Die Entscheidungen gelten als Kodierregeln und sind für Kliniken, MDK und Kostenträger bindend. Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Alle Informationen und Entscheidungen zum Schlichtungsausschuss findet man unter der Internet-Adresse https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG.

ICD-Kodierung

In der Kodierung gibt es einige Weiterentwicklungen, die Kodierunsicherheiten aufgreifen und für Sicherheit in der Anwendung der Regelwerke für Kliniken und Gutachter sorgen sowie eine Reduktion von Kostenträgerstreitigkeiten erreichen sollen. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Logiken der sozialgerichtlichen Rechtsprechung von großer Bedeutung.

In der Gefäßchirurgie wird dem Penetrierenden Aortenulkus (PAU) ein eigener ICD-Schlüssel (I77.80) zugeordnet. Eine Klarstellung der GI-Blutung bei Angiodysplasie erfolgte mittels Exklusivum in der K92.2 und Verweis auf die ICD-Kodes K31.- oder K55.-. Die Divertikulitis bzw. Divertikulose sind als Divertikelkrankheit im ICD-Kodebereich K57.- neu überarbeitet und an die ursprüngliche Terminologie der WHO-Fassung angeglichen worden. Die Kodes, bei denen eine Divertikelkrankheit mit Perforation/Abszedierung der Kategorie Divertikulose zugeordnet war, wurden gestrichen und auf die entsprechenden Kodes der Kategorie Divertikulitis übergeleitet. Bei der Schlüsselnummer K65.0 Akute Peritonitis wurden neue 5-Steller eingeführt, um eine spontane bakterielle Peritonitis [SBP] spezifisch kodieren zu können.

Die Schlüsselnummern der Dekubitalgeschwüre (L89.-) wurden an die Terminologie der international und national maßgeblichen Leitlinie des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) angepasst. Bei Schlüsselnummer L89.1- Dekubitus 2. Grades wurden auch die Inklusiva angepasst. Im Kodebereich S10.- bis S90.- wurden bei den Schlüsselnummern zur Kodierung von sonstigen oberflächlichen Verletzungen neue 5-Steller eingeführt, um ein subkutanes (geschlossenes) Décollement spezifisch kodieren zu können.

OPS-Kodierung

Zahlreiche OPS-Kodes wurde 2021 in den chirurgischen Fachbereichen präzisiert und sollen Kodierunsicherheiten beseitigen:

Operationen am Herzen
•Unterteilung des Kodes für die endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion nach der Art der Rekonstruktion und des Zugangs (5-35a.5 ff.).

Operationen an den Blutgefäßen
•Einführung neuer Kodes für die Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Gefäßprothesen der tiefen und oberflächlichen Venen (5-380.9m, 5-380.a7).
•Einführung eines neuen Kodes für Resektion und Ersatz (Interposition) des Truncus pulmonalis (5-383.44).
•Umwandlung der Kodes für das Hybridverfahren an Aorta ascendens, Aortenbogen, Aorta thoracica oder Aorta thoracoabdominalis in Zusatzkodes und Streichung der Sechssteller für die Anzahl der Stent-Prothesen. Die verwendeten Stent-Prothesen sind nun gesondert zu kodieren (5-38a.a, 5-38a.b).
•Einführung neuer Kodes für das Anlegen eines aortomesenterialen und aortorenalen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen (5-393.39, 5-393.3a).
•Unterteilung der Kodes für die Revision einer Anastomose und den Wechsel eines vaskulären Implantates (5-394.1 ff., 5-394.3 ff.).
•Einführung neuer Kodes für die Revision, den Wechsel und die Entfernung eines vaskulären Transplantates (5-394.8, 5-394.9 ff., 5-394.a).
•Verschiebung der Zusatzkodes zu Operationen an den Blutgefäßen in einen neuen Zusatzkodebereich (5-39a ff.).
•Einführung eines neuen Kodes für die Verwendung einer intraoperativ angefertigten Gefäßprothese (5-39a.4).

Operationen am Verdauungstrakt
•Einführung neuer Kodes für die endoskopische Blutstillung durch Auftragen von Peptid-Hydrogel bildenden Substanzen am Ösophagus, am Magen, am Darm und am Rektum (5-429.v1, 5-449.v3, 5-469.w3, 5-489.k1).
•Einführung eines neuen Kodes für die endoskopische Rekonstruktion der Ösophaguspassage im kombinierten antegrad-retrograden Verfahren (5-42a.1).
•Einführung neuer Kodes für die endoskopische Stentfixierung am Ösophagus, am Magen, am Darm und am Rektum durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-42a.2, 5-44a.0, 5-46a.0, 5-489.p).
•Einführung neuer Kodes für die Implantation, den Wechsel, die Revision und die Entfernung eines Antirefluxsystems mit Widerlager am Magen, unterteilt nach der Art des Zugangs (5-44a.1 ff., 5-44a.2 ff.).
•Einführung neuer Kodes für die endoskopische Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünn- und Dickdarms durch motorisierte Spiral-Endoskopie (5-451.c ff., 5-451.d ff., 5-452.b ff., 5-452.c ff.).
•Einführung eines neuen Kodes für die endoskopische Thermoablation der Duodenalschleimhaut zur Reduktion der Insulin-Resistenz (5-451.e).
•Einführung eines neuen Zusatzkodes für die motorisierte Spiral-Endoskopie am Darm (5-46a.1).
•Präzisierung der zirkulären Vollwandexizision (Manschettenresektion), dass bei Kindern die Rektummanschette weniger als 2 cm bis zum vollendeten 14. Lebensjahr beträgt. Darüber sind es weniger als 4 cm (5-842.9, 5-482.a, 5-482.b).
•Einführung eines neuen Kodes für die endoskopische submukosale Dissektion [ESD] am Rektum (5-482.g).
•Unterteilung der Kodes zur operativen Ligatur und Exzision von Hämorrhoiden nach der Anzahl der Hämorrhoiden und der Segmente (5-493.0 ff., 5-493.2 ff., 5-493.6 ff.).
•Einführung neuer Zusatzkodes für die Verwendung eines Einmal-Duodenoskops bei endoskopischen Operationen an den Gallengängen und am Pankreasgang (5-513.s, 5-526.m).
•Einführung eines neuen Kodes für die transgastrale oder transduodenale Punktion des Pankreasganges (5-526.k).
•Unterteilung der Kodes für den Verschluss einer Narbenhernie mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material nach der horizontalen Defektbreite (5-536.4 ff.). Bei der Größendifferenzierung bei dem Verschluss abdominaler Hernien wird im bisherigen OPS-Kode eine horizontale Defektbreite bis 10 cm zugrunde gelegt, der neue ergänzte OPS-Kode gilt für eine horizontale Defektbreite von 10 cm oder mehr. Die Dokumentation der Defektbreite ist durch CT oder MRT zu dokumentieren.

Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
•Einführung neuer Kodes für die Transplantation von allogener Spongiosa, eines allogenen kortikospongiösen Spans und von humaner demineralisierter Knochenmatrix an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (5-77b.7, 5-77b.8, 5-77b.9).

Operationen an den Bewegungsorganen
•Klarstellung, dass eine Plattenosteosynthese als winkelstabil gilt, wenn mindestens eine der zur Fixierung der Platte benötigten Schrauben winkelstabil eingebracht wird (5-79, 5-786).
•Einführung neuer Kodes für die Entfernung eines Verriegelungsnagels sowie die Revision mit Reosteosynthese und die geschlossene Reposition einer Fraktur durch Verriegelungsnagel am Kalkaneus (5-787.8t, 5-78a.7t, 5-790.4t, 5-797.pt).
•Einführung eines neuen Kodes für die Destruktion durch Elektrochemotherapie am Knochen (5-789.d).
•Unterteilung des Kodes für die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantation nach der Art des Transplantats (5-814.6 ff.).
•Überarbeitung der Kodes für die Operationen an der Wirbelsäule. Vereinheitlichung und Erweiterung der Segmentintervalle bei den Kodes für die Spondylodese und die Osteosynthese, Streichung der Kodes für historische Verfahren und die Korrekturspondylodese. Diese Verfahren können zukünftig mit den Kodes für die Spondylodese ggf. zusammen mit den Kodes für die Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule und dem Kode für das ventrale Release bei einer Korrektur von Deformitäten abgebildet werden (5-832 ff., 5-836 ff., 5-837 ff., 5-838 ff., 5-839.7, 5-83b).
•Einführung eines neuen Zusatzkodes für die computergestützte intraoperative biomechanische Ausrichtung des Implantates (5-86a.4).

Operationen an Haut und Unterhaut
•Einführung neuer Kodes für den permanenten Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat (5-902.f ff., 5-902.g ff., 5-925.f ff., 5.925.g ff.).
•Einführung neuer Kodes für den permanenten Hautersatz und die temporäre Weichteildeckung durch allogenes Hautersatzmaterial (5-902.h ff., 5-902.j ff., 5 916.d ff., 5-916.e ff., 5.923.c ff., 5.923.d ff., 5-925.h ff., 5.925.j ff.).

Zusatzinformationen zu Operationen
•Erweiterung der Zusatzkodes für die Art des allogenen Transplantates oder Implantates um „dezellularisiert“ und „ohne weitere Spezifikation“ (5-930.22, 5-930.2w). Die AB0-Relevanz für die allogenen Knochentransplantate und –implantate ist damit klassifikatorisch nicht mehr entscheidend.
•Erweiterung der Zusatzkodes für die Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials um „allogenes Material“ (5-931.3).
•Unterteilung des Zusatzkodes für die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung durch biologisches Material nach „allogen“ und „xenogen“ (5-932.8 ff., 5-932.9 ff.).
•Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Anwendung eines Miniaturroboters (5-987.2). Die Spezifikationen für Roboterarme wurde grundlegend erweitert (5-987.1).
•Einführung neuer Zusatzkodes für die Anwendung eines Gefäßkopplers zur mikrovaskulären Anastomosierung (5-98c.7 ff.)
•Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Anwendung einer externen Vorrichtung zur Bauchdeckentraktion mit definierbarer Krafteinstellung (5-98j)

Diverse Vorschläge zu Systemkorrekturen gehen auch in diesem Jahr insbesondere wieder auf Vorschläge der chirurgischen Fachgesellschaften sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zusammen mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) zurück.

Die Komplexität und die Ausdifferenzierung des G-DRG-Systems nehmen 2021 weiter zu. Die Innovationsfinanzierung ist über das vorliegende System weiterhin schwerfällig. Es gibt zunehmend Systemelemente mit der Abkehr von der datengetriebenen Systematik. Seit 2020 werden auch die Auswirkungen der Personaluntergrenzen-Verordnung und des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes auf das G-DRG-System sichtbar. Insbesondere die Ausgliederung der Kosten für die Pflege aus den Fallpauschalen führt zu größeren Änderungen des Fallpauschalenkatalogs und der Abrechnungslogik. Die Auswirkungen aus dem Notfallstufenkonzept und den Zentrumszuschlägen werden ebenfalls im System zu Neuverteilungen führen.

Literatur

[1] ICD-10-GM 2021 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3722-4

[2] ICD-10-GM 2021 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3723-1

[3] OPS 2021 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3724-8

[4] OPS 2021 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3725-5

[5] Deutsche Kodierrichtlinien 2021, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3726-2

[6] BfArM Aktualisierungsliste ICD 2021 https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icd-10-gm/version2021/icd10gm2021syst-alisten-20201111.zip

[7] BfArM Aktualisierungsliste OPS 2021 https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/ops/version2021/ops2021syst-alisten.zip

[8] InEK-Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2021https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_aG-DRG-Systems_fuer_2021

Auhuber T, Joswig D: DRG und Kodierung 2021 in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2021 Juli/August; 11(07/08): Artikel 04_05.

Autor:innen des Artikels



Thomas Auhuber

Leiter BDC-Themen-Referat „Vergütungssystematik und Leistungsmanagement“
Mitglied BDC-Themen-Referat „Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit“

Kontakt



Detlef Joswig

Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstrasse 5
40255 Düsseldorf

Kontakt