

DRG und Kodierung 2022 in der Chirurgie



Das aG-DRG-System 2022 beinhaltet insgesamt 1.292 Fallpauschalen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine leichte Zunahme um sieben aG-DRGs ausschließlich in der Gruppe der bewerteten Fallpauschalen. Die dem Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2022 zur Verfügung stehenden Daten (Kalkulationsstichprobe) sind bei insgesamt guter Repräsentativität der Stichprobe heterogener als in den Vorjahren, da insgesamt zehn 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 272 Krankenhäuser von 1.903 erfolgreich an der Kalkulation teilgenommen. Die bundesweite mittlere Verweildauer aller stationären Fälle sank um 0,14 % auf 5,92 Tage. Die Bezugsgröße ist auf 3.284,50 € angestiegen.

Dieses Kalkulationsjahr bietet einige Besonderheiten:

- Es gibt einen Fallzahlrückgang in deutschen Krankenhäusern um 13,2 %, einen Rückgang der Belegungstage um 13,1 % mit einem gleichzeitigen Anstieg der mittleren Fallkosten um 18,3 %.
- In der systematischen Betrachtung zeigt sich, dass bei „eher aufschiebbaren“ Leistungen mit einem deutlichen Fallzahlrückgang die Kosten stärker als bei „nicht aufschiebbaren“ und komplexeren Leistungen mit konstanteren Fallzahlen steigen.
- Die Kalkulationsdaten 2020 eignen sich wegen der pandemiebedingten Uneinheitlichkeit der Daten nicht für eine routinemäßige Weiterentwicklung des Entgeltsystems.

Somit wurde das Entgeltsystem in diesem Jahr gestuft weiterentwickelt: es wurde ein System 2022 auf Basis der Daten 2019 (also des Vorjahres) gerechnet und um u. a. kostenorientierte Anpassungen für COVID-19-Fälle modifiziert. Es fand dabei eine Fokussierung in der Kostenzuordnung von der Fallebene hin zu aggregierten Kostenblöcken statt, um relevante Fallkonstellationen besser zu identifizieren.

Aus dem InEK-Vorschlagsverfahren wurden rund 290 Teilvorschläge überprüft und in das System 2022 eingearbeitet.

Ob man von den zahlreichen Umstrukturierungen des Fallpauschalenkatalogs profitiert (positiver Katalogeffekt) oder nicht (negativer Katalogeffekt), muss je nach Spektrum der Klinik im Detail analysiert werden. Insofern lohnt auch in diesem Jahr ganz besonders die klinikindividuelle Analyse der Katalogveränderungen.

COVID-19

Corona-bedingte Änderungen in der Kalkulation wurden im Rahmen des gestuften Verfahrens 2022 umfänglich in das aG-DRG-System eingepflegt. Es wurden diverse Parameter auch im Rahmen von Sonderabfragen berücksichtigt. Es fanden diverse Verschiebungen in den DRGs statt, es wurde aber auch eigene „K“-DRGs für COVID-Fälle geschaffen.

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie sind von der WHO die nicht belegten Schlüsselnummern U11.9 und U12.9 der internationalen Ausgabe der ICD-10 mit Inhalt belegt worden. Das BfArM hat nach Beratung mit den zuständigen Gremien die entsprechenden von der WHO eingeführten Codes für die ICD-10-GM 2021 (German Modification) unterjährig eingeführt und in alle Formate der ICD-10-GM 2022 übernommen.

- U11.9 Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet wurde als Primärkode eingeführt.

- U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet wurde als Sekundärkode (Ausrufezeichenschlüssel) eingeführt. Um Fehlinterpretationen des Kodes zu vermeiden, sei darauf hingewiesen, dass der Kode klassifikatorisch nicht ausschließlich für die das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung (Verdacht auf Impfkomplication) nach IfSG verwendet wird.

Sachkostenkorrektur und mengenanfällige Leistungen

Die grundsätzlichen Veränderungen seit 2017 zur Sachkostenkorrektur wurden auch 2022 beibehalten und führen zu einer Umverteilung von 6,45 % bei den Sachkosten zu einer Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten von jeweils 2,12 %. 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, werden zukünftig über die aG-DRGs I68D, I68E und I68F abgerechnet, wobei die bisherige Einbelegungstag-aG-DRG I68E in die aG-DRG I68F übergeleitet wurde. Die aG-DRG I68D aus den Vorjahren wurde gesplittet in die Fälle mit und ohne Wirbelsäulenfraktur in die aG-DRGs I68D und I68D. Die Medianzahl von 27, 140 bzw. 40 die bei Überschreitung eine niedrigere Bewertungsrelation nach sich ziehen, bleibt im Wesentlichen unverändert. 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 wegen der COVID-bedingten erhöhten Aufwände deutlich weniger analysiert. Hauptaugenmerk lag dabei auf COVID-bedingten Änderungen der Kodierung und in der Sepsis-Kodierung. Die meist Änderungen betreffen DRG-spezifische Abwertungen in eine bis zwei Basis-DRGs. 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. Zudem handelt es sich im Wesentlichen auch wie der Kalkulation der aG-DRGs um Anpassungen aus dem Datenjahr 2019. Es gibt nun in diesem Jahr 207 veränderte Einstufungen, die insbesondere aus Abwertungen bestehen, eine Diagnose wurde aufgewertet, kein Kode wurde neu aufgenommen.

Zusatzentgelte

Für dieses Kalkulationsjahr wurden mit Ausnahme sehr weniger nicht-chirurgischer Zusatzentgelte keine Neukalkulationen vorgenommen. Es gelten somit im Wesentlichen die Entgelte von 2021 weiter. Das Zusatzentgelt ZE20xx-64 für den Knochenwachstumsfaktor Eptoterminalfa wurde 2022 wegen der seit 2016 fehlenden Zulassung gestrichen.

Schlichtungsausschuss

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG gelten als Kodierregeln und sind für Kliniken, MD und Kostenträger bindend. Mittlerweile sind diverse Entscheidungen in die Deutschen Kodierrichtlinien aufgenommen und in der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt worden. Aktuell sind nur noch wenige strittige Verfahren beim Schlichtungsausschuss anhängig. Alle Informationen und Entscheidungen zum Schlichtungsausschuss findet man unter der Internet-Adresse www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG.

ICD-Kodierung

In der Kodierung gibt es 2022 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.

Adipositas

Bei der Schlüsselnummer E66- *Adipositas* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter anhand des Body-Mass-Index [BMI] spezifischer kodieren zu können.

Herzbeutelamponade

Bei der Schlüsselnummer I31.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Perikards* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die vormalig bei I31.9 zugeordnete Herzbeutelamponade von sonstigen näherbezeichneten Krankheiten des Perikards abgrenzen und spezifisch kodieren zu können.

Lungenkollaps

Bei der Schlüsselnummer J98.1 *Lungenkollaps* wurden neue 5-Steller eingeführt, um den Lungenkollaps im Hinblick auf die Art der Belüftungsstörung (u. a. Dystelektase, Partielle Atelektase, Totalatelektase) spezifisch kodieren zu können.

Pylorusstenose

Bei der Schlüsselnummer K31.1 *Hypertrophische Pylorusstenose* beim Erwachsenen wurde der Klassentitel geändert in Pylorusstenose beim Erwachsenen. Außerdem wurden neue 5-Steller eingeführt, um die zugrundeliegende Ursache der Pylorusstenose (u. a. hypertrophisch, entzündlich, tumorös, kompressiv, infiltrativ) spezifisch kodieren zu können.

Hämorrhagie des Anus und des Rektums

Bei der Schlüsselnummer K62.5 *Hämorrhagie des Anus und des Rektums* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die Lokalisation der Blutung spezifisch kodieren zu können.

Akut-auf-chronisches Leberversagen

Bei den Schlüsselnummern K70.4 *Alkoholisches Leberversagen* und K72.1 *Chronisches Leberversagen* wurden neue 5-Steller eingeführt, um das akut-auf-chronische Leberversagen spezifisch kodieren zu können. Bei Schlüsselnummer K70.4 *Alkoholisches Leberversagen* wurden weitere 5-Steller eingeführt, um grundsätzlich den zeitlichen Krankheitsverlauf (akut/subakut und chronisch) des alkoholischen Leberversagens spezifisch kodieren zu können.

Cholangitis

Bei der Schlüsselnummer *K83.0 Cholangitis* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die primär sklerosierende und die sekundär sklerosierende Cholangitis spezifisch kodieren zu können.

Krankheiten des Pankreas

Bei der Schlüsselnummer *K86.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die bisher unter K86.9 inkludierten Entitäten (u. a. Atrophie, Fibrose, Zirrhose, Stein, Stenose, Fistel, Nekrose des Pankreas) zu differenzieren und spezifisch kodieren zu können.

Neubildung Lymphknoten

Bei *U69.-I Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke* wurde ein neuer 4-stelliger Zusatzcode U69.5-I eingeführt und auf fünfter Stelle ausdifferenziert, um bei Vorliegen eines Befalls mehrerer Lymphknotenregionen bei sekundären und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten (C77.8) die betroffenen Regionen spezifisch angeben zu können.

OPS-Kodierung

Zahlreiche OPS-Kodes wurde in 2022 in den chirurgischen Fachbereichen präzisiert und sollen Kodierunsicherheiten beseitigen:

Operationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell

- Einführung eines neuen Kodes für die Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung durch allogen Material (5-346.82)

Operationen am Herzen

- Überarbeitung und Erweiterung der Kodes für die Implantation und den Wechsel von Herzklappenprothesen. Verschiebung der Kodes 5-354.08, 5-354.09, 5-354.0c für die Implantation klappentragender mechanischer und biologischer Gefäßprothesen der Aorten-Pulmonalklappe sowie für den Aortenklappenersatz durch Autotransplantation (Ross-Operation) in den Codebereich 5-351. Erweiterung der Subklassifikationslisten für die Art des Transplantates und Einführung neuer Sechssteller für dezellularisierte Allotransplantate (5-351 ff. und 5-352 ff.)
- Überarbeitung und Erweiterung der Kodes für die Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens. Erweiterung der Subklassifikationsliste für die Art des Transplantates und Einführung neuer Sechssteller für dezellularisierte Allotransplantate (5-358 ff.)

Operationen an den Blutgefäßen

- Unterteilung des Zusatzkodes für die endovaskuläre Implantation von patientenindividuell hergestellten Stent-Prothesen nach ohne und mit Öffnung (5-38a.w ff.)
- Verschiebung des Zusatzkodes für die Verwendung eines extraluminalen adaptierbaren alloplastischen Anastomosenstabilisators in einen Sechssteller (5-392.81)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung eines extraluminalen alloplastischen Venenstabilisators (5-392.81)

Operationen am Verdauungstrakt

- Einführung eines Zusatzkodes für das Einlegen eines Systems zum Anastomosenschutz bei Operationen am Darm (5-46b.2)
- Streichung und Überleitung der Kodes für die lokale Destruktion durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie auf neue Kodes für die lokale Destruktion durch Radiofrequenzablation und Mikrowellenablation an der Leber (5-501.9 ff., 5-501.a ff.)
- Unterteilung der Kodes für die Implantation, die Revision und die Entfernung eines subkutan getunnelten Katheterverweilsystems in den bzw. im Bauchraum nach dem Zweck der Anwendung (5-549.2 ff., 5-549.3 ff., 5-549.4 ff.)
- Einführung neuer Kodes für den Wechsel eines subkutan getunnelten Katheterverweilsystems, unterteilt nach dem Zweck der Anwendung (5-549.d ff.)

Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen

- Einführung neuer Kodes für die Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels, des Knochens sowie des Knorpels und des Knochens mit Verwendung von alloplastischen Implantaten (5-218.03, 5-218.13, 5-218.23)
- Einführung eines neuen Kodes für die komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase mit Verwendung von alloplastischen Implantaten (5-218.43)

Operationen an den Bewegungsorganen

- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung einer winkelstabilen Platte mit integriertem Band zur Osteosynthese (5-786.q)
- Einführung neuer Kodes für die Verwendung eines Fixateur interne zur geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese (5-790.qd, 5-790.qx)
- Einführung neuer Kodes für die offene chirurgische vordere und hintere Kreuzbandplastik unter Verwendung einer allogenen Sehne (5-803.b, 5-803.c)
- Einführung eines neuen Kodes für die offene chirurgische Fusion des distalen Tibiofibulargelenkes (5-809.5)

Operationen an Haut und Unterhaut

- Einführung neuer Kodes für die lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik (5-894.3 ff.)
- Einführung neuer Kodes für den permanenten Hautersatz durch autogene Fibroblasten (5-902.k ff., 5-902.m ff., 5-925.k ff., 5-925.m ff.)

Zusatzinformationen zu Operationen

- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Art der Beschichtung von Gefäßprothesen mit antimikrobieller Oberfläche (5-938.1)

Komplexbehandlung

- Überarbeitung der Strukturmerkmale der Kodes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung, die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter und die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-980 ff., 8-98d ff., 8-98f ff.)

Schlussbemerkung

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 2022 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-Stärkungsgesetz auf das G-DRG-System sichtbar. Insbesondere die Ausgliederung der Kosten für die Pflege aus den Fallpauschalen, die pandemiebedingten Eingriffe und der veränderten und Fall- und PatientInnen-Struktur führt zu größeren Änderungen des Fallpauschalenkatalogs und der Abrechnungslogik. Die Auswirkungen aus der veränderten Krankenhausplanung, der Rettungsschirme und der G-BA-Beschlüsse werden ebenfalls im System zu Neuverteilungen führen. Mit Spannung werden auch die Änderungen der Neuordnung des Ambulanten Operierens und der Einführung von Hybrid-DRGs erwartet.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de.

Auheber T: DRG und Kodierung 2022 in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2022 August, 12(07/08), Artikel 04_08.

Autor:in des Artikels



Thomas Auhuber

Leiter BDC-Themen-Referat „Vergütungssystematik und Leistungsmanagement“

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

 [Kontakt](#)