

01.01.2014 DRG

G-DRG 2014 – relevante Änderungen für die Chirurgie

R. Bartkowski



Mit der Publikation der Handbuchversion G-DRG 2014 und Bereitstellung der entsprechenden Grouper-Software geht das G-DRG-System in sein 12. Anwendungsjahr. Das Prinzip des lernenden Systems hat auch diesmal wieder zu zahlreichen Anpassungen geführt, die größtenteils im Rahmen des Vorschlagsverfahrens von den Anwendern selbst entwickelt worden sind. Leider werden konstant lediglich ein Drittel der eingereichten Vorschläge umgesetzt, sodass weiterhin und wiederum bedeutende Verbesserungsvorschläge unberücksichtigt geblieben sind. Die für die Chirurgie wichtigsten Neuerungen sollen nachfolgend vorgestellt werden.

Fallpauschalenvereinbarung 2014

Fallzusammenführung

Eine wesentliche Regelung des §2 der Fallpauschalenvereinbarung betrifft die Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus, was unter bestimmten Voraussetzungen eine sogenannte Fallzusammenführung auslösen kann. Hier gilt seit mehreren Jahren die Regelung, dass eine Fallzusammenführung auch vorzunehmen ist, wenn ein Patient wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation, im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen wird. Zu dieser Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner hat 2012 das BSG ein

klarstellendes Urteil gesprochen, wonach die Behandlung im Verantwortungsbereich des Krankenhauses zugeordnet und der DRG-Pauschale abgegolten sind. Ausnahmen bestehen bei einem Verhalten des Patienten oder durch unsachgemäße Interventionen (z. B. durch den Physiotherapeuten) hervorgerufen worden sind.

Anlässlich dieser Rechtsprechung hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Neufassung dieses Absatzes der Fallpauschalenvereinbarung 2017. Die gesamte §2 ist völlig unverändert geblieben, sodass die Rechtsprechung ist. Damit wäre beispielsweise ein Wundinfekt oder eine Infektion aufzutreten und als „schicksalhaft“ zu betrachten sind, die über die obere Grenzverweildauer hinausgehen. Ein „Verschulden“ des Krankenhauspatienten selbst oder Dritte für das Entstehen der Komplikation als Kostenträger vom Krankenhaus die Fallzusammenführung dieser Situation eventuelle Mehrkosten von Dritten einzuhalten.

Nicht jede Komplikation steht allerdings im Zusammenhang mit der Behandlung. Wundinfektionen nach offenen Wunden als Folge der Behandlung von offenen Frakturen. Chirurgische Maßnahmen dienen der Wundheilung, doch dennoch zu einem Infekt kommt, ist dieser als Komplikation der Behandlung aufzufassen. Konsequenz ist die Fallzusammenführung – ein entsprechendes Begehren des Sachverhaltes zurückgewiesen werden.

„Komplikationen“, die erst durch ein neuerliches Trauma oder eine frische Osteosynthese sind ohnehin kein Anlass für eine Fallzusammenführung. Es handelt sich hierbei um ein völlig unabhängiges neuerliches Trauma, das durchgeführten Leistung steht. Auch der Umstand, dass ein Trauma gewesen wäre, ist kein auslösender Faktor für eine Fallzusammenführung.

Verlegungsabschluss

Bei den Vereinbarungen zur Berechnung von Verlegungen zwischen einem Akutkrankenhaus und einem Krankenhaus unterliegt, sind die Verlegungen dem Krankenhausfinanzierungsgesetz unterliegt, sind die Verlegungen durch einen schriftlichen Kooperationsvertrag besteht. Insbesondere bei Patienten bestehen gelegentlich derartige Kooperationsverträge für die Akutbehandlung mit übernehmen. Bei künftiger Anrechnung der mittleren Verweildauer der jeweiligen DRG-Verlegung schrumpfen, um aus der DRG-Pauschale einen Anteil der Kosten zu erhalten. Eindeutig klargestellt ist aber mit dieser aktuellen Vereinbarung dem 01.01.2014 keine Rechtsgrundlage bestanden hat.

Verlegungen in oder aus einer Psychiatrischen Klinik oder in anderen Umständen ebenfalls von dieser Vereinbarung betroffen.

G-DRG-System 2014

PCCL-Schweregrad

Löschungen von bewerteten Nebendiagnosen sind für Nebendiagnosen:

B00.5	Augenkrankheit durch Herpesvir
E66.-, 5. St. „2“	Adipositas, BMI \geq 40
N10	Akute tubulointerstitielle Nephri
N11.-	Chronische tubulointerstitielle N
N16.0	Tubulointerstitielle Nieren-KH b
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterst <i>(Hierunter sind extra- und parak Herzschrittmacher oder Defibrill</i>

In diesem Jahr wurden erhebliche Umbauten der Bewe der Begleitkrankheiten und Komplikationen (CC) vorge Schweregradstufen, die den einzelnen Nebendiagnose wird, wurde dergestalt modifiziert, dass künftig in zah bisher erforderlich sind, um denselben PCCL zu erreich Anzahl von Nebendiagnosen, die einen CCL=1 haben, n Auch der Einfluss von Nebendiagnosen mit einem CCL: „quantitativen“ Kodierens erheblich eingeschränkt. Hc Wirksamkeit in den meisten Situationen nahezu unver ohne weitere Nebendiagnosen künftig nur noch zu ein Nebendiagnose nur noch zu einem PCCL von 3. Erst ko mindestens 2 wird der höchste PCCL von 4 erreicht.

Auch an weiteren Stellen wurden die Schweregrad-Alg bisher werden bestimmte Nebendiagnosen kontextabl DRG unterschiedliche Werte zugeordnet bekommen. H es auch sein, dass es bei bestimmten ähnlichen Diagn Nebendiagnose kommt, z. B. C78.0 (Lungenmetastase) Änderungen wird sein, dass es erheblich weniger Kons bestimmter Diagnosen mit den Kostenträgern diskut

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der durchschnittliche DRG-Preis sinken wird gegenüber dem Vorjahr. Da die Korrekturen bei den aktuellen DRG-Kalkulationen berücksichtigt werden müssen, wird dies befürchtet. Der Vorteil der Ü-Stufen 2 und 3 könnte künftig wieder mehr an Bedeutung gewinnen, insbesondere für Fälle „mit äußerst schweren CC (PCCL=4)“. Es wird erwartet, dass statt dieser „Alles-oder-nichts“-Logik klare Indikatoren für die Indikatoren sind.

Zusatzentgelte

Der Zusatzentgeltkatalog wurde nur spärlich erweitert. Zusatzentgelte für Topotecan, Clofarabin, Plerixafor und für kalkulierte Zusatzentgelte vergütet. Neue unbewertete Lymphozyten sowie die Gabe von Ofatumumab (bisher nicht vergütet).

Bei der palliativmedizinischen Komplexbehandlung (Zusatzentgelt für „spezialisierte“ palliativmedizinische Komplexbehandlung bis 48 € pro Behandlungstag, ist aber möglicherweise nicht vollständig finanziert).

Die Zusatzentgelte für hochaufwändige Pflege (PKMS) wurden für die entsprechende Zusatzentgeltkategorie festgelegt. Bei Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen in Kinderkliniken wurde eine Ausnahmeregelung neu eingeführt. Ein Zusatzentgelt für hochaufwändige Pflege von Jugendlichen in einer Einrichtung auch nach Überschreiten der Altersgrenze.

Viszeralchirurgie

Bei den DRGs G22A/G23A „Appendektomie oder laparoskopische Appendektomie“ wurde die Schweregradstufe zu erreichen, das Vorhandensein einer Neubildung eingeführt. Hier sind nicht nur Neubildungen der Appendix, sondern auch metastatische Neubildungen von Karzinomen und Neubildungen unsicheren Verhaltens.

Die Systematik der Hernien-DRG wurde vereinfacht, so dass entsprechenden Leistungsinhalte nun zur Basis-DRG gehören.

Bei der bisher zweistufigen Basis-DRG J02 „Eingriffe an der Bauchwand“ werden die beiden Stufen zusammengeführt.

Polytrauma

Bei den Gruppierungsalgorithmen des Polytraumas wurde „Oberschenkel“ erneut modifiziert, um sicherzustellen (insbesondere Hüftkopffraktur und Pfannenrandfraktur). 2013 algorithmisch nicht korrekt umgesetzt wurden, so dass eine Frakturkombination führt zwar ab 2014 nicht mehr zu einer Erhöhung der Punktzahl (wie im Jahr 2013 gewesen ist), allerdings werden jetzt auch Frakturkombinationen aus klinischer und ökonomischer Sicht typische Polytraumata kombiniert mit einer subtrochantären Femurfraktur.

Eine andere aus klinischer Sicht unzutreffende Polytraumakombination ist die Metallengentfernung nach Fraktur. Diese triggern künftig in die Fehler-DRG 901D.

Intensivmedizin

Bei den Beatmungs-DRG A07, A09, A11 und A13 wurden Beatmungszeiten von mindestens 1.000 Stunden, 500 Basis-DRGs markierten, können künftig auch weniger Beatmungsstunden markiert werden. Hierzu ist es erforderlich, dass gleichzeitig eine bestimmte Intensivmedizinische Komplexbehandlung erreicht worden ist. In diesem Zusammenhang sind die Erlösverluste zu vermeiden, wenn bei einem Patienten eine intensivmedizinische Komplexbehandlung mit einer Beatmung verbunden ist, aber keine intensivmedizinische Komplexbehandlung mit einer Beatmung vorliegt.

Bestimmte erlössteigernde Prozeduren sind ab 2014 bei den Basis-DRG A07, A09, A11 und A13 zu berücksichtigen. Hierzu gehören die Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren, die Implantation von Herzklappen. Bei A07 wurden zudem die Anlage eines Hämatoms sowie Adhäsio ly sen an der Lunge abgewertet.

Verbrennungen

Die DRG Y01Z, die bisher nur bei schweren Verbrennungen mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens 96 Stunden erreicht werden konnte, ist künftig mit mehr als 1.176 bzw. 1.104 Aufwandspunkten (Erwerbslos) zu bewerten.

Gefäßchirurgie

Bei der Basis-DRG F59 wird ein Split der Stufe C eingeführt, um komplexe Gefäßeingriffe unterschieden werden, die in der Basis-DRG F59 nicht abgebildet sind. Diese triggern künftig bei allen Eingriffen mindestens in die Basis-DRG F59.

Unfallchirurgie/Orthopädische Chirurgie

In der Endoprothetik wird die DRG I05Z künftig gesplittet, um die Implantation einer Humeruskopfprothese von der Implantation einer Hüftgelenkprothese zu unterscheiden.

DRG I03 wird als ergänzendes Splittkriterium die Durch ebenso bei I46. Die bisher sechsstufige Basis-DRG wird Abwertungen ergeben sich für die reine Revision (ohne Aufsteckkopfes einer Femurkopfprothese, Inlaywechse unikondylären Schlitten- sowie Oberflächenersatzprot

Die DRG I29Z „Komplexe Eingriffe am Schultergelenk c gesplittet, sodass bei Eingriffen an mehreren Lokalisat mit Transplantaten sowie bei zusätzlich vorhandenen Die osteosynthetische Versorgung von Klavikulafraktu dagegen abgewertet und der DRG I16Z zugeordnet.

Bei der bisher fünfstufigen Basis-DRG I13, die zu den a wird die Stufe A künftig gesplittet für komplizierende werden dagegen aus der Gruppe D nach E abgewertet.

Wirbelsäulenchirurgie

Bei der bisher fünfstufigen Basis-DRG I06 werden die S definiert. Neue Kriterien sind Eingriffe an mehreren Lo komplexe“ Eingriffe sowie schwere entzündliche Erkra

Auch die Basis-DRGs I09 und I10 werden völlig neu stri bei I10 sogar zwei.

Wesentliche Änderungen ergeben sich insbesondere d über 4 und mehr Segmente, Korrekturspondylodesen i (Osteosynthesen, Bandscheibeneingriffe). Abwertunge Kyphoplastien von lediglich einem Wirbelkörper, perku isolierte Entfernung freier Bandscheibensequester.

Thoraxchirurgie

Bei der bisher vierstufigen Basis-DRG E02 „Andere OR-I Stufen C und D zusammengeführt und auf das Splitkri u. a. bestimmte Biopsien, Tracheostomaanlage, Reeing

Für die Lungen-Lebendspende wird die unbewertete DI Hauptdiagnose der neue ICD-Kode Z52.80 *Lungensper* oder der OPS-Kode 5-324.c Lobektomie zur Lebend-Orj passenden Hauptdiagnose der MDC 23.

Herzchirurgie

Bei der Basis-DRG F09 „Andere kardiothorakale Eingriff
Alterssplit auf 16 Jahre angehoben, sodass auch Eingri

Die DRG F98Z „Komplexe minimalinvasive Operatione
bei transapikalem Aorten- oder Mitralklappenersatz di
bei transvenöser endovaskulärer Mitralklappenrekonst

Fazit

Mit dieser Übersicht der DRG-Neuerungen konnte nur
gegeben werden. Analysen zur Kosten- und Erlösentwi
sein. Detaillierte systematische Darstellungen aller DR
publiziert, welches von Bartkowski, Bruch und Meier h
Verlag erscheinen wird.

*Bartkowski R. G-DRG 2014 – relevante Änderungen für
04_01.*

Autor des Artikels



Dr. med. Rolf Bartkowski

ehem. DRG-Beauftragter von BDC und DGCH

Mitglied des Kuratoriums für Klassifikationsfragen am DIMDI

Forstweg 74

13465 Berlin

[> kontaktieren](#)