



Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

Informationsveranstaltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zum DRG-System 2007 in Berlin am 27.09.2006

1. Begrüßung (Dr. Rudolf Kösters)

- Die Selbstverwaltungspartner konnten sich auf das DRG-System 2007 einigen.
- Die teilstationären DRGs sind noch nicht in ausreichendem Umfang enthalten.
- Gesundheitsreform: Voraussichtlich werden die Krankenkassen die Beiträge für den Gesundheitsfond einziehen. Somit wird der Fond zu einer einzigen Lachnummer der Politik. Beitragssätze zur Krankenversicherung sollen vom BMG festgelegt werden.

2. Entwicklung des DRG-Katalogs 2007 (Dr. Frank Heimig)

- 225 Krankenhäuser haben an der Kalkulation teilgenommen, davon 10 Unikliniken.
- 22 % aller Fälle mussten bei der Kalkulation gelöscht werden.
- 4.239.365 Fälle flossen in die Kalkulation ein.
- 2007 gibt es 1.082 DRGs (+ 128), davon 1.035 (+ 123) im Katalog, 42 (+ 2) nicht bewertet (Anlage 3), 5 (+ 3) rein teilstationäre DRGs.
- 2007 gibt es 59 (+ 19) Zusatzentgelte mit Bewertung (Anlage 2) und 46 (+ 4) Zusatzentgelte ohne Bewertung (Anlage 4).
- Mittelwert Verweildauer: §21-Daten 2004: 7,94 Tage und §21-Daten 2005: 7,62 Tage
- CC-Matrix: Die Entstehungsgrundlage der ursprünglichen Matrix aus Australien ist nicht bekannt. Ca. 200 ICD-Kodes wurden auf Streichung aus der CC-Matrix untersucht (372 Einzelrechnungen). 28 Diagnosen konnten aus der CC-Matrix gestrichen werden. 17 Kodes wurden abgewertet. 15 Kodes wurden aufgenommen. 19 Kodes wurden aufgewertet.
- 2007 gibt 5 tagesbezogene DRGs (teilstationäre Leistungen): Geriatrie (2 DRGs), Kinderdialyse, Erwachsenenendialyse (mit / ohne Peritonealdialyse, davon Erwachsenenendialyse ohne Peritonealdialyse bewertet).
- Belegärztlicher Versorgung: 43.606 Fälle (2005: 16.678), 64 kalkulierte DRGs (2005: 54). Das entspricht 65% aller Belegfälle der §21-Daten (2005: 63%).
- Bei der Bezugsgröße gilt ein unveränderter Ansatz. Bestimmung der Bezugsgröße: Konstanter nationaler Casemix in §21-Daten (konstante Summe effektiver Bewertungsrelationen in §21-Daten). Dadurch minimiert sich der nationale Liquiditätseffektes. Die Bezugsgröße für 2006 betrug 2.836,00 €, der Casemix 16.033.965. Die Bezugsgröße für 2007 beträgt 2.735,50 €, der Casemix 15.972.669. Achtung! Das hat nichts mit den durchschnittlichen Fallkosten und nichts mit dem Landesbasisfallwert zu tun!
- Definitionen Mehrfacheingriffe: Mehrfacheingriffe im engeren Sinn = mehrere Eingriffe in einer Sitzung. Mehrzeitige Eingriffe = mehrere Eingriffe in mehr als einer Sitzung an mehr als einem Tag. Beidseitige Eingriffe = in ein oder zwei Sitzungen möglich. Beispiel einer im Detail verbesserten Definition: Eingriff am Oberarm (proximaler Humerus) und Unterarm/Handgelenk (distaler Radius). Nach G-DRG 2006 war das die DRG I13B, da Oberarm und Unterarm grundsätzlich als „benachbart“ gelten, daher keine Höhergruppierung. Im Jahr 2007 erfolgt eine Eingruppierung in die DRG I13A, da dieser Fall jetzt als Eingriff an mehreren Lokalisationen gewertet wird (Oberarm und Unterarm am Ellbogengelenk gelten weiterhin als „benachbart“).

- Systematische Untersuchung typischer Fälle mit hochaufwändigen Mehrfacheingriffen: Mehrzeitigkeit in diesem Sinne bedeutet nicht „jeder zweimal operierte Patient“. Beispiel: Neue DRG H33Z (Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas). Diese Definition trifft zu für: Teilentfernung des Pankreas und nachfolgend Magenteilresektion oder Entfernung eines Darmabschnitts bei schwerer Pankreatitis. Diese Definition trifft nicht zu für: Laparoskopie und Gallenblasenentfernung oder Gallenblasen-OP und Gallengangsrevision.
- Sonderfall „aufwändige Vakuumbehandlung“: 2 neue DRGs G35Z und I98Z. Die Definition erfordert die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung + Dauer der Vakuumbehandlung > 7 Tage + Bestimmte operative Eingriffe an mindestens 4 verschiedenen Tagen.
- Änderungen bei beidseitige Eingriffen am Beispiel Augenheilkunde: Neuer Split der DRG C08 (Linsenoperation beim grauen Star): C08A beidseitiger Eingriff und C08B einseitiger Eingriff zur Verhinderung eines Anreizes zur Fallzahlsteigerung.
- Intensivmedizin: Gestiegene Bedeutung des TISS und SAPS. In 3 Beatmungs-DRGs zusätzliche Höherstufung. 7 zusätzliche DRGs in den einzelnen MDCs. Senkung der Einstiegsschwelle von 1105 auf 553 Punkte.
- 5 neue DRGs (F77Z, G77Z, K25Z, K77Z, T77Z) für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern. Bei 2 DRGs ist die Komplexbehandlung höher gruppierendes Merkmal (E77A, L63A). Die Aufnahme verschiedener Codes (5 von 11) für „Erreger mit Antibiotikaresistenzen“ in die CC-Matrix ist gelungen.
- 154 neue DRGs mit Kinder-Alterssplit (insgesamt 260). Davon sind insgesamt 46 neue explizite Alterssplits und 26 neue implizite Alterssplits.
- Extremkostenanalysen: Als Beispiel einer echten Abbildungslücke wurden in der MDC13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) einige Fälle mit hochaufwändigen Eingriffen DRGs für banale Eingriffe zugeordnet, da z.B. Operationen am Darm in dieser MDC nicht gruppierungsrelevant waren. Betroffen sind über 2.000 Fälle. Bislang gab es keinen Hinweis im Vorschlagsverfahren zu dieser Problematik.
- Zusatzentgelt Palliativmedizinische Komplexhandlung: Tageskosten bei Fällen mit und ohne palliativmedizinische Komplexbehandlung sind nicht kostenunterschiedlich, aber die mittlere Verweildauer der Inlier-Palliativfälle ist 3,4 Tage höher. Deshalb gibt es ein Zusatzentgelt für den Aufwandsunterschied der Inlier bei den Palliativfällen (Mindestleistungserbringung 7 Tage). Das Ergebnis ist das ZE 60 „Palliativmedizin“.
- Frage aus dem Auditorium: Wie werden die Ausbildungskosten für Ärzte langfristig finanziert? Diese Frage kann zur Zeit noch nicht beantwortet werden.

3. G-DRG-System-Entwicklung aus Sicht des BMG (Karl-Heinz Tuschen)

- Die Einführung des DRG-Systems hat gut geklappt. Diejenigen, die sich noch ungerecht im DRG-System abgebildet fühlen, sollen nicht rumjammern, sondern konstruktiv mitarbeiten (Kinderkrankenhäuser).
- Die Budgets sollen fallen d.h. Fallzahlsteigerungen sollen auch vergütet werden.
- Viele Fragen lassen sich noch nicht beantworten: Wie wird sich die Krankenhausplanung ändern? Rückzug auf Rahmenplanung? Ausgestaltung als Standortplanung gegebenenfalls ohne Benennung von Krankenhäusern? Kommt die monistische Finanzierung? Wie werden sich Gesundheitsminister zukünftig beschäftigen (... , wenn Sie keine Bänder mehr bei den Einweihungen von Krankenhäusern durchschneiden)? Gibt es Landes- oder Bundesfallwerte (der Antrag des Landes Schleswig-Holstein im Bundesrat wurde auf 2009 vertagt)? Soll ein Wettbewerb nur über den Preis oder auch über abweichende Leistungsdefinitionen stattfinden?

4. Das G-DRG-System aus Sicht der DKG (Dr. Peter Steiner)

- siehe Punkt 2
- Regelungen für besondere Einrichtungen: Kleinere Änderungen für Krankenhäuser die auf Epilepsie und Multiple Sklerose spezialisiert sind.
- Frage aus dem Auditorium: Häufig wird von Krankenkassen bei Wiederaufnahmen und bei Fällen die zusammengeführt werden müssten gefordert, dass die Tage zu Hause als Beurlaubung gewertet werden und die Fälle doch zusammengeführt werden müssen. Gibt es dazu eine Klarstellung? Karl-Heinz Tuschen: Die Regelung, dass Beurlaubung nicht von Krankenhäusern zum Fallsplitting missbraucht werden sollte, war ursprünglich eine Schutzregelung für Krankenkassen. Jetzt wird die Regelung von den Krankenkassen missbraucht und ist so nicht gewollt.

5. Kodierrichtlinien 2007 (Dr. Nicole Schlottmann)

- Für 2007 gibt es vor allem Klarstellungen.
- 22 Änderungen bei Kodierrichtlinien.
- Klarstellung: Bei der Behandlung von Symptomen muss die Grunderkrankung immer als Nebendiagnose kodiert werden.
- Klarstellung: Auch bei negativen Blutkulturen kann die Sepsis kodiert werden.
- Klarstellung: Auch die beatmungsgerätfreien Zeiten in der Entwöhnungsphase der Beatmung müssen als Beatmungstunden erfasst werden.
- Klarstellung: Lymphome werden als nicht-metastatisch betrachtet.
- Neu: Bei der Aufnahme der Patienten zur Anlage von Dialyse-Shunts war bisher die Z49.0 Hauptdiagnose. Jetzt wird die Niereninsuffizienz Hauptdiagnose.
- Neu: Inkontinenz muss nicht mehr 7 Tage bestehen.
- Langfristiges Ziel ist es, möglichst viele Kodiervorschriften durch Anpassung der DRG-Logik abzuschaffen.
- Frage aus dem Auditorium: Wird der MDK-Bund (siehe Arbeitspapiere zur Gesundheitsreform 2006) zukünftig die alleinige Richtlinien-Kompetenz bei den Kodierrichtlinien haben? G. Baum: Die Selbstverwaltungspartner sollten gut aufpassen, dass es nicht so weit kommt.

6. Gewähr

- Für die Vollständigkeit und Richtigkeit übernehmen die Autoren keine Gewähr.

7. Verantwortlich für den Inhalt/Rückfragen bei

Dr. med. Sascha Baller M.Sc.

Kontakt: Dr.Baller@medizincontroller.de

Dr. med. Martin Linke

Kontakt: Martin.Linke@medizincontroller.de

Dr. med. Jörg Noetzel MBA

Kontakt: Joerg.Noetzel@medizincontroller.de

Dr. med. Nikolai von Schroeders

Kontakt: nvs@klinikberatung.de

Michael Thieme

Kontakt: Michael.Thieme@medizincontroller.de