



DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten

DRG-Update

-Herbst 2019-

Kommission für Medizinische Klassifikation und
Gesundheitsökonomie
der

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

WICHTIG 2020

- Polypektomie differenziert kodierbar
- Neue Codes für die Vollwandresektion im Magen/Duodenum und die Implantation von Bestrahlungsmarkern
- OPS-Abbildung der transgastralen oder transduodenalen Punktion der Gallengänge

Inhalt

Übersicht der ICD-/OPS-Änderungen 2020.....	2
ICD – Diagnoseschlüssel	3
Hepatische Enzephalopathie.....	3
Alkoholische Leberzirrhose	3
Milzvenenthrombose	3
HIV-Präexpositionsprophylaxe	4
OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel	4
Endoskopische Vollwandresektion (EFTR) am Magen/Duodenum	4
Endoskopisch gesteuerte Implantation von Bestrahlungsmarkern.....	4
Polypektomie.....	6
Transgastrale/-duodenale Punktion der Gallenwege mit und ohne Rendezvous-Verfahren.....	7
Endoskopische Blutstillung durch Auftragen v. Peptid-Hydrogel bildenden Substanzen (z.B. PuraStat®).....	8
Kodierung von Mengenangaben spezieller Medikamente	8
Zusammenfassung und Ausblick	8
Weiterer Handlungsbedarf.....	8
Datenlieferung an InEK und DGVS	8
Personalkostenzuordnung	9
Umsetzung der Zeiterfassung	10
Disclaimer	13
Autoren.....	13

Übersicht der ICD-/OPS-Änderungen 2020

Die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie der DGVS berichtet mit diesem Update über die Änderungen bei gastroenterologischen Leistungen im deutschen DRG-System.

ICD-Antrag	Status finale Version
Klarstellung zu Stadien der Leberzirrhose	umgesetzt
Klarstellung zur Kodierung der Hepatischen Enzephalopathie	umgesetzt
Milzvenenthrombose	umgesetzt
OPS-Antrag	Status finale Version
Endoskopische Vollwandresektion (EFTR) am Magen/Duodenum	umgesetzt
Endosonographisch gesteuerte Implantation von Bestrahlungsmarkern	umgesetzt
Polypektomie	umgesetzt
Transgastrale oder transduodenale Punktion der Gallengänge	umgesetzt
Transgastrale/-duodenale Pankreasgangdrainage	Vom DIMDI verschoben auf 2021
Endoskopische Blutstillung durch Auftragen von Peptid-Hydrogel bildenden Substanzen	nicht umgesetzt

Die DGVS bittet alle Kliniken, die dargelegten Änderungen in den Bereichen ICD und OPS in 2020 konsequent zu nutzen. Nur wenn die neuen Codes in der Praxis genutzt werden, werden diese auch erlös-relevant und nur dann kann eine leistungsgerechte Bewertung gastroenterologischer Leistungen realisiert werden. Die Umsetzung der neuen Codes ab 1.1.2020 ist daher wichtig.

ICD – Diagnoseschlüssel

Hepatische Enzephalopathie

Die hepatische Enzephalopathie und ihre Stadien sind mit den Codes K72.7-! Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum zu kodieren.

Aufgrund einer WHO-bedingten Anpassung der ICD-10-GM wurde 2019 der Code G94.3* „Enzephalopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten“ etabliert.

Dementsprechend wurde beim Code K72.- Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert das Inklusivum Encephalopathia hepatica o.n.A. um „† (G94.3*)“ ergänzt. Dadurch waren bis 2019 drei ICD-Codes zu kodieren: z.B. K70.4 (Alkoholisches Leberversagen), G94.3* und K72.79!

Der Querverweise auf G94.3* wurde gestrichen und ein Exklusivum für K72.7-! beim ICD-Kode G94.3 ergänzt, so dass die Kodierung nun wieder vereinfacht ist: K70.4 und K72.79!

G94.3*	Enzephalopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten <i>Exkl.:</i> Hepatische Enzephalopathie (K72.7-!)
K72.-	Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert <i>Inkl.:</i> Coma hepaticum o.n.A. Encephalopathia hepatica o.n.A. †(G94.3*)

Quelle (graue Kästen): aus DIMDI Aktualisierungslisten zur Systematik ICD

<https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/icd-10-gm/version2020/icd10gm2020syst-alisten.zip>

Alkoholische Leberzirrhose

Bei der Alkoholische Leberzirrhose (K70.3) wurde der Hinweis ergänzt, die klinischen Stadien der Leberzirrhose mit K74.7-! zu kodieren.

K70.3	Alkoholische Leberzirrhose Alkoholische Zirrhose o.n.A. <i>Soll das Stadium einer Leberzirrhose angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus K74.7-! zu benutzen.</i>
--------------	--

Milzvenenthrombose

Zur Milzvenenthrombose existieren derzeit im alphabetischen Verzeichnis des ICD folgende Einträge:

- Milzvenenthrombose: I82.80
- Milz - Thrombose: D73.5

- Milzvenenthrombose-Syndrom D73.2
- Opitz-Krankheit [Milzvenenthrombose-Syndrom] D73.2

Ergänzt wurden Folgendes:

- Thrombose – Milz – arteriell: D73.5
- Thrombose – Milz – venös: I82.80

HIV-Präexpositionsprophylaxe

Für die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) wurde mit der Z29.22 ein neuer Code eingeführt und gleichzeitig mit einem Exklusivum für die Z29.21 (Systemische prophylaktische Chemotherapie) klargestellt.

Z29.21	Systemische prophylaktische Chemotherapie <i>Exkl.:</i> HIV-Präexpositionsprophylaxe (Z29.22)
Z29.22	HIV-Präexpositionsprophylaxe
Z29.28	Sonstige prophylaktische Chemotherapie Chemoprophylaxe o.n.A. Prophylaktische Antibiotikaverabreichung o.n.A.

OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel

Im Bereich der OPS Codes finden sich relevante Änderungen.

Bemerkenswert ist, dass bis auf einen alle von der DGVS eingebrachten OPS-Anträge vom DIMDI vollständig oder modifiziert umgesetzt wurden.

Endoskopische Vollwandresektion (EFTR) am Magen/Duodenum

Die endoskopische Vollwandresektion (EFTR) war bislang nur am Dickdarm und Rektum kodierbar. Es wurden neue OPS-Kodes für Magen (5-433.25) und Dünndarm (5-433.75) beantragt und umgesetzt:

5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens
.25	Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes
.75	Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]

Quelle (graue Kästen):

aus DIMDI Aktualisierungslisten zur Systematik OPS 2020

<https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/ops/version2020/ops2020syst-alisten.zip>

Endoskopisch gesteuerte Implantation von Bestrahlungsmarkern

Die Implantation von Bestrahlungsmarkern kann bisher nur für Lunge (bronchoskopisch/perkutan), Leber (perkutan) und Pankreas (perkutan) spezifisch kodiert werden.

Es wurde der Antrag gestellt, OPS-Kodes für Ösophagus, Magen, Rektum, Anus und Lymphknoten differenziert nach Zugangswegen (perkutan, endoskopisch, sonstige) zu etablieren. Hier die Übersicht der umgesetzten Änderungen:

		endoskopisch	perkutan	Sonstige
Ösophagus	5-42a.0*	1		x
Magen	5-449.w*	3		x
Rektum	5-489.n			
Anus	5-499.f			
Leber	5-509.0*	1	0	x
Pankreas/-gang	5-529.q*	1	0	x
Bauchraum	5-549.c*	1	0	x
Lymphknoten	5-408.9*	1	0	x

5-42a	Weitere Operationen am Ösophagus
<u>5-42a.0</u>	<u>Implantation von Bestrahlungsmarkern am Ösophagus</u> Hinw.: <u>Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)</u>
<u>.00</u>	<u>Endoskopisch</u>
<u>.0x</u>	<u>Sonstige</u>
5-449	Andere Operationen am Magen
<u>5-449.w**</u>	<u>Implantation von Bestrahlungsmarkern</u> <u>[Subklassifikation - 6. Stelle: 3,x]</u> Hinw.: <u>Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)</u>
5-489	Andere Operation am Rektum
<u>5-489.n</u>	<u>Implantation von Bestrahlungsmarkern</u> Hinw.: <u>Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)</u>
5-499	Andere Operationen am Anus
<u>5-499.f</u>	<u>Implantation von Bestrahlungsmarkern</u> Hinw.: <u>Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)</u>
5-509	Andere Operationen an der Leber
<u>5-509.0</u>	<u>Implantation von Bestrahlungsmarkern, perkutan</u> Hinw.: <u>Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)</u>
<u>.00</u>	<u>Perkutan</u>
<u>.01</u>	<u>Endoskopisch</u>
<u>.0x</u>	<u>Sonstige</u>

5-529	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang
5-529.q	Implantation von Bestrahlungsmarkern am Pankreas, perkutan <i>Hinw.:</i> Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)
.q0	Perkutan
.q1	Endoskopisch
.qx	Sonstige
5-549	Andere Bauchoperationen
5-549.c	Implantation von Bestrahlungsmarkern in den Bauchraum <i>Exkl.:</i> Implantation von Bestrahlungsmarkern an einem oder mehreren Lymphknoten (5-408.9 ff.) Implantation von Bestrahlungsmarkern am Magen (5-449.w ff.) Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Leber (5-509.0 ff.) Implantation von Bestrahlungsmarkern am Pankreas (5-529.q ff.) <i>Hinw.:</i> Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)
.c0	Perkutan
.c1	Endoskopisch
.cx	Sonstige
5-408	Andere Operationen am Lymphgefäßsystem
5-408.9	Implantation von Bestrahlungsmarkern an einem oder mehreren Lymphknoten <i>Hinw.:</i> Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)
.90	Perkutan
.91	Endoskopisch
.9x	Sonstige

Polypektomie

Die bisherige Unterteilung im OPS in 1-2 Polypen und >2 Polypen ist untauglich, Kostenunterschiede zu detektieren. Damit scheitern DRG Anträge, die für aufwendige Polypektomien eine höhere Vergütung fordern.

Daher wurde die Etablierung von Zusatzcodes zur Polypektomie und endoskopischen Mukosaresektion (EMR) von Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser beantragt und nach ausführlicher Diskussion mit dem InEK im Vorfeld der Einreichung auch vom DIMDI umgesetzt.

Zu einer Polypektomie am Ösophagus

- von 1-2 Polypen am (5-422.21)
- von >2 Polypen (5-422.22)
- einer EMR (5-422.23)

kann jetzt der Zusatzcode 5-422.6 für

- 1 Polypen größer 2 cm (5-422.61)
- oder 2 Polypen größer 2 cm (5-422.62)

kodiert werden.

Dieselben Kodierungsmöglichkeiten wurden für Magen, Dünndarm, Dickdarm und Rektum eingeführt. Hier die Codes in der Übersicht:

Schlingenresektion	EMR	Zusatzcode bei Polypen > 2cm
--------------------	-----	------------------------------

Polypektomie am	1-2 Polypen	>2 Polypen	EMR	1 Polyp > 2 cm	>=2 Polypen > 2 cm
Ösophagus	5-422.21	5-422.22	5-422.23	5-422.60	5-422.61
Magen	5-433.21	5-433.22	5-433.23	5-433.60	5-433.61
Dünndarm (Push-Technik)	5-451.71	5-451.72	5-451.73	5-451.b0	5-451.b1
Dünndarm (Push-and-pull-back-Technik)	5-451.81	5-451.82	5-451.83	5-451.b0	5-451.b1
Dickdarm (Push-Technik)	5-452.61	5-452.62	5-452.63	5-452.b0	5-452.b1
Dickdarm (Push-and-pull-back-Technik)	5-452.71	5-452.72	5-452.73	5-452.b0	5-452.b1
Rektum		5-482.0		5-482.f0	5-482.f1-9

Hinweis: Zusatzcodes muss immer eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Nur eine exakte Kodierung und Zuordnung der Kosten führt letztlich zu einem Kostentrenner und damit einer Vergütung des Mehraufwands.

5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus
5-422.2	Exzision, endoskopisch
.21	Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-422.6 ff.)
.22	Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-422.6 ff.)
.23	Endoskopische Mukosaresektion Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-422.6 ff.)
<u>5-422.6</u>	<u>Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser</u> Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können zusätzlich zu den Codes 5-422.21, 5-422.22 und 5-422.23 verwendet werden
.60	1 Polyp
.61	2 oder mehr Polypen

Transgastrale/-duodenale Punktion der Gallenwege mit und ohne Rendezvous-Verfahren

Die transgastrale/-duodenale Punktion der Gallengänge bzw. des Pankreasgangs im Rendezvous-Verfahren ist bisher nicht spezifisch kodierbar.

Es wurde ein neuer Code 5-513.r Transgastrale oder transduodenale Punktion der Gallengänge in 2020 eingeführt und die gesonderte Kodierung von Drainagen oder Stentanlagen im Rendezvous-Verfahren klargestellt.

<u>5-513.r</u>	<u>Transgastrale oder transduodenale Punktion der Gallengänge</u>
Exkl.:	Bilio digestive Anastomose (5-512 ff.)
Hinw.:	Das Einlegen von Drainagen oder Prothesen (im Rendezvous-Verfahren) ist gesondert zu kodieren (5-513.5, 5-513.f ff., 5-513.m ff., 5-513.n ff.)

Endoskopische Blutstillung durch Auftragen v. Peptid-Hydrogel bildenden Substanzen (z.B. PuraStat®)

In 2019 wurde OPS-Kodes für die endoskopische Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen (5-429.v, 5-449.t3, 5-469.t3, 5-489.k) etabliert. Die Peptid-Hydrogel bildenden Substanzen sind damit nicht abgebildet, sondern nur unspezifisch mit 5-429.x (Andere Operationen am Ösophagus: Sonstige) kodierbar.

Der Vorschlag den Begriff „absorbierend“ zu streichen und damit beide Blutstillungsarten kodierbar zu machen, wurde von der AG OPS **abgelehnt**. Ein neuer Versuch wird für 2021 gestartet.

Kodierung von Mengenangaben spezieller Medikamente

Zur Mengenerfassung teurer Medikamente wurden nachfolgende OPS-Codes eingeführt oder differenziert.

Medikament	Code
Liposomales Irinotecan, parenteral	6-009.e*
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surfact-Antigen (HBsAG)	8-810.q*
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CM)	8-810.s

Zusammenfassung und Ausblick

Die DGVS hat über die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie im Frühjahr 2019 eine Reihe von Vorschlägen zum ICD- und OPS-Katalog eingereicht und damit eine Differenzierung des DRGs-Systems in 2021(!) antizipiert. Erfreulicherweise wurden diese Vorschläge in der Mehrzahl aufgegriffen und werden bei konsequenter Anwendung zu einer verbesserten, leistungsgerechten Abbildung der Gastroenterologie führen. Insbesondere konnte eine verbesserte Kodierbarkeit komplexer endoskopischer Leistungen und damit eine sachgerechtere Abbildung der Endoskopie erreicht werden.

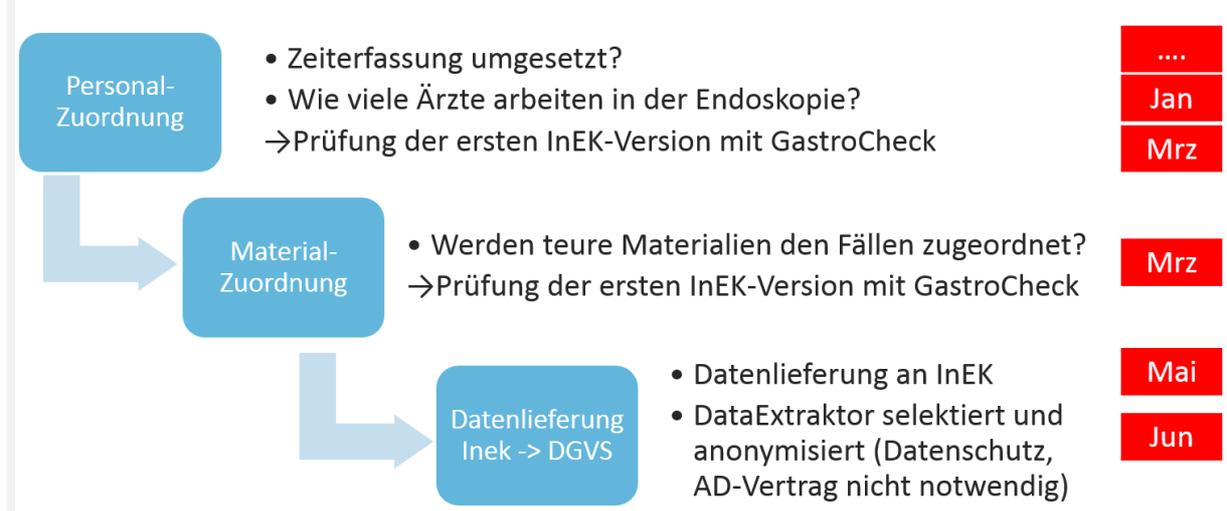
Weiterer Handlungsbedarf

Trotz der erfreulichen Entwicklung bezüglich einer optimierten Abbildung der Gastroenterologie im DRG-System besteht weiterhin Handlungsbedarf im Bereich der Personalkosten- und Materialkostenzuordnung.

Datenlieferung an InEK und DGVS

Für die Krankenhäuser, die an der InEK-Kalkulation teilnehmen, fassen wir die wichtigsten Punkte in einer kurzen Checkliste und einem Zeitplan zusammen:

Datenlieferung an InEK und DGVS Checkliste + Meilensteine für 2020



Personalkostenzuordnung

Wichtigster Input zur Personalkostenzuordnung für die DRG-Kalkulationen ist die Zuordnung von Personal zur Endoskopie und zur Station in den Kalkulationshäusern. Diese Kosten werden letztlich auf die einzelnen Fälle verteilt. Wenn hier zu wenige Ärzte der Endoskopie zugeordnet werden, sinkt der Tarif in der Endoskopie und damit der Personalkostenanteil der Fälle.

Die Unterschiede in den Projekthäusern der DGVS DRG Kostenstudie sind nach wie vor beträchtlich und eine Spannbreite bei den mittleren ärztlichen Kosten einer diagnostischen ÖDG zwischen 20 € und 108 € erscheinen, wie in den Vorjahren bereits berichtet, weiterhin implausibel (siehe Abbildung 1).

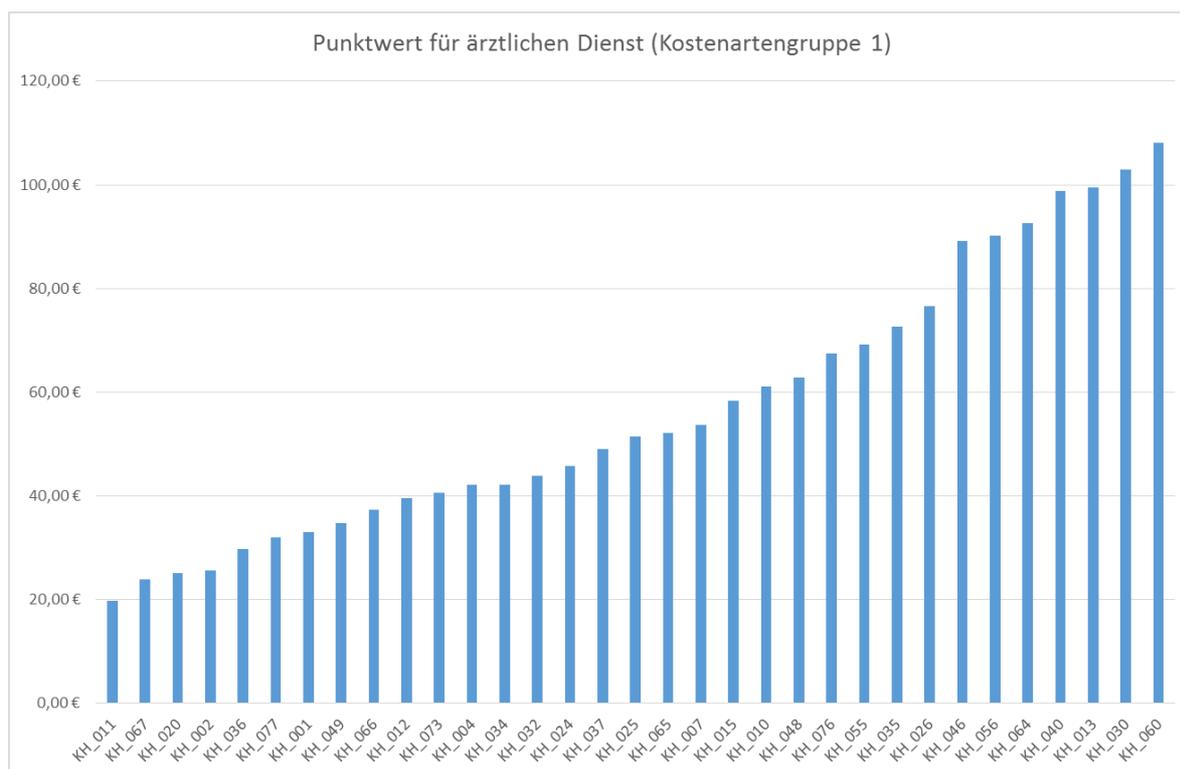


Abbildung 1 Unterschiede in den Projekthäusern der DGVS DRG Kostenstudie für die ÖGD als Indiz für ein stark unterschiedliche Personal-Zuordnung in die Endoskopie

Es wichtig, dass die Chefärzte jährlich mit Ihrem Controlling die Personalzuordnung zur Endoskopie prüfen. Nur so werden den endoskopischen Leistungen auch adäquate Kosten zugeordnet und damit vergütet!

Umsetzung der Zeiterfassung

Seit dem 1.1.2017 ist die Zeiterfassung in der Endoskopie verpflichtend für alle Krankenhäuser, die an der Kostenkalkulation des InEK teilnehmen. Sollte ein Haus noch keine Zeiterfassung eingeführt haben, kann es mit Rücksprache beim InEK auch im Datenjahr 2018 noch den DGVS-Leistungskatalog retrospektiv anwenden. Dies ist erst dann nicht mehr erforderlich, wenn die verpflichtende Zeiterfassung qualitative hochwertige Daten liefert. Im Bereich Chirurgie und Anästhesie ist dies bereits seit den Anfängen des DRG-Systems gegeben und damit die sachgerechte Personalkostenzuordnung zu den jeweiligen Leistungen sichergestellt.

Die Zeiterfassung in der gastroenterologischen Endoskopie wird in der S2K-Leitlinie „Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie“ im Kapitel: 2.3.2 und 5.1 definiert (siehe <http://www.dgvs.de/leitlinien/qualitaetsanforderungen-in-der-gastrointestinalen-endoskopie/>). Für die InEK Kalkulation müssen mindestens folgende Parameter zum Personal erfasst werden:

1. Schnitt-Naht-Zeiten, sprich „erstes Gerät rein – letztes Gerät raus“
2. Gleichzeitigkeitsfaktor, sprich „wie viele Ärzte legen am Patienten Hand an“

Positiver Anteil mit Zeiterfassung

Von 49 Teilnehmern in der DRG Kostenkalkulation haben bereits 36 Häuser (74%) die Zeiterfassung ab dem 1.1.2017 umgesetzt.

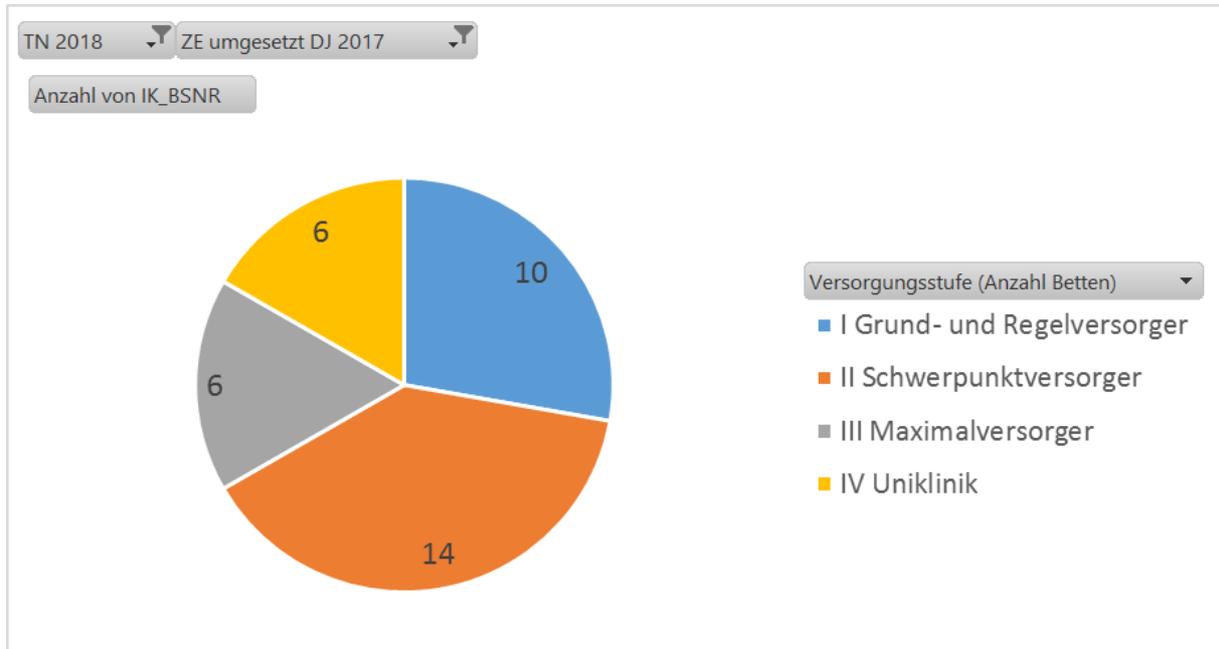


Abbildung 2 Häuser nach Versorgungsstufen, die an der DGVS Kostenkalkulation teilnehmen und die Zeiterfassung eingeführt haben

Fehlender Gleichzeitigkeitsfaktor

Bei genauerer Untersuchung wurde festgestellt, dass aber nur 16 (44%) den oben als Mindestanforderung genannten Gleichzeitigkeitsfaktor (GZV) umgesetzt haben.

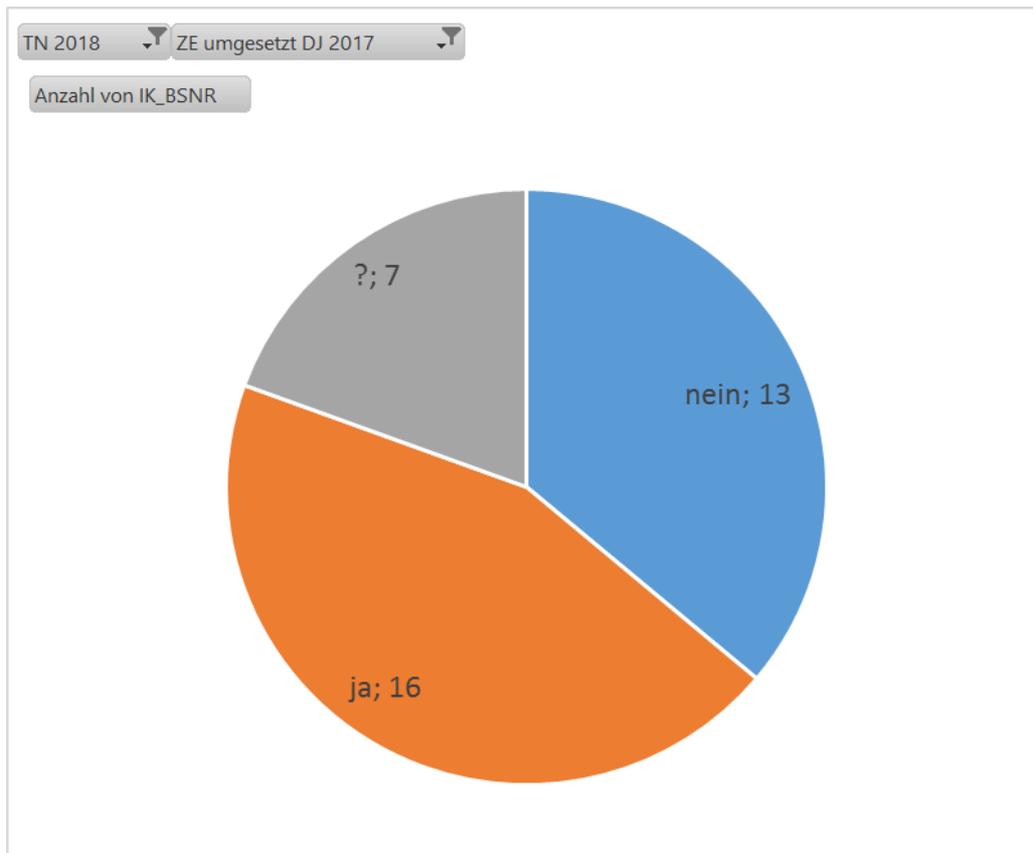


Abbildung 3 Anteil der Häuser mit Zeiterfassung, die den Gleichzeitigkeitsfaktor (GZV) in der Kostenkalkulation des Datenjahres 2017 erfasst und berücksichtigt haben (ja= GZV berücksichtigt)

Aus der Zeiterfassungsstudie von 2013 ist bekannt, dass der Gleichzeitigkeitsfaktor einen wesentlichen Einfluss auf die Spreizung zwischen einfachen und komplexen Leistungen darstellt und daher nicht weggelassen werden darf.

Wichtig in diesem Zusammenhang: Eine fehlerhafte Zeiterfassung oder eine Zeiterfassung ohne Gleichzeitigkeitsfaktor schadet der Abbildung gastroenterologischer Leistungen im DRG System.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die DGVS-Kommission über drg@dgvs.de oder direkt an den Projektpartner inspiring-health GmbH über dgvs-projekt@inspiring-health.de.

Disclaimer

Verfasser und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Inhalte dieses Updates.

Autoren

DGVS-Kommission für medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie:

Prof. Dr. Jörg Albert

PD Dr. Arndt Weinmann, MBA

Projektpartner:

Markus Rathmayer, inspiring-health GmbH, München

Dr. Wolfgang Heinlein, inspiring-health GmbH, München

Dr. Martin Braun, Dr. Martin Braun GmbH, Mannheim