

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten



1913

DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten

DRG-Update – Frühjahr 2020

Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Inhalt

Inhalt	373
Einleitung	373
DRG – Diagnosis Related Groups	373
Grundsätzliches zur Ausgliederung der Pflege im DRG System 2020	373
Endoskopische Steinentfernung und Cholezystektomie in einem Aufenthalt	373
Therapeutische Koloskopie bei Hauptdiagnose aus oberem GI-Trakt (Tagesfälle und Normallieger)	374
Tagesfälle mit ESD am Dickdarm oder Rektum	374
Berücksichtigung von endoskopischen Leistungen bei Varizen am Darm	374
Aufwertung der direkten Cholangio-/Pankreatikoskopie proximal der Hepatikusgabel	375
DRG-Anträge, die auf Grund fehlender oder inkonsistenter Daten vom InEK nicht umgesetzt wurden	375
Peutz-Jeghers-Syndrom bei endoskopischen Maßnahmen	376
RFA am Gallengang und am Pankreas	376
Endoskopische Papillektomie	376
Zusammenfassung und Ausblick	377
Disclaimer	378
Autoren	378

Einleitung

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

Aufwertungen bei der endoskopischen Steinentfernung (ERCP) und Cholezystektomie in einem Aufenthalt und bestimmten Konstellation von Tagesfällen werden detailliert erläutert.

Die Änderungen wurden im Wesentlichen durch die Teilnahme der DGVS an den Vorschlagsverfahren von DIMDI und InEK und dem direkten Dialog mit diesen Institutionen erreicht. Grundlage dafür, dass die Anträge im Vorschlagsverfahren erfolgreich waren, sind die Analysen der § 21-KHEntgG-Daten der am DRG-Projekt der DGVS teilnehmenden Häuser. An dieser Stelle spricht die DGVS diesen Häusern ihren speziellen Dank für ihre Unterstützung des DRG-Projektes aus!

Wir möchten alle Häuser, die noch nicht an diesem Projekt teilnehmen, bitten sich dem Projekt anzuschließen, weitere Informationen finden sich unter <https://www.dgvs.de/fokus-gastroenterologie/drg-projekt/projektvorstellung/>.

Die DGVS bittet alle Kliniken, die im DRG Update 2019 Herbst dargelegten Änderungen in den Bereichen ICD und OPS für 2020 konsequent zu nutzen. Wenn die neuen Codes in der Praxis nicht genutzt werden, laufen sie Gefahr, nicht erlös-relevant zu werden und die erreichten Möglichkeiten für eine verbesserte Bewertung gastroenterologischer Leistungen werden nicht realisiert. Die zeitnahe Anwendung ist daher wichtig. Die Änderungen traten ab dem 1.1.2020 in Kraft – siehe (https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2019/11/2019-2-DRG-Update-2019_Herbst.pdf).

Im Folgenden werden die wesentlichen Änderungen in der DRG-Zuordnung und den Erlösen im DRG-System 2020 vorgestellt.

DRG – Diagnosis Related Groups

Grundsätzliches zur Ausgliederung der Pflege im DRG System 2020

Durch die Ausgliederung der Pflege aus dem DRG System 2020 können die Veränderungen zwischen 2019 und 2020 nicht direkt dargestellt werden. Deshalb wurde in den folgenden Kostengewicht- und Erlösberechnungen ein Vergleich zwischen dem vom InEK veröffentlichten „Rumpf-DRG-System 2019a“, also einem ebenfalls um die Pflege reduzierten DRG-System 2019, und dem DRG-System 2020a durchgeführt.

Die Erlöse wurden alle normiert mit dem Bundesbasisfallwert 2020 (3679,62 €) berechnet.

Endoskopische Steinentfernung (ERCP) und Cholezystektomie in einem Aufenthalt

Entsprechend der neuen Leitlinien sollte nach erfolgreicher endoskopischer Gallengang-Sanierung bei Cholezystolithiasis möglichst innerhalb von 72 Stunden cholezystektomiert werden. Eine steinfreie funktionstüchtige Gallenblase kann belassen werden (Empfehlung III C.6 – B, I, starker Konsens).

Die bisherige Praxis, Patienten mit Cholezystolithiasis und Choledocholithiasis nach erfolgreicher endoskopischer Entfernung

der Gallengangsteine 4–6 Wochen nach der Intervention zur elektiven (laparoskopischen) Cholezystektomie (CHE) einzubestellen, ist damit nicht mehr leitliniengerecht. Jedoch waren Fälle mit endoskopischer Steinentfernung und Cholezystektomie in einem Aufenthalt in der H08B in 2019 noch signifikant untervergütet.

In enger Abstimmung mit der DGAV und im Dialog mit dem InEK wurde ein Split der bisherigen H08B in eine H08B (neu) und eine H08C beantragt. In der H08C werden die rein elektiven Cholezystektomien ohne endoskopische Intervention geführt, in der neuen, besser vergüteten H08B werden die Fälle mit endoskopischer Steinentfernung und Cholezystektomie eingestuft. Das InEK setzte den Split wie beantragt um (siehe dazu ► **Abb. 1**)

Die Vergütungssituation für die Cholezystektomie ohne und mit endoskopischer Steinentfernung wird in ► **Abb. 2, 3** beschrieben.

Therapeutische Koloskopie bei Hauptdiagnose aus oberem GI-Trakt (Tagesfälle und Normallieger)

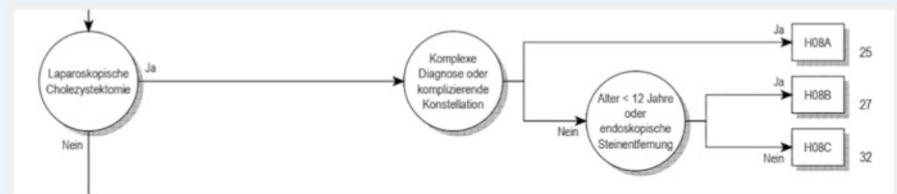
Viele Patienten mit einer Hauptdiagnose (HD), die im Bereich des oberen Gastrointestinaltraktes angesiedelt ist und in die ADRG G67 führt, bekommen im Rahmen der notwendigen Diagnostik nicht nur Endoskopien des oberen, sondern auch Endoskopien des unteren Gastrointestinaltrakts. Werden dort pathologische Befunde, im speziellen Polypen, gefunden, werden diese im Regelfall in derselben Sitzung abgetragen (Polypektomie/EMR).

Diese Fälle wurden in 2019 zum Großteil in die DRG G67C eingestuft, waren dort aber nicht sachgerecht vergütet, da in dieser DRG keine Kosten für eine therapeutische Koloskopie enthalten sind.

Zusätzlich waren Tagesfälle durch den hohen Abschlag für die Unterschreitung der uGVD unzureichend vergütet.

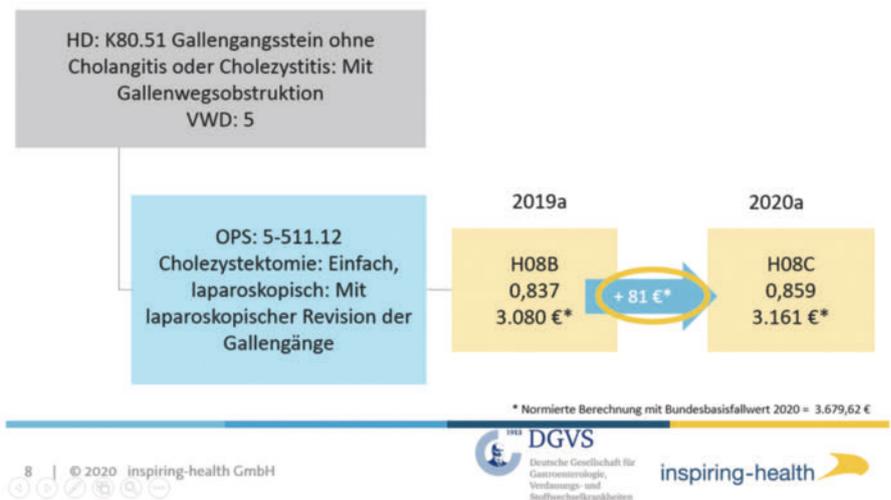
Es wurden folgende beiden Anträge umgesetzt:

1. Höherstufen der Fälle mit HD aus OGIT mit therapeutischer Koloskopie (Polypektomie/EMR) in die G67B



► **Abb. 1** Neuer Split der H08 bei endoskopischer Steinentfernung und Cholezystektomie in einem Aufenthalt.

DRG-Anträge 2019 für 2020 Elektive / reine Cholezystektomie



► **Abb. 2** Vergütung für die elektive Cholezystektomie ohne Steinentfernung.

2. Höherstufen der Tagesfälle mit HD aus OGIT mit therapeutischer Koloskopie (Polypektomie/EMR) in die G67A

Die Umsetzung führt zu einer Verbesserung der Vergütung wie sie in ► **Abb. 4** für Normallieger und in ► **Abb. 5** für Tagesfälle dargestellt ist.

Tagesfälle mit ESD am Dickdarm oder Rektum

Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten mit ESD am Dickdarm oder Rektum werden als Tagesfälle geführt. Der Großteil der Fälle wird der DRG G47B zugeordnet. Trotz der Tatsache, dass die G47B als implizite 1 Tages-DRG berechnet ist, war diese Fallgruppe in 2019 nicht ausreichend vergütet. Es wurde beantragt, diese Fälle in die G47A einzugruppiieren.

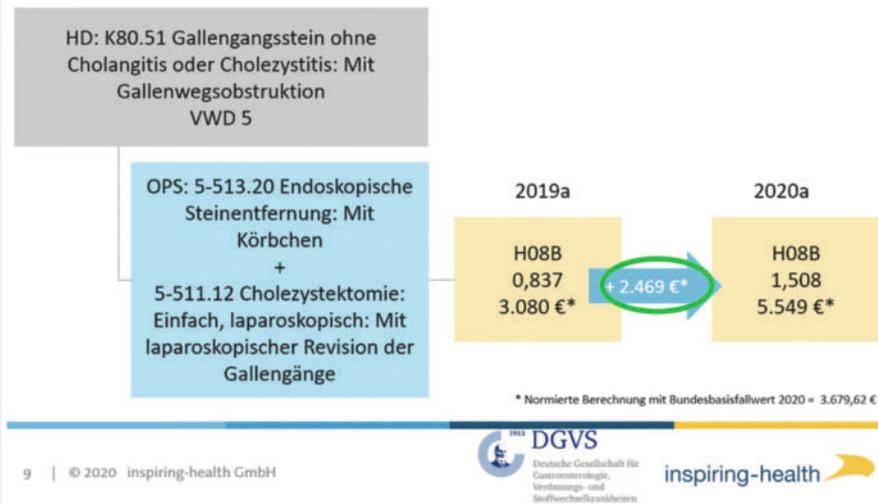
Für die ESD am Kolon wurde der Antrag umgesetzt (siehe ► **Abb. 6**).

Für die ESD am Rektum konnte der Antrag nicht umgesetzt werden, da die Fälle nicht so teuer waren, wie die Fälle der DRG G47A. Zudem wurde diese Leistung von einem Krankenhaus dominiert. Der Antrag für das Rektum wird in 2020 nach erneuter Analyse neu gestellt.

Berücksichtigung von endoskopischen Leistungen bei Varizen am Darm

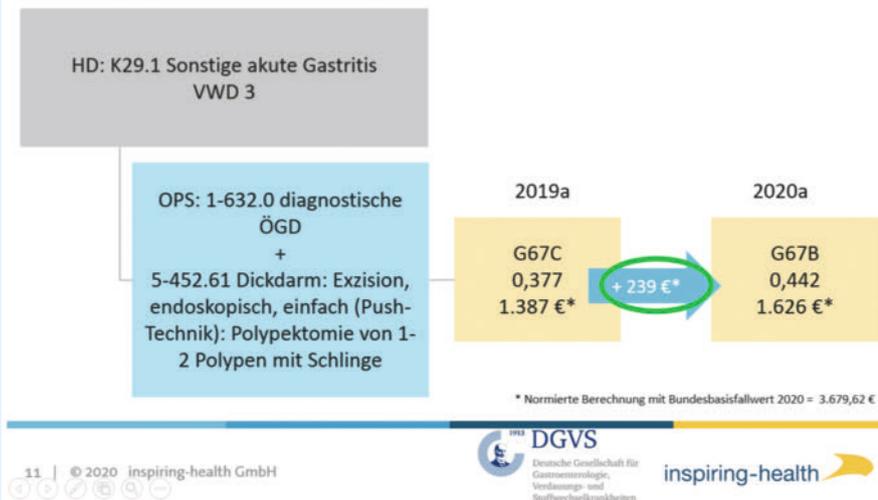
Ab dem ICD 2017 stehen differenzierte ICD- Codes zur Kodierung von Varizen im Darm (Dünndarm, Dickdarm, Rektum) zur Verfügung. Aufgrund ihrer Überleitung aus dem ICD „I86.8 – Varizen sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen“ führten diese ICDs zunächst in die MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems). Da in

DRG-Anträge 2019 für 2020 Endoskopische Steinentfernung und Cholezystektomie in einem Aufenthalt



► **Abb. 3** Vergütung für die endoskopische Steinentfernung und Cholezystektomie in einem Aufenthalt.

DRG-Anträge 2019 für 2020 HD aus OGIT mit therapeutischer Koloskopie: Normallieger



► **Abb. 4** Verbesserung der Abbildung der therapeutischen Koloskopie bei Hauptdiagnose im OGIT – Normallieger.

den DRGs der MDC 05 keine gastroenterologischen endoskopischen Interventionen berücksichtigt werden, führte in 2019 die Versorgung von Blutungen aus ektopen Varizen in eine konservative Herz-Kreislauf-DRG, in der diese Fälle nicht sachgerecht abgebildet waren.

Der Antrag auf Verschiebung dieser neuen ICD-Kodes für Varizen am Darm in die MDC 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) wurde umgesetzt und zunächst eine Gleichstellung mit Ösophagusvarizen ohne Blutung erreicht. Mit neuen Daten aus dem Datenjahr 2018 wird über-

prüft, ob eine Aufwertung für 2021 beantragt werden kann.

Aufwertung der direkten Cholangio-/Pankreaticoskopie proximal der Hepatikusgabel

Der Einsatz moderner Einmalgeräte bei der direkten Cholangio-/Pankreaticoskopie ist in 2019 nicht vollständig vergütet. Bei der Kodierung bis zum OPS 2017 wurde nach „modular“ (1-643.1, 1-644.1) und „nicht modular“ (1-643.0, 1-644.0) aufgebauten Geräten unterschieden. Dies führte zu massiven Fehlkodierungen und damit zu einer nicht sachgerechten Vergütung. Seit 2018 steht ein neuer OPS-Code „distal“ (1-643.2) und „proximal“ (1-643.3) der Hepatikusgabel, sowie für die Pankreaticoskopie (OPS 1-644) als auch für therapeutische Interventionen (OPS 5-513.q1, 5-526.j) zur Verfügung.

Auf Basis der nun sauberen Kodierung und Kostenzuordnung wurde die Aufwertung der Fälle mit diagnostischer und therapeutischer Cholangioskopie proximal der Hepatikusgabel (OPS 1-643.3 und 5-513.q1), sowie der diagnostischen und therapeutischen Pankreaticoskopie (OPS 1-644 und 5-526.j) für 2020 umgesetzt. Es erfolgt eine Eingruppierung in die H41C (siehe ► **Abb. 7**).

Auf Basis der Daten von 2019 wird erneut geprüft werden inwieweit auch eine Aufwertung distal der Hepatikusgabel möglich ist.

DRG-Anträge, die auf Grund fehlender oder inkonsistenter Daten vom InEK nicht umgesetzt wurden

Die folgenden Anträge zeigen, dass das InEK Anträge auf Grund mangelnder Datennlage nicht umsetzt, wenn

- es zu wenig Fälle in Kalkulationshäuser findet
- oder die Fälle über die Kalkulationshäuser hinweg inkonsistent kodiert werden.

Die Kodierung ist die Grundlage zur Beteiligung am Vorschlagsverfahren des InEK. Das DIMDI führt jedes Jahr auf Grund von Anträgen neue ICD- und OPS-Kodes im System ein. Erst nach Etablierung dieser Codes ist eine adäquate Vergütung erzielbar.

DRG-Anträge 2019 für 2020 HD aus OGIT mit therapeutischer Koloskopie: Tagesfall

HD: K29.1 Sonstige akute Gastritis
VWD 1

OPS: 1-632.0 diagnostische
ÖGD
+
5-452.61 Dickdarm: Exzision,
endoskopisch, einfach (Push-
Technik): Polypektomie von 1-
2 Polypen mit Schlinge

2019a

G67C
0,180
662 €*

+ 309 €* →

2020a

G67A
0,264
971 €*

* Normierte Berechnung mit Bundesbasisfallwert 2020 = 3.679,62 €

12 | © 2020 inspiring-health GmbH



inspiring-health

► **Abb. 5** Verbesserung der Abbildung der therapeutischen Koloskopie bei Hauptdiagnose im OGIT – Tagesfall.

Tagesfälle werden der DRG R65B zugeordnet.

In beiden DRGs sind Fälle mit multiplen Polypektomien aufgrund der hohen Kosten für die Endoskopie nicht sachgerecht vergütet.

Die Verschiebung der Fälle in die R62B, bzw. in die R65A wurde nicht umgesetzt.

Begründung:

- zu geringe Fallzahl in Kombination mit OPS-Kode für Polypektomie
- ICD Q85.8 ist zu unspezifisch für eine Verschiebung in die MDC 06

Für 2021 wird daher ein spezifischer ICD-Code für das Peutz-Jeghers-Syndrom beim DIMDI beantragt. Erst mit Kodierung des neuen Codes in 2021 kann dann in 2022 ein erneuter DRG-Antrag gestellt werden.

RFA am Gallengang und am Pankreas

Fälle mit ausschließlicher RFA am Gallengang oder Pankreas sind in die DRG H41D eingestuft. Dort sind sie aber aufgrund der hohen Materialkosten für die RFA-Sonde nicht sachgerecht vergütet. Ein Antrag auf Verschiebung dieser Fälle in die H41C wurde wegen zu geringer Fallzahl nicht umgesetzt.

Nach Rücksprache mit dem InEK und der Darstellung, dass keine hohe Fallzahl zu erwarten ist, jedoch eine medizinische Notwendigkeit besteht und diese Leistung nur von spezialisierten Häusern erbracht wird, wird ein erneuter Antrag für die Umsetzung in 2021 gestellt.

Endoskopische Papillektomie

Mit dem OPS 2018 wurde eine Differenzierung des OPS-Kodes „5-513.3 Endoskopische Operationen an den Gallengängen“ etabliert. Jetzt kann die Probeexzision „an der Papille“ (OPS 5-513.30) von der kompletten echten Papillektomie (OPS 5-513.31) unterschieden werden. Bisher führen beide Codes in die H41E. Da der Zeitaufwand und die Komplexität für die Papillektomie deutlich höher ist als bei einer Probeexzision wird eine Unterfinanzierung vermutet. Die Verschiebung dieser Fälle in die H41D wurde für 2020 beantragt. In der Analyse der Daten aller Kalkula-

DRG-Anträge 2019 für 2020 Tagesfälle mit ESD am Dickdarm

HD: C18.4 Bösartige Neubildung: Colon
transversum
VWD 1

OPS: 5-452.64 Dickdarm:
Exzision, endoskopisch,
einfach (Push-Technik):
Endoskopische submukosale
Dissektion [ESD]

2019a

G47B
0,343
1.262 €* →

+ 383 €* →

2020a

G47A
0,447
1645 €* →

* Normierte Berechnung mit Bundesbasisfallwert 2020 = 3.679,62 €

14 | © 2020 inspiring-health GmbH



inspiring-health

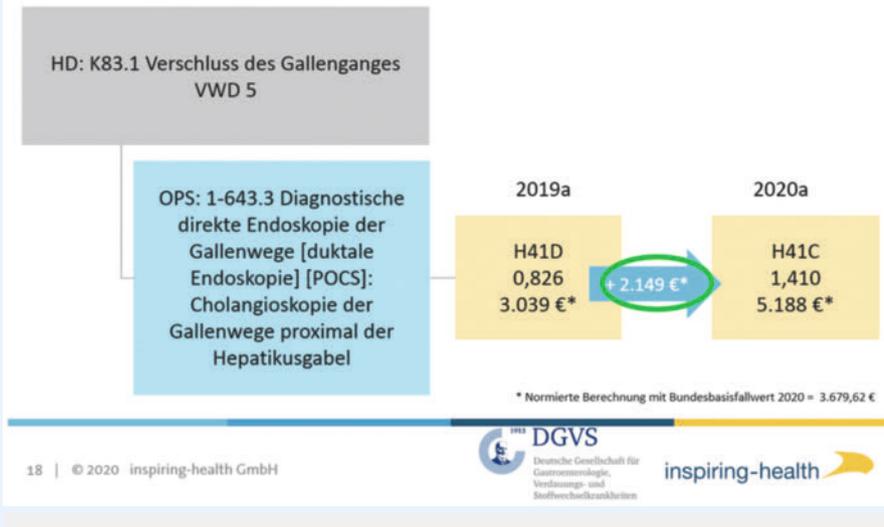
► **Abb. 6** Verbesserung der Abbildung der Tagesfälle mit ESD am Dickdarm.

Alle kalkulierenden Häuser sind daher angehalten, besonders sorgfältig die bei gastroenterologischen Leistungen entstandenen Kosten in der InEK Kostenmatrix darzustellen.

Peutz-Jeghers-Syndrom bei endoskopischen Maßnahmen

Das Peutz-Jeghers-Syndrom wird über den ICD-Code „Q85.8 = Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert“ kodiert. Fälle mit dieser Hauptdiagnose werden in der Regel in die DRG R62C eingestuft.

DRG-Anträge 2019 für 2020 Direkte Cholangio-/Pankreaticoskopie



► **Abb. 7** Aufwertung der direkten Cholangio-/Pankreaticoskopie proximal der Hepatikusgabel.

tionshäuser durch das InEK waren die Fälle allerdings nicht teurer als die Fälle der Ausgangs-DRG H41E, so dass der Antrag nicht umgesetzt wurde. Nach Analyse des Datenjahrs 2018 wird entschieden, ob ein Antrag für 2021 bereits Sinn macht oder ob noch ein Jahr gewartet werden muss.

Zusammenfassung und Ausblick

Die DGVS hat über die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie auch im Frühjahr 2019 eine

Reihe von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des DRG-Systems 2020 eingereicht. Erfreulicherweise wurden diese Vorschläge in der Mehrzahl aufgegriffen und führen zu einer erneuten verbesserten Abbildung der Gastroenterologie.

Es zeigt aber auch klar die Grenzen auf, dass Anträge ohne die notwendige Datengrundlage vom InEK abgelehnt werden. Umso wichtiger ist es, bei neuen Verfahren oder Verfahrensänderungen frühzeitig ICD- und

OPS-Kodes einzuführen, um die Abbildung im DRG-System zu beschleunigen.

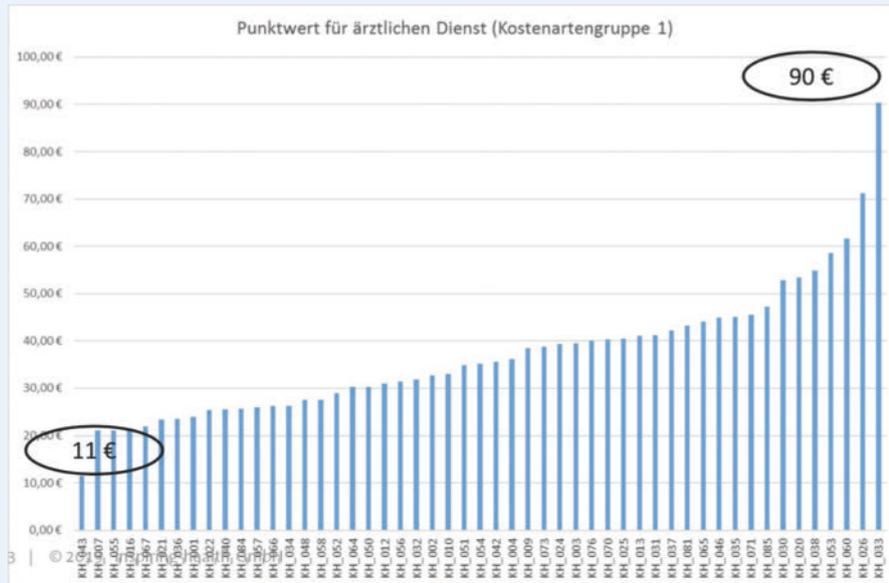
Eine leistungsgerechte Kostenerstattung erfordert zudem eine realitätsnahe Dokumentation für eine korrekte Darstellung der Gastroenterologie in den § 21-KHEntg-Daten. Hierbei führen die Materialkosten- und Personalkostenzuordnung.

Wichtig ist daher, die Zuordnung von Personal zur Endoskopie und zur Station zu berücksichtigen. Wenn zu wenige Ärzte kostentechnisch der Endoskopie zugeordnet werden, sinken der Kostenanteil endoskopischer Leistungen und damit der Personalkostenanteil der entsprechenden DRGs.

Daher ist es wichtig, dass Ärzte und Controlling die Personalzuordnung zur Endoskopie prüfen und sich vergewissern, dass eine korrekte Zuordnung der Materialkosten erfolgt.

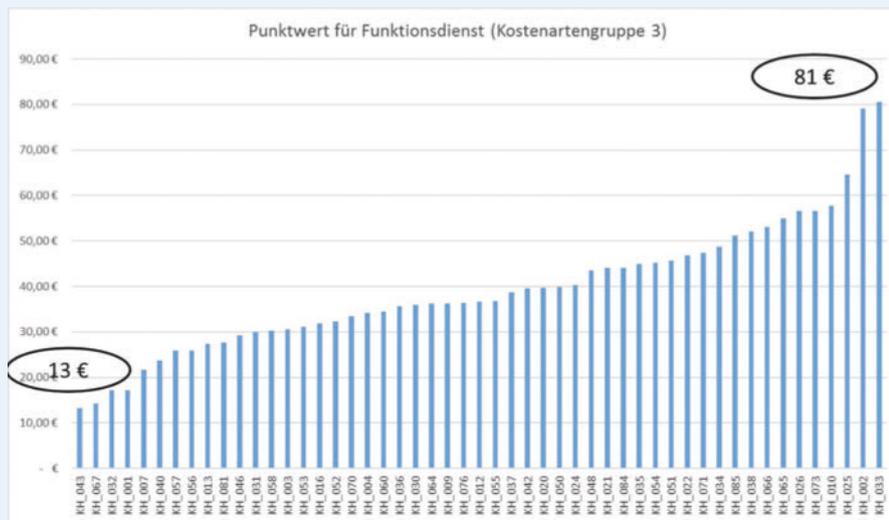
Die DGVS hat daher über die Plattform auf dem DGVS Jahreskongress hinaus Diskussionsforen vor Ort im Rahmen des DRG-Clubs geschaffen, um die Ärzte und Controller von kalkulierenden Krankenhäusern zusammenzubringen und in regionalen Veranstaltungen die Darstellung gastroenterologischer Kostendaten zu diskutieren und zu verbessern.

Im Datenjahr 2018 gestaltete sich der Kostenvergleich folgendermaßen:



► **Abb. 8** Kostenallokation für den Ärztlichen Dienst im Datenjahr 2018.

Interpretation: Die Abbildung stellt die Verhältnisse der Personalkostenzuordnung der einzelnen Kalkulationshäuser dar, die am DRG-Projekt der DGVS teilnehmen. Der große Unterschied deutet daraufhin, dass die Personalzuordnung an den Extremen zu prüfen ist.



► **Abb. 9** Kostenallokation für den Funktionsdienst im Datenjahr 2018.

Auf Grund dieser weiterhin unplausibel niedrigen Personalkosten muss von einer ungenügenden Kostenzuordnung der entstandenen Personalkosten in den kalkulierenden Häusern ausgegangen werden.

Dies gilt es unbedingt zu verbessern!

Die am Projekt teilnehmenden Häuser erhalten ihre jeweils dokumentierten und dem InEK abgegebenen Kostendaten erkennbar im anonymisierten Hausvergleich dargestellt. Im sogenannten Fokus(haus)bericht werden die Personalkostenzuordnung im Vergleich mit den anderen Häusern dargestellt und implausible Materialkosten hervorgehoben.

Damit weiß jeder wo er steht und es kann die Aufmerksamkeit auf eine leistungsgerechte Darstellung der Kosten gelenkt und eine Verbesserung in Zukunft umgesetzt werden.

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

Projektpartner:

Markus Rathmayer, inspiring-health GmbH, München

Dr. Wolfgang Heinlein, inspiring-health GmbH, München

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