

Prof. Dr. Norbert Roeder/Dr. Wolfgang Fiori/Dr. Holger Bunzemeier/
Dr. Torsten Fürstenberg/Dr. Peter Hensen/Norbert Loskamp/
Dr. Dominik Franz/Dr. Stefan Glocker/Andreas Wenke/
PD Dr. Holger Reinecke/Sebastian Irps/Dr. Bernhard Rochell/
Dr. Markus Borchelt

G-DRG-System 2005: Was hat sich geändert? (II)

Spezifische Änderungen in medizinischen Leistungsbereichen

Nachdem im ersten Teil des vorliegenden Beitrags (vergleiche „das Krankenhaus“ 11/2004, Seite 908 ff.) eine orientierende Gesamtübersicht zu systemweiten Änderungen des G-DRG-Systems 2005 gegeben wurde, werden nachfolgend wesentliche Änderungen bezogen auf einzelne medizinische Leistungsbereiche dargestellt.

Abbildung der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Einen hohen Anteil am Casemix haben in vielen Krankenhäusern die Leistungen der Herz-Kreislauf-Medizin. Während interventionelle und konservative kardiologische Leistungen sehr häufig vorgehalten werden, reduzieren sich kinder-kardiologische und herzchirurgische Leistungen auf einen verhältnismäßig kleinen Teil von Krankenhäusern.

■ Kardiologie

Im G-DRG-System 2005 hat sich die Zahl der Fallgruppen in der MDC 5 „Herz-Kreislauf“ mit 72 Basis-DRGs gegenüber den Jahren 2003 mit 39 Basis-DRGs und 2004 mit 50 Basis-DRGs deutlich erhöht; ebenso ist die Zahl der tatsächlich abrechenbaren DRGs mit 102 im Jahr 2005 gegenüber 64 in 2003 und 91 in 2004 ebenfalls bedeutend angestiegen.

Innerhalb der MDC 5 fällt auf, dass jetzt eine größere Zahl von so genannten „Z“-DRGs (= ohne Schweregrad-Splitt) implementiert wurde. Hieraus kann aber nicht geschlossen werden, dass die Berücksichtigung von medizinischen Schweregraden jetzt in geringerem Umfang erfolgt – es handelt sich letztlich nur um eine Änderung der Benennungen mit Einfluss auf den Abfragealgorithmus. Durch die Einführung von komplexen Begleitdiagnosen und -prozeduren wird der Schweregrad im System 2005 vielmehr differenzierter berücksichtigt. Neben der allein höheren Zahl (= detailliertere Auffächerung) von abrechenbaren DRGs ist so bei einer ganzen Reihe von Fallpauschalen unter anderem der Begriff der „Komplizierenden Prozedur“ oder der „Komplexen Diagnose“ eingeführt und – nach erster Durchsicht – mit sinnvollen, weil den medizinischen und ökonomischen Schweregrad adäquat wiedergebenden Begleitumständen definiert worden. So werden jetzt zum Beispiel Infarkt-Patienten, die beatmet werden und noch zusätzliche Kreislaufunterstützungsverfahren wie kontinuierliche veno-venöse Hämo-filtration (CVVH) oder intraor-

tale Ballongegenpulsation (IABP) benötigen, in eine eigene, deutlich höher vergütete DRG eingruppiert und nicht, wie im System 2004, erst ab einer Beatmungszeit von > 96 h in eine zwar besser bewertete, aber viel zu unspezifische Pre-MDC-DRG eingruppiert.

Weitere bedeutende Änderungen betreffen unter anderem die Ablationsbehandlung bei Herzrhythmusstörungen, die ab 2005 in Abhängigkeit von der Diagnose bzw. dem Ablations- und Mappingverfahren mit insgesamt 3 abrechenbaren DRGs deutlich differenzierter abgebildet wird. Ebenso wird bei Defibrillatorimplantationen jetzt unterschieden, ob zusätzliche kardiovaskuläre Operationen wie eine Bypassoperation oder ein Herzklappenersatz vorgenommen wurden, die den ökonomischen Aufwand natürlich deutlich erhöhen.

Die Leistungen der invasiven kardiologischen Diagnostik (Links- und Rechtsherzkatheteruntersuchung, EPU) wurden zusammengefasst. Es stehen nun 7 DRGs zur Verfügung, die abhängig von der Verweildauer, dem Vorliegen eines Herzinfarkts, einer Herzklappenentzündung sowie komplexer Prozeduren und Diagnosen differenziert sind. Die Fälle mit einer sehr kurzen Verweildauer (< 3 Tage; regelmäßig elektive Untersuchungen) werden einer eigenen DRG zugeordnet.

Neben den schon 2004 eingeführten Zusatzentgelten (ZE) für medikamenten-freisetzende Koronarstents sowie von

Abbildung 1: Gruppierungsalgorithmus der Endokarditis 2005

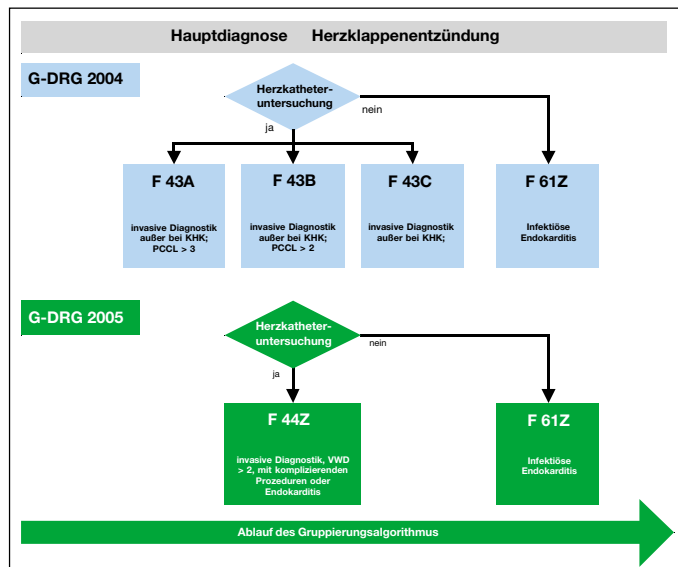
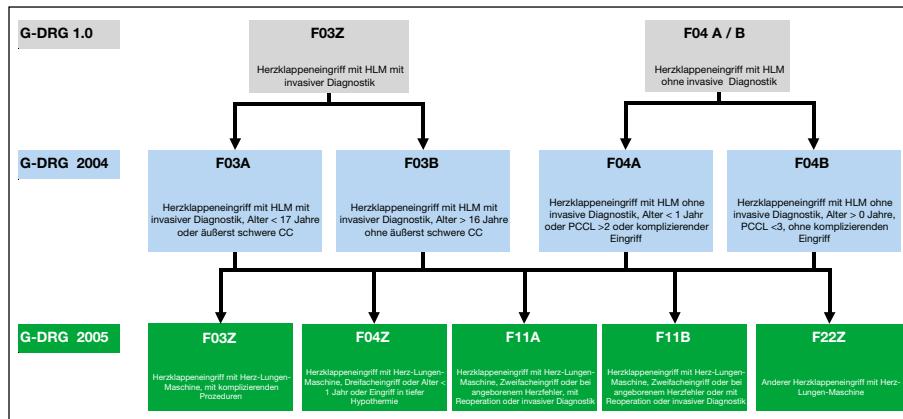


Abbildung 2: Entwicklung Herzklappenchirurgie G-DRG Version 2003 bis 2005



Herz- oder Kreislaufunterstützungssystemen (Assist-Device, ECMO) existiert ab 2005 auch ein ZE für radioaktive Koronarstents. Weiterhin neu aufgenommen wurde ein ZE für die Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP) zur Kreislaufunterstützung. Diese genannten ZE sind nicht bundeseinheitlich bewertet, sondern müssen bezüglich der Vergütungshöhe separat mit den Kostenträgern ausgehandelt werden.

In der chirurgischen Partition der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) wurde die neue G-DRG B12Z (Implantation eines Herzschrittmachers) geschaffen. Vermutet werden kann, dass diese DRG Fälle abfangen soll, die überwiegend aufgrund einer neurologischen Hauptdiagnose (zum Beispiel Apoplex) bislang in die Fehler-DRG 901 gruppiert wurden. Eine Differenzierung nach Schrittmachertypus wie in der MDC 05 ist jedoch nicht vorgesehen. Dabei ist der Umstand, dass eine kardiologische Kernleistung in einer anderen MDC landet, sicher gewöhnungsbedürftig, wie auch die Tatsache, dass 3 DRGs in der MDC 05 in ihrer Definition inhaltlich sehr unterschiedliche Erkrankungen und Prozeduren zusammenfassen (so zum Beispiel F24Z „Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem **oder** perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention“).

Bei Patienten mit einer Herzklappenentzündung (Endokarditis) führte die Erbringung einer Herzkatheteruntersuchung bisher zu einer deutlich niedrigeren Bewertung als ohne Erbringung und Dokumentation einer Herzkatheterdiagnostik. Dieser Fehler wurde im System 2005 durch ein verändertes Ablaufschema der Gruppierung und die neue DRG F44Z korrigiert (siehe Abbildung 1).

Aus der Anpassung resultiert für die Kardiologie ein umfangreicheres und detaillierteres, aber auch wesentlich komplexeres Fallpauschalensystem. Ob dies dann in letzter Konsequenz über eine differenziertere Abbildung gerade besonders kranker und aufwändiger Patienten zu einer adäquateren Vergütung führt, werden entsprechende Kosten-Erlös-Analysen zeigen müssen.

■ Herzchirurgie

Auch die Abbildung herzchirurgischer Leistungen wurde noch einmal stark verändert. Sehr anschaulich ist die Weiterentwicklung im „lernenden System“ an den Herzklappenoperationen darstellbar (Abbildung 2).

Ab 2005 wird nach Mehrfacheingriffen, Folgeoperation, erfolgter Herzkatheteruntersuchung sowie der Operation angeborener Herzfehler weiter differenziert. Die Herzbypassoperationen wurden in ähnlicher Weise anhand zusätzlicher Operationen (Operation der Halsschlagader, Folgeoperation) und dem Vorliegen von komplizierenden Diagnosen weiter unterteilt.

Die Abbildung der Implantation von Defibrillatoren wurde zusätzlich zur Unterteilung nach dem implantierten System abhängig von im selben Aufenthalt durch-

geführten Herzoperationen gemacht. Häufig erleiden Patienten mit schweren Erkrankungen der Herzkranzgefäße auch schwere Herzrhythmusstörungen, die dann während desselben Krankenhausaufenthalts therapiert werden müssen. Bisher wurde bei der Durchführung einer Herzbypassoperation und der Implantation eines Defibrillators die Defibrillator-DRG angesteuert. Krankenhäuser, die neben einer kardiologischen Abteilung keine herzchirurgische Abteilung aufweisen, waren hier im Vergleich zu Krankenhäusern mit beiden Abteilungen deutlich im Vorteil, da sie nie solche Kombinationsleistungen erbringen konnten. Diese systematische finanzielle Benachteiligung von Krankenhäusern mit beiden Abteilungen bzw. der herzchirurgischen Kliniken konnte durch Schaffung von DRGs für diese Kombinationseingriffe überwunden werden.

Bei verlegten Fällen wird, unabhängig ob zu- oder wegverlegt, bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer ein tagesbezogener Verlegungsabschlag berechnet. Von diesen Verlegungsabschlägen sind ab 2005 10 bewertete DRGs (aufwändige operative Eingriffe an Herz und Gefäßen) der MDC 05 ausgenommen. Daneben wurde ein Großteil der Fallgruppen aus der Prä MDC (Langzeitbeatmungen und Organtransplantationen) von der Verlegungsabschlagsregelung ausgenommen. Insgesamt erhöhte sich die Anzahl der DRGs, für die keine Abschlagsregelung bei Verlegung mehr gilt, von 8 im DRG-System 2004 auf nunmehr 56. Im Bereich der Herz-Kreislaufkrankheiten steigt diese Anzahl von 0 auf 10.

■ Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

In der MDC 05 (Herzkreislaufmedizin) wurden 2 neue Alterssplitts zur Abtrennung von Kindern in entsprechende Fallgruppen aufgenommen:

G-DRG	Bezeichnung
F14Z	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder Revision oder komplexer Diagnose oder Alter < 3 Jahre
F35Z	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 2 und < 10 Jahre oder äußerst schwere CC

Neu ist eine DRG für die Operation bei komplexen angeborenen Herzfehlern (F30Z [Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler]). Diese Fälle sammelten sich bisher in relativ unspezifischen DRGs, die den Aufwand dieser hochkomplexen Fälle nicht abbilden konnten. Neu ist

auch, dass die Verlegungsabschläge bei kinderherzchirurgischen DRGs ausgesetzt wurden. Da herzoperierte Neugeborene in die MDC 15 eingruppiert werden, ist ein neuer Beatmungssplitt bei kardiothorakalen Eingriffen bei dieser Patientengruppe zu berücksichtigen (P02A [Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen mit Beatmung > 143 Stunden] bzw. P02B [Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden]). Die Basis-DRG P03 (Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1 000-1 499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden) wurde um einen vierten Splitt erweitert, der eine Beatmungsdauer über 479 Stunden beim Vorliegen von schweren Problemen fordert. Für die operativen DRGs bei Neugeborenen mit einem Gewicht < 2 500 Gramm wurden die Verlegungsabschläge ausgesetzt.

Insgesamt führen die Veränderungen zu einer deutlichen Verbesserung der Abbildung kinder-kardiologischer Leistungen im G-DRG-Katalog 2005 im Vergleich zur Version 2004.

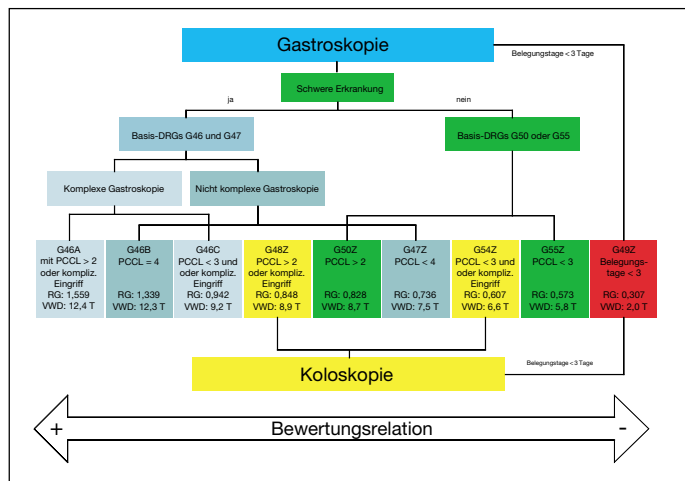
Gastroenterologie

Wie schon beim Wechsel von der G-DRG-Version 1.0 zur Version 2004, erfolgten auch für das G-DRG System 2005 umfangreiche Änderungen im Bereich der DRGs für interventionelle gastroenterologische Verfahren. Neben kleineren Anpassungen bei den Splittkriterien der Basis-DRGs erfolgte vor allem eine aufwandgerechte Sortierung der Fallgruppen (Abbildung 3). Hervorzuheben ist, dass für die in der MDC 06 abgebildeten interventionellen Verfahren die Kurzlieger-DRG G49Z mit einem anderen belegungstagsabhängigen Splitt versehen ist. Handelte es sich bei dieser DRG im G-DRG-System 2004 um eine 1-Belegungstags-DRG, weist das G-DRG-System 2005 als Grenze für diese Fallgruppe nunmehr weniger als 3 Belegungstage aus.

Die endoskopische retrograde Cholangiopancreatographie (ERCP), für die im G-DRG-System 2004 noch 4 Fallgruppen vorgehalten wurden, wird im G-DRG-System 2005 nur noch durch 3 Fallgruppen abgebildet.

Auch bei den konservativen DRGs der Hauptdiagnosekategorien 06 und 07 wurden Änderungen durchgeführt.

Abbildung 3: Darstellung der Gruppierungshierarchie interventioneller DRGs in MDC 06 im G-DRG-System 2005



Neben der bereits erwähnten Verschiebung strahlentherapeutischer Leistungen in die operative Partition ist hier besonders hervorzuheben, dass die Vielzahl der 1-Belegungstags-DRGs des G-DRG-Systems 2004 aufgelöst und entsprechende Fallgruppen mit Mehrbelegungstags-DRGs zusammengeführt wurden.

Die Etablierung eines Zusatzentgelts für selbst expandierende Stents an der Speiseröhre und an den Gallengängen bewirkt, dass hochvariable Sachkosten nicht mehr die Homogenität der DRGs beeinträchtigen und nun über das ZE sachgerechter abgebildet und finanziert werden. Die Verschiebung der Strahlentherapie in die operative Partition ist ebenfalls positiv zu bewerten. Dadurch wird sichergestellt, dass eine aufwändige strahlentherapeutische Behandlung gruppiert relevant wird, auch wenn zusätzlich eine interventionelle Prozedur, wie eine Magenspiegelung, durchgeführt wird.

Neurologie/Neurochirurgie

Die Veränderungen der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) sind insbesondere in der chirurgischen Partition so umfassend, dass im Rahmen dieses Artikels leider nicht detailliert auf alle Änderungen eingegangen werden kann. Das Resultat ist ein äußerst komplexer Gruppierungsalgorithmus, bei dem auch die Pre-MDC-Verarbeitung bei der Interpretation berücksichtigt werden muss. Dabei ist darauf zu achten, dass der Gruppierungsalgorithmus nicht mehr allein mit den Ablaufschemata zu Beginn der MDCs in den Handbüchern nachvollzogen werden kann, sondern auch die expliziten Basis-DRG-Definitionen und Informationen an anderen Stellen der Handbücher herangezogen werden müssen, um den DRG-Zuordnungsmechanismus zu verstehen. Wie in anderen MDCs auch wurden viele ehemalige Splitts in eigene Basis-DRGs umgewandelt, um eine sachgerechtere Hierarchisierung zu ermöglichen.

Zudem wurden 2005 medizinisch und bezogen auf die Behandlungsinhalte nicht verwandte Krankheitsbilder in DRGs zusammengefasst, um DRGs einzusparen. Diese unter DRG-Logik zulässige Verfahrensweise ist jedoch im Hinblick auf die suboptimale Kodierung und Kostenkalkulation der 2003-Daten, auf denen das System 2005 aufbaut, kritisch zu betrachten. Möglicherweise werden diese Zusammenfassungen im Zuge einer verbesserten Datenlage nur von kurzem Bestand sein (Tabelle 1).

Problematisch bleibt weiterhin, insbesondere für die Neurologie, die Pre-MDC-DRG B61Z (Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks). In diese sollen dem Namen nach akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks gruppiert werden, was wohl zur Abbildung der Spezialversorgung von akut Querschnittsgelähmten dienen soll. Da jedoch auch unspezifische Rückenmarkserkrankungen und neurogene Harnblasenfunktionsstörungen (als Haupt- oder auch als Nebendiagnose kodiert) automatisch in diese G-DRG führen, wird die Gruppierung mehr zum Zufallsprodukt. Auch die Positionierung in der Pre-MDC-Hierarchie vor den Langzeitbeatmungs-DRGs ist nicht nachvollziehbar. Operative Leistungen, die bei diesen Fällen er-

Tabelle 1: DRGs aus der MDC 01, in denen verschiedene Behandlungsleistungen kombiniert wurden

DRG	Text	Neu ab 2005
B02	Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP	Neu ab 2005
B03Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie mit äußerst schweren CC	Neu ab 2005
B17Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 18 Jahre	Neu ab 2005
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelschuntes oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder schwere CC	Neu ab 2005
B66B	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt	Neu ab 2005
B68	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie	Vorbestehend

bracht werden, werden ebenso wenig berücksichtigt. Dies führt konsequenterweise dazu, dass diese G-DRG nicht bundesweit kalkuliert werden kann und in Anlage 3 zum Fallpauschalenkatalog aufgeführt wird. Schwierig dürfte auch die Verhandlung einer angemessenen krankenhausspezifischen Vergütung sein. Ist die Gruppierung ein Zufallsprodukt, so wird diese G-DRG auch innerhalb eines Krankenhauses (mit Ausnahme von Spezialversorgern) nicht kostenhomogen sein. Der PCCL-Splitt des letzten Jahres für diese Basis-DRG konnte erwartungsgemäß nicht bestätigt werden und wurde für 2005 abgeschafft. Bleibt zu hoffen, dass wenigstens im folgenden Jahr diese DRG abgeschafft wird und das Problem der Spezialversorgung zum Beispiel wie in anderen Problembereichen entweder über die OPS-Komplexziffern in der anderen Partition oder über eine komplette Herausnahme aus dem DRG-System gelöst wird.

Exemplarisch sollen einige Änderungen in wichtigen Problembereichen der Neurologie beschrieben werden.

■ Schlaganfallbehandlung

Das größte Problem bei der Abbildung der Schlaganfallbehandlung war die mangelnde Differenzierung unterschiedlicher Behandlungsstrukturen. Dabei war bislang die Identifikation der neurologischen Komplexbehandlung auf einer spezialisierten Schlaganfalleinheit gar nicht möglich. Ab 2005 stehen hierfür neu geschaffene amtliche OPS-Komplextherapie-Kodes (8-981) zur Verfügung. Diese Kodes enthalten jedoch 2005 noch keine Gruppierungsrelevanz.

Weiterhin bereitete die nicht eindeutige Abgrenzung zwischen transitorisch-ischämischen Attacken (TIA) und Schlaganfällen in der ICD-10 Schwierigkeiten bei der Kodierung und, wegen der Gruppierungsrelevanz, auch bei der Abrechnung. Während die TIA sich klinisch (Rückbildung der Symptomatik innerhalb von 24 Stunden) definiert, beschreibt der Infarkt ein pathomorphologisches Korrelat. Die Mitaufnahme des als eigene Entität umstrittenen PRIND (prolongiertes re-

versibles ischämisches neurologisches Defizit: Rückbildung der Symptomatik nach mehr als 24 Stunden) 2005 in die ICD-Gruppe der TIAs löst diese Problematik keineswegs.

Tabelle 2 gibt Aufschluss über die DRG-Zuordnung in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose. Solange keine eindeutige Zuordnung des Krankheitsbildes zu einem ICD-Kode erfolgen kann, ist eine aus unterschiedlichen Hauptdiagnosen bei prinzipiell gleicher Erkrankung resultierende differente Gruppierung sehr ungünstig. Abrechnungskonflikte mit den Kostenträgern sind hier vorprogrammiert.

Klassifikation einer zerebralen Ischämie „klinisch“ als PRIND:	
Hauptdiagnose:	G45.11 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung nach mehr als 24 Stunden
DRG:	B69B Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne äußerst schwere CC
Bewertungsrelation:	0,751
Mittlere Verweildauer:	6,8 Tage

Klassifikation einer zerebralen Ischämie „pathomorphologisch“ als ischämischen Infarkt:	
Hauptdiagnose:	I63.3 Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
DRG:	B70B Apoplexie ohne intrakranielle Blutung
Bewertungsrelation:	1,305
Mittlere Verweildauer:	11, 6 Tage

Die Erlöse liegen bei Inliern um den Faktor 1,74 auseinander.

Tabelle 2: DRG-Zuordnung in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose bei zerebrovaskulären Erkrankungen

ICD-10	Text	Basis-DRG
G45.0-	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik	B69
G45.1-	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)	B69
G45.2-	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnvorsorgenden Arterien	B69
G45.3-	Amaurosis fugax	C61
G45.4-	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]	B69
G45.8-	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	B69
G45.9-	Zerebrale transitorische Ischämie, n.n.bez.	B69
I60.-	Subarachnoidalblutung	B70/B83
I61.-	Intrazerebrale Blutung	B70/B83
I62.-	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	B70/B83
I63.-	Hirninfarkt	B70/B83
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	B70/B83

Der Gruppierungsalgorithmus für Schlaganfälle hat große Veränderungen in der neuen G-DRG-Version erfahren. Schlaganfälle werden bereits am Anfang der Pre-MDC-Verarbeitung aussortiert und vor der Zuordnung zu den Langzeitbeatmungs-DRGs in die MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) geschoben. ▶

„das Krankenhaus“

Telefon: 02 11 / 88 2 9 0 9 - 1 0

Telefax: 02 11 / 88 2 9 0 9 - 2 9

Als Kuriosum verbleiben allerdings Schlaganfälle, bei denen eine Kraniotomie durchgeführt wurde und eine Beatmung über 143 Stunden erfolgte, in der Pre-MDC und werden einer der Pre-MDC-Langzeitbeatmungs-DRGs zugeordnet.

Innerhalb der konservativen Partition der MDC 01 werden Schlaganfälle dann abhängig davon, ob eine Langzeitbeatmung (> 95 Stunden) vorlag, entweder der Basis-DRG B83 Apoplexie mit Beatmung (unterteilt in 3 Splitts anhand der Beatmungsstunden) oder wie gewohnt der Basis-DRG B70 Apoplexie zugeordnet. In der chirurgischen Partition wird die Beatmungszeit (> 95 bis 143 Stunden) nur noch in der Basis-DRG B02 (Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP) berücksichtigt. Als Konsequenz kann die Durchführung einer chirurgischen Prozedur (mit Ausnahme von Kraniotomien) bei beatmeten Schlaganfällen zu erheblichen Erlöseinbußen führen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Berücksichtigung der Beatmung bei der neurologischen Frührehabilitation. So erfolgt beim Vorliegen einer Beatmungszeit > 95 Stunden die Gruppierung nicht mehr in die G-DRG B42Z, sondern in die konservativen Langzeitbeatmungs-DRGs (B83A-C). Bei längerer Verweildauer (> 28 Tage) werden langzeitbeatmete Schlaganfälle allerdings wieder in die (krankenhausindividuell zu verhandelnde) G-DRG B43Z gruppiert (Abbildung 4).

Neu ist auch die Splittkonstruktion der Basis-DRG B70 (Apoplexie). Die ursprüngliche Differenzierung nach der gewichteten Komorbidität (PCCL) wurde zugunsten einer Unterscheidung zwischen hämorrhagischen und ischämischen Schlaganfällen aufgegeben. Konsequenterweise hätte hier auch eine Anpassung der Kodierrichtlinie 0601d erfolgen können. Diese formuliert als Ausnahme zur DKR D002d (Symptom und Grunderkrankung) für den Schlaganfall, dass alle Defizite zusätzlich zu kodieren sind, was kodiert technisch sehr aufwändig ist. Werden die Symptome eines Schlaganfalls nicht mehr für die Gruppierung herangezogen, könnte auf eine weitere Ausnahme von den allgemeinen Kodierrichtlinien verzichtet werden.

Neurochirurgisch behandelte Schlaganfälle werden überwiegend der „Sammel“-Basis-DRG B02 (Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP) zugeordnet. Ob diese überaus komplexe, in 7 G-DRGs (A-G) gesplittete Konstruktion in

der Lage sein wird, eine sachgerechte Abbildung der neurochirurgischen Versorgung zu ermöglichen, muss abgewartet werden.

■ Neurologische Frührehabilitation und weitere Komplexbehandlungen

Nicht aufgelöst wurde die Kombination der neurologischen Frührehabilitation mit einer Akutbehandlung im gleichen Krankenhaus in einer DRG, die auch bei alleiniger Frührehabilitation getroffen werden kann. Weiterhin werden die unterschiedlichen Leistungskomplexe über eine einzige G-DRG-Fallpauschale abzurechnen sein. Allerdings können frührehabilitative Behandlungen über 28 Tage (G-DRG B43Z) oder die Frührehabilitation nach operativen Maßnahmen (mit Ausnahme der Leistungen in die Basis-DRG B02 [Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP] führen), die in der G-DRG B11Z abgebildet werden, krankenhausindividuell verhandelt werden. Auch die frührehabilitative Therapie bei neurologischen Erkrankungen, die anderen MDCs zugeordnet werden (zum Beispiel Polytrauma), wird überwiegend über krankenhausindividuell zu verhandelnde G-DRGs (W01A, W05Z, W40Z, A43Z, F29Z, F45Z und I40Z) abgebildet.

Dennoch sollten Häuser, die sowohl Akutbehandlung als auch Frührehabilitation vorhalten, genau überprüfen, ob es in ihrem Fall sachgerechter erscheint, die Frührehabilitation als besondere Einrichtung anerkennen zu lassen und Fälle bei Verlegung administrativ zu entlassen.

Gruppierungstechnisch wird die geriatrische Komplexbehandlung bei neurologischen Erkrankungen anstatt in einen eigenen DRG-Splitt nun in eine eigene Basis-DRG (B44Z) gruppiert. Inhaltlich ändert sich dadurch nichts, es eröffnet sich dadurch allerdings die Möglichkeit, in Zukunft eigene Schweregradsplitts für die geriatrische Komplexbehandlung (zum Beispiel anhand des Barthel-Index) zu etablieren.

Neu eingeführt wurden DRGs für die sozial- und neuropädiatrische Therapie (B46Z) sowie für die multimodale Schmerztherapie (B47Z).

■ Epilepsiebehandlung

Auch die Abbildung der Epilepsiebehandlung hat Veränderungen im neuen G-DRG-Algorithmus erfahren. Neu ist die Verschiebung der ehemaligen G-DRG B41Z (Präoperatives Video-EEG bei komplexer Epilepsie) zum A-Splitt der Basis-DRG B76. Der ehemalige A-Splitt wird somit zum B-Splitt, der B-Splitt zum C-Splitt, der ehemalige C- und D-Splitt wurden im neuen D-Splitt zusammengefasst. Insgesamt wurde somit eine DRG eingespart. Neu eingeführt wurde dafür die krankenhausindividuell zu verhandelnde G-DRG B13Z (Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativem Video-EEG), die eine Mehrfachleistung berücksichtigt und zu allererst in der chirurgischen Partition der MDC 01 abgefragt wird. Die seltenen epilepsiechirurgischen Fälle werden nun je nach Fallkonstellation in die Basis-DRGs B02, B03, B07, B13, B14, B17 oder B18 gruppiert. Ob damit eine sachgerechte Abbildung erfolgen kann, ist zweifelhaft. Es erscheint eher so, dass durch die Zersplitterung die

Abbildung 4: Frührehabilitation beim Schlaganfall

Drei Patienten mit der gleichen Hauptdiagnose und Prozedur:					
I63.0 Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien 8-551 Frührehabilitation					
Patient 1		Patient 2		Patient 3	
VWD	27	VWD	27	VWD	29
Beatmungsstunden	0	Beatmungsstunden	600	Beatmungsstunden	600
B42Z Frührehabilitation b. KH u. Störungen des Nervensystems bis 28 Tage, ohne Beatmung > 95h BR 2,577 = € 7.731*		A83A Apoplexie mit Beatmung > 499h BR 13,032 = € 39.100*		B43Z Frührehabilitation b. KH u. Störungen des Nervensystems, mehr als 28 Tage Hausindividuell zu verhandeln	

* bei einem fiktiven Basisfallwert von 3.000 €

Epilepsiechirurgie im Grundrauschen untergeht und aufgrund der geringeren Fallzahlen in den einzelnen G-DRGs nicht mehr wesentlich zur Inhomogenität beitragen kann.

Nicht berücksichtigt wurde, dass die Ausschlussdiagnostik psychogener Anfälle ebenfalls in der MDC 01 abgebildet werden sollte. Weiterhin werden die so genannten dissoziativen Krampfanfälle (F44.5) in die Sammel-DRG für die somatische Ausschlussdiagnostik bei psychischer Morbidität: U64Z (Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen) gruppiert. Gerade aufwändige, differentialdiagnostische Untersuchungen wie das präoperative EEG-Monitoring können so gruppierungstechnisch nicht berücksichtigt werden.

Auch die somatische Abklärung anderer neurologischer Symptomatik psychogener Genese (zum Beispiel weitere Codes aus der ICD-Gruppe F44.-), sollte durch Zuordnung der ICD-Kodes zur MDC 01 sachgerechter abgebildet werden. Derzeit erfolgt die Gruppierung überwiegend in die G-DRG U64Z.

Ebenfalls nicht gelöst wurde die Abbildung neuropädiatrischer Fälle mit Epilepsien (gleiches gilt auch für die konservative Behandlung bei Tumoren des Nervensystems, hereditären Erkrankungen und Kopfschmerzsyndromen). Weiterhin werden diese Fälle trotz unterschiedlicher Krankheitsentitäten und Behandlungsinhalte zusammen mit denen der Erwachsenenversorgung gruppiert.

Auch die Unterscheidung zwischen Differentialdiagnostik, akuter Anfallsbehandlung und komplexer medikamentöser Neueinstellung, die schwerpunktmäßig in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen stattfinden, ist mit dem neuen Katalog noch nicht möglich.

Leistungen der Epilepsiezentren, die 2005 über die neuen amtliche OPS-Kodes (1-213 und 8-972) erstmalig grob darstellbar geworden sind, werden ebenso wie das präoperative Video-EEG bei komplexer Epilepsie (OPS 1-210, 1-211) über die hausindividuell zu verhandelnde G-DRG B 76 A (siehe Anlage 3 FPV 2005) für 2005 von der DRG-Vergütung ausgenommen.

■ Behandlung der Multiplen Sklerose

Die ab 2005 mögliche Differenzierung für die Multiple Sklerose nach Verlaufsform und Vorliegen einer/eines akuten Progression/Schubs in der ICD-10 wird ebenso wie die Freigabe der Kodierung der zytostatischen Chemotherapie (OPS 8-54) bei nicht-malignen Erkrankungen nicht gruppierungsrelevant werden.

Die einzig erkennbare Änderung ist wie in vielen anderen Bereichen auch die Zusammenfassung des Tagesfallsplitts mit dem Splitt ohne schwere CC bei der Basis-DRG B68 (Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie). Damit konnte eine G-DRG eingespart werden.

Problematisch ist, wie bereits ausgeführt, das Weiterbestehen der Pre-MDC-DRG B61 (Akute Erkrankungen und Ver-

letzungen des Rückenmarks), da die Multiple Sklerose (MS) häufig mit Rückenmarksbeteiligung oder neurogenen Blasenfunktionsstörungen einhergeht. Ein Teil der Fälle wird daher fälschlicherweise der B61Z zugeordnet.

Spezialkliniken werden unter diesen Umständen versuchen müssen, zumindest vorübergehend als besondere Einrichtungen von der DRG-Finanzierung ausgenommen zu werden.

■ Behandlung des Parkinsonsyndroms

Am Splittkonstrukt der Basis-DRG B67 (Degenerative Krankheiten des Nervensystems), in die die konservativen Behandlungen des Parkinsonsyndroms gruppiert werden, wurden keine Veränderungen vorgenommen. Hier werden auf Spätstadien und komplexe medikamentöse Einstellungen spezialisierte Kliniken möglicherweise ungerechtfertigt unter finanziellen Druck kommen. Die Anerkennung als besondere Einrichtung oder der Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung sind für die betroffenen Häuser zu überdenkende Optionen.

An dieser Stelle sei jedoch auf die Einführung der bundeseinheitlichen Zusatzentgelte für die Implantation von Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation (ZE 07/ ZE 08) hingewiesen.

■ Neuroonkologie

Auch bei der Basis-DRG B66 wurde der ehemals strahlentherapeutische Splitt in die chirurgische Partition verschoben und der Tagesfallsplitt mit dem Splitt „ohne äußerst schwere CC“ zusammengefasst und damit 2 G-DRGs in der konservativen Partition eingespart.

Die DRG B74Z (Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt) aus der DRG-Version 2004 wurde aufgelöst. Diese Fälle werden ab 2005 dem B-Splitt der Basis-DRG B66, die jetzt in „Neubildungen des Nervensystems oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt“ umbenannt wurde, zugeordnet, wodurch eine weitere DRG eingespart werden konnte.

Onkologie

■ Internistische Onkologie

Umfassende Anstrengungen erfolgten zur Verbesserung der Abbildung onkologischer Leistungen. Die mit Abstand gewichtigste Veränderung des G-DRG-Systems 2005 für die onkologischen Fachgebiete ist die Etablierung von 30 Zusatzentgelten für eine Reihe von Wirkstoffen onkologischer Arzneimittel sowie für Blutprodukte. Diese gliedern sich in 23 ZE mit einer bundeseinheitlichen Vergütung und 7 ZE nach § 6 Absatz 1 des KHEntgG auf, deren Vergütung auf der Ortsebene zwischen den Krankenkassen und den Kliniken zu verhandeln ist. Die Höhe der 23 bundesweit einheitlich vergüteten ZE ist abhängig von der Dosierung des jeweiligen Wirkstoffs bzw. der Anzahl der verabreichten Blutprodukte. Zur Dokumentation entsprechender Leistungen wurde eine Reihe von neuen OPS-301-Kodes eingeführt. ▶

Auf der Ebene der onkologischen DRGs wurde der Differenzierungsgrad der Abbildung des Leistungsgeschehens im G-DRG-System 2005 gegenüber der Vorgängerversion deutlich erhöht. Erstmals können in Abhängigkeit zahlreicher Differenzierungskriterien aus einer Basis-DRG bis zu 6 unterschiedliche abrechenbare G-DRGs hervorgehen (R61 Lymphome und nicht akute Leukämien).

Die akute Leukämie wird im System 2005 in 2 Basis-DRGs mit je 5 G-DRGs differenziert. Darüber hinaus existieren 11 neue DRGs in der medizinischen Partition der MDC 17 zur besseren Abbildung sehr aufwändiger Leistungen. Überwiegend werden die aufwändigen Fälle über leistungsrelevante Nebendiagnosen wie Sepsis, Agranulozytose, Osteolysen oder auch über komplizierende Prozeduren (zum Beispiel Portimplantation oder Durchführung von Dialysen) identifiziert.

Da Knochenmark- und Stammzelltransplantationen vorwiegend bei bösartigen Erkrankungen vorgenommen werden, müssen auch diese DRGs in die Bewertung der Abbildung der Onkologie einbezogen werden (siehe Ausführungen zur Knochenmarktransplantation). Auch die umfangreichere Berücksichtigung der Strahlentherapie (siehe unten) führt zu einer verbesserten Abbildung der onkologischen Leistungen.

■ Chirurgische Onkologie

Bei den hämatologischen Systemerkrankungen wurde die chirurgische Therapie, die insbesondere bei schwerwiegenden Komplikationen und beim Staging zum Einsatz kommt, weiter differenziert und nun in 16 DRGs abgebildet. Im System 2004 bestanden für diesen komplexen Bereich nur 9 DRGs. Für die übrigen Organsysteme (MDCs) erfolgte eine weitere Differenzierung von Operationen bei malignen und nicht malignen Erkrankungen. Nach Analyse der Verfasser wurden 9 weitere Splitts für operative DRGs anhand des Kriteriums bösartige Neubildung in die Klassifikation aufgenommen. Für sehr aufwändige Eingriffe wie die Beckeneviszierung bei malignen Tumoren des Verdauungstrakts, die komplexe Rektumresektion und die beidseitige Mastektomie wurden ebenfalls neue DRGs geschaffen. Die ZE für Wirbelkörperersatz, selbstexpandierende Prothesen der Verdauungswege und differenzierte Entgelte für Tumorprothesen ergänzen die verbesserte Abbildung der onkologischen Chirurgie.

Damit wurde der große Problemkontext Onkologie erfolgreich angegangen. In Kombination mit den neuen Zusatzentgelten für extrem teure Medikamente, die überwiegend in der Onkologie zum Einsatz kommen, sollte die Onkologie 2005 wesentlich besser abgebildet sein als 2004. Die ökonomischen Auswirkungen können derzeit allerdings noch nicht abgeschätzt werden.

■ Strahlentherapie

Die Abbildung der strahlentherapeutischen Leistungen im G-DRG-System 2005 wurde erneut gegenüber der Vorgängerversion sehr deutlich verändert. In der G-DRG Version 2003 existierte nur eine einzige spezifische Abbildungsmöglichkeit der Strahlentherapie (G-DRG R64Z Stationäre

Aufnahme zur Strahlentherapie). Diese Fälle wurden im G-DRG-System 2004 den Strahlentherapie- oder den Tagesfall-DRGs der jeweiligen Tumorentitäten mittels 21 organbezogenen Strahlentherapie-DRGs in der medizinischen Partition zugeordnet. Eine Unterscheidung nach Art oder Anzahl der Bestrahlungen erfolgte nicht.

Im G-DRG-System 2005 existieren nun 32 G-DRGs (und eine Fehler-DRG) in 12 Hauptdiagnosekategorien, die Fälle mit strahlentherapeutischen Leistungen zusammenfassen. Gemeinsame Basis-DRGs für strahlentherapeutisch und nicht strahlentherapeutisch behandelte Fälle existieren nicht mehr (bis auf die Fehler-DRG 901 [Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose] und 2 gynäkologische DRGs, die brachytherapeutische mit verschiedenen operativen Eingriffen zusammenfassen: N09Z, N14Z). Stattdessen wurden vorrangig eigenständige strahlentherapeutische ungesplittete Basis-DRGs („Z-DRGs“) in der operativen Partition von 12 Hauptdiagnosekategorien etabliert, um die DRGs hierarchisch besser sortieren zu können und Vergütungsverluste bei der Durchführung von Strahlentherapie zu vermeiden. Dies führt zu einer Entkopplung von malignen Erkrankungen und strahlentherapeutischen Leistungen. Im System 2004 konnte die zusätzliche Durchführung von bestimmten Interventionen (zum Beispiel endoskopischen Eingriffen) während der Strahlentherapie bei ansonsten identischen Fällen zu teilweise erheblichen Vergütungsabschlägen führen, da diese Fälle aus höher bewerteten Strahlentherapie-DRGs der Partition „M“ in DRGs der Partition „A“ gruppiert wurden, die schlechter bewertet waren.

Vollkommen neu ist auch, dass die Anzahl und die Art der Bestrahlung (Hochvoltstrahlentherapie versus übrige Verfahren) im System 2005 eine Rolle spielt. Bei 19 DRGs wurde in die DRG-Definition die Anzahl mit einbezogen (Tabelle 3). In diesem Kontext sind auch 8 neue DRGs für operative Eingriffe mit Strahlentherapie erwähnenswert (Tabelle 4). Durch die umfangreichen Zusatzentgelte für aufwändige Zytostatika ist nun auch eine bessere Abbildung der kombinierten Radiochemotherapien möglich.

Einige aufwändige Spezialtherapien wie die stereotaktische Strahlentherapie von Hirntumoren oder die Hyperthermie haben dagegen keine gesonderte Berücksichtigung im DRG-System 2005 erfahren.

Die Ausnahme von der Wiederaufnahmeregelung wurde auch auf die brachytherapeutischen DRGs ausgeweitet und bewirkt nun die getrennte Abrechnung der Aufenthalte innerhalb des Therapiekonzepts. Neu ist auch die Bewertung der intraluminalen Brachytherapie im Rahmen von koronaren Gefäßangioplastien, die als hochkomplexe Prozedur nun zur Eingruppierung in die höchstbewertete Koronarangioplastie-DRG führt.

Allgemeine Chirurgie

Die Anzahl der Basis-DRGs in der Allgemein Chirurgie (operative Partition der Hauptdiagnosekategorien (MDCs) 06 und 07) ist in der Version 2005 im Vergleich zur Vorgängerversion von 13 auf 28 in der MDC 06 und von 6 auf 14

Tabelle 3: Strahlentherapie-DRGs mit Differenzierung in Abhängigkeit der Anzahl der Bestrahlungen

G-DRG	Bezeichnung
B02B	Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP ohne Frührehabilitation, mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen
B02D	Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP ohne Frührehabilitation, mit Strahlentherapie, weniger als 9 Bestrahlungen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
E08Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, weniger als 10 Bestrahlungen oder Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E09Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
G27Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC, mehr als 8 Bestrahlungen
G28Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, mehr als 8 Bestrahlungen
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, weniger als 10 Bestrahlungen, mehr als ein Belegungstag
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
R08Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC

Tabelle 4: DRGs für operative Eingriffe mit Strahlentherapie

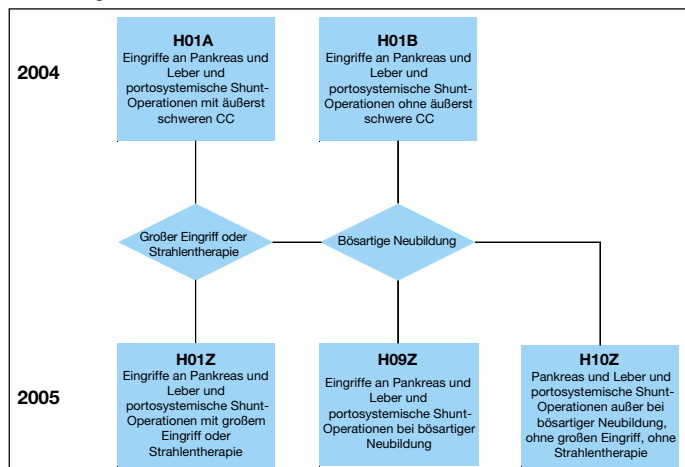
G-DRG	Bezeichnung
B02B	Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP ohne Frührehabilitation, mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen
B02D	Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP ohne Frührehabilitation, mit Strahlentherapie, weniger als 9 Bestrahlungen
D18Z	Strahlentherapie mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
E08Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, weniger als 10 Bestrahlungen oder Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
H01Z	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierenden Prozeduren oder Strahlentherapie

in der MDC 07 angestiegen. Auch bei den allgemein chirurgischen Fallgruppen resultiert jedoch ein erheblicher Anteil der „neuen“ Basis-DRGs aus einer Umstrukturierung innerhalb des Fallpauschalen-Katalogs, die zu einer Reduzierung der Differenzierungen durch einzelne DRG-Splitts und zu einer Erhöhung der Anzahl ungesplitteter Basis-DRGs („Z-DRGs“) geführt hat. So bilden nur ein Teil der neu eingeführten Basis-DRGs auch tatsächliche Weiterentwicklungen auf G-DRG-Ebene ab. Die Bedeutung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads (PCCL) als Differenzierungskriterium auf der Basis-DRG-Ebene hat gegenüber der Vorjahresversion an Gewicht verloren. Demgegenüber wurden neue Differenzierungskriterien in Abhängigkeit einer bösartigen Neubildung oder der Komplexität operativer Eingriffe etabliert. Nachfolgend wird auf wesentliche Veränderungen näher eingegangen.

Zu den Weiterentwicklungen gehören zum Beispiel neue Fallgruppen für die Eviszeration des kleinen Beckens (G-DRG G01Z), für die komplexe Rekonstruktion der Bauchwand (G08Z), für die Laparotomie (G-DRG H05Z) sowie für strahlentherapeutische Leistungen zusammen mit einem großen abdominellen Eingriff (G-DRG G15Z) oder bei Störungen der Verdauungsorgane bzw. des hepatobiliären Systems und des Pankreas in Abhängigkeit von der Verweildauer, dem PCCL und der Anzahl der Bestrahlungen (G-DRGs G27Z, G28Z, G29Z, G30Z, H15Z, H16Z). Bei bereits in der Vorjahresversion bestehenden Fallgruppen wurden darüber hinaus zusätzliche Differenzierungen eingeführt, die zu einer leistungsgerechteren Eingruppierung führen. Hierzu zählen zum Beispiel die Differenzierung der Enddarmresektion in Abhängigkeit der Komplexität des Eingriffs (G-DRGs G16Z/G17Z), die Einführung der Differenzierungskriterien „komplexer Eingriff“ und „komplizierende Diagnose“ bei Eingriffen an Dünn- und Dickdarm (G-DRG G02Z/G18A/G18B) sowie die Differenzierung von Eingriffen an Magen, Ösophagus und Duodenum in Abhängigkeit einer bösartigen Neubildung. Als „komplizierende Diagnosen“ werden bei Eingriffen an Dünn- und Dickdarm akute Bauchfellentzündungen (Peritonitiden), die nichttraumatische Darmperforation oder sekundäre bösartige Neubildungen der Leber oder des Retroperitoneums zusammengefasst. In der MDC 07 werden Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen in Abhängigkeit „komplexer Eingriffe“ sowie die Cholezystektomie (laparoskopisch und konventionell) in Abhängigkeit „komplexer Diagnosen“ differenziert.

Auch bei komplexen operativen Eingriffen an Ösophagus und Pankreas wurden im G-DRG-System 2005 umfangreiche Veränderungen vorgenommen. Während im Jahr 2004 die großen Pankreaseingriffe ohne die Transplantationschirurgie noch durch die beiden G-DRGs H01A und B repräsentiert wurden, werden diese Eingriffe im Jahr 2005 durch insgesamt 3 ungesplittete G-DRGs dargestellt (Abbildung 5). Der PCCL wurde als Splittkriterium nicht übernommen, nunmehr führen auch Fälle mit Strahlentherapie in die operative DRG H01Z. Zwischen die H09Z und die H10Z ist das Splittkriterium der bösartigen Neubildung gesetzt worden, so dass die H10Z den gutartigen Pankreaserkrankungen ohne große Eingriffe und ohne Strahlentherapie vorbehalten bleibt. ▶

Abbildung 5: Veränderung der DRGs bei großen resezierenden Pankreaseingriffen in 2005



Auch bei der Neuregelung der Ösophaguschirurgie ist das Prinzip der gesplitteten Basis-DRGs verlassen worden. Hier stehen dafür im System 2005 3 ungesplittete Basis-DRGs („Z-DRGs“) zur Verfügung. Die Kriterien der Zuordnung sind auch hier verändert worden, das Vorliegen eines großen Eingriffs trennt die G03Z ab, zwischen G19Z und G20Z wurde das Kriterium des Vorliegens einer bösartigen Neubildung gesetzt. Gerade wegen der Regelungen zu Mindestmengen bei Eingriffen am Ösophagus und am Pankreas kommt der sachgerechten Abbildung dieser Therapieverfahren große Bedeutung zu. Bei diesen beiden Leistungen ergeben sich die größten Verschiebungen von Häusern mit niedriger Leistungsmenge hin zu den wenigen Häusern, die diese Operationen häufiger durchführen.

Veränderungen gab es auch bei der Eingruppierung von Hernien-Operationen. Aus der Basis-DRG G08 (Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien der G-DRG-Version 2004 gingen in der G-DRG-Version) 2005 die G-DRGs G08Z, G24Z und G25Z hervor. Dabei fasst die G-DRG G08Z selektiv die Eingriffe an Bauchwandhernien (Verschluss von Narbenhernien oder angeborenen Bauchwanddefekten) zusammen In die G-DRG G24Z werden Darmhernien, epigastrischen Hernien oder Nabelhernien zusammen mit aufwändigeren Leisten- und Schenkelhernien-Eingriffen gruppiert, während die G-DRG G25Z die wenig komplexen Leisten- und Schenkelhernien vereinigt.

Für die Darstellung der operativen Eingriffe an den peripheren arteriellen Gefäßen stehen für das Verfahrensjahr 2005 im Wesentlichen 9 ungesplittete G-DRGs zur Verfügung (Tabelle 5). Die Erweiterung erfolgt insbesondere zugunsten einer weiteren Aufteilung der großen rekonstruktiven Gefäßeingriffe. Diese verteilen sich nunmehr statt auf 2 DRGs in 2004 auf 4 DRGs in 2005.

Für die Varizenchirurgie stehen mit den G-DRGs F20Z, F39A und B 3 Fallgruppen zur Verfügung. Die Kriterien der Zuordnung sind die Beidseitigkeit des Eingriffs, der PCCL-Split und eine vorhandene Ulzeration.

In der Gesamtbewertung resultiert aus diesen Veränderungen eine leistungsgerechtere Eingruppierung der allge-

meinchirurgischen Leistungen. Die Differenzierungskriterien „Komplexität des operativen Eingriffs“ und die Existenz einer bösartigen Neubildung erhöhen die Sachgerechtigkeit der Eingruppierung. So wurde ein wesentlicher Kritikpunkt an den Vorgängerversionen, die Vermischung von Patienten mit onkologischen und nicht onkologischen Grunderkrankungen innerhalb derselben G-DRG für Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum beseitigt. Diese Maßnahme wurde jedoch nicht konsequent auf Eingriffe an Dünn- und Dickdarm übertragen. Hier sind weitere Analysen notwendig, um ggf. auch Eingriffe an Dünn- und Dickdarm bei Vorliegen einer bösartigen Neubildung zu separieren. Auch bedarf es noch Detailanalysen bezüglich der Zuordnung einzelner OPS-Kodes oder OPS-Kodegruppen zu den in Abhängigkeit der Komplexität der Eingriffe differenzierten G-DRGs.

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Die Anzahl der DRGs in der MDC 03 (Krankheiten und Störungen des Ohrs, der Nase, des Mundes und des Halses) wurde von 35 auf 41 abrechenbare DRGs erweitert. 2 dieser DRGs (D01A Kochleaimplantation, bilateral und D23Z Implantation eines Hörgeräts) sind nicht bundesweit bewertet, sondern müssen krankenhausindividuell verhandelt werden.

Wie im übrigen Katalog ist das InEK auch hier dazu übergegangen, die Fallpauschalen vor allem mit ungesplitteten DRGs zu gestalten. Waren im System 2004 noch 7 Basis-DRGs gesplittet, so sind es jetzt nur noch 5 zweifach gesplittete DRGs. Die Bedeutung des PCCL für die Gruppierung hat deutlich an Gewicht verloren. Für 7 Basis-DRGs wird der PCCL als Differenzierungskriterium verwendet. Für die eigentlichen operativen Leistungen dieser MDC hat die Zuordnung nach Prozeduren bzw. Prozedurenkombinationen eine vorrangige Rolle erhalten. Dies trifft auch auf die G-DRGs für Eingriffe an den Speicheldrüsen zu. Tonsillektomien werden im neuen System in Abhängigkeit einer bösartigen Neubildung differenziert.

Tabelle 5: DRGs für die periphere Gefäßchirurgie in 2005

G-DRG	G-DRG-Text 2005
F07Z	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation
F08Z	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder thorakoabdominalem Aneurysma
F14Z	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder Revision oder komplexer Diagnose oder Alter < 3 Jahre
F33Z	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrtagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation
F34Z	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine mit äußerst schweren CC
F36Z	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC
F38Z	Mäßig komplexe rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine
F54Z	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre
F59Z	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine

Tabelle 6: Neustrukturierung von großen Eingriffen an Kopf und Hals aus der ehemaligen Basis-DRG D02

DRG 2005	Bezeichnung	Wertigkeit D02 im System 2004
D02Z	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals	schwere Eingriffe
D24Z	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals	mittelschwere Eingriffe
D25Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals	bei bösartiger Neubildung
D26Z		außer bei bösartiger Neubildung
		leichte Eingriffe

Nicht mehr im Katalog enthalten sind die expliziten Tagesfall-DRGs D14Z und D68Z (siehe hierzu die geänderte Kalkulation der kurz verweilenden Behandlungsfälle in Teil I dieses Beitrags). Für die großen operativen DRGs des Systems 2004 (D02A/B und D04Z) wurde eine differenzierte Aufteilung nach Prozeduren vorgenommen.

Die Fälle der bisher zweifach gesplitteten Basis-DRG D02 wurden auf 4 DRGs verteilt und dabei auch um einige Prozeduren-Gruppen erweitert bzw. mit diesen zusammengefasst (Tabelle 6).

Die Fälle der DRG D04Z Operationen am Kiefer sind im System 2005 auf 4 G-DRGs verteilt worden. Dabei wurde die bisherige hohe MKG-Chirurgische Spezifizierung (Osteotomien und Frakturbehandlungen) durch eine Zusammenlegung mit anderen Prozeduren weitgehend aufgelöst. Ausnahme dabei ist die neue DRG D04Z (Tabelle 7).

Ein neu eingeführter Splitt betrifft die Basis-DRG D40, die jetzt in D40A Zahnextraktion und -wiederherstellung mit Abszess und Phlegmone des Mundes und D40B ohne Abszess und Phlegmone des Mundes unterteilt wurde.

Diese Anpassungen sind als Schritt in die richtige Richtung im Hinblick auf eine Verbesserung der Abbildungsqualität zu bewerten. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang jedoch noch Detailanalysen beispielsweise der Prozedurenzuordnungen zu den neu strukturierten G-DRGs. Diese Analysen werden das Ausmaß des weiteren Korrekturbedarfs darlegen.

Dermatologie

Die Umstrukturierung der Abfrageroutinen gegenüber dem Vorjahr ermöglicht für einige dermatologische Leistungsbereiche stärker als zuvor die Berücksichtigung von Komplikationen, Begleiterkrankungen und/oder multiplen Pro-

Tabelle 7: Neustrukturierung der Eingriffe aus der ehemaligen Basis-DRG D04 im System 2005

D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer
D27Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung

zeduren, ohne das Problem der Mehrfach- bzw. der Zusatzeingriffe in der operativen Dermatologie umfassend lösen zu können. Das Prinzip der besseren Hierarchisierung unterschiedlicher Aufwandkategorien durch Reduzierung gesplitteter Basis-DRGs und Neuordnung der Abfrage-logik kommt bei der Strahlentherapie, der Lymphknoten-chirurgie, kleineren Eingriffen und größeren Operationen an der unteren Extremität sowie bei der Varizenchirurgie zum Tragen. Als vorteilhaft ist hierbei zu sehen, dass jeweils dem höheren Aufwand Rechnung getragen wird, der beispielsweise durch bestimmte zusätzliche operative Eingriffe oder die Durchführung einer onkologischen Strahlentherapie entsteht. Andererseits wird dabei auch die Möglichkeit geschaffen, bei der weiteren Systempflege neue oder neu gesplittete Fallgruppen besser in die Systematik einzubauen. Nachteilig ist jedoch die mangelnde Übersichtlichkeit, die dadurch entsteht, dass einige, vormals innerhalb derselben Basis-DRG gesplittete Fälle, nunmehr verschiedenen Basis-DRGs zugeordnet werden. Die vormals dreifach gesplittete Basis-DRG J08 beispielsweise ist im System 2005 nur noch als ungesplittete Fallgruppe J08Z für die Fälle vorgesehen, die zusätzlich zu den definierten Prozedureneinschlusskriterien entweder eine festgelegte komplexe Diagnose, einen zusätzlichen Eingriff an Kopf oder Hals – dies entspricht den Hinweisen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – oder äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten (PCCL = 4) aufweisen. Der Abfragealgorithmus der MDC 09 erlaubt es nun, dass Fälle mit denselben Prozedureneinschlusskriterien nachfolgend über die Zusatzkriterien Schweregradsplitt (PCCL > 2) oder durchgeführter lymphknotenchirurgischer Eingriff in die G-DRG J21Z oder bei völligem Fehlen der beschriebenen willkürlichen oder unwillkürlichen Begleiterscheinungen in die G-DRG J22Z eingruppiert werden.

Auch bei den konservativen, dermatologisch relevanten Fallgruppen erfolgten Veränderungen, zum Beispiel in Form von Zusammenführungen von G-DRGs bzw. vormals gesplitteten Basis-DRGs. So wurden die X61Z und die X60A/B in die G-DRG X60Z (Allergische Reaktionen und Verletzungen) überführt. Ähnlich wurde verfahren bei den Fallgruppen für die Hyposensibilisierung und bei der stationären Provokationstestung (Z62Z und Z64Z), die nunmehr zu einer G-DRG Z64Z (Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung) gehören. Der von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) eingereichte Vorschlag, die beiden Behandlungsgruppen in eine DRG zusammenzuführen, fand darin nur bedingt Anwendung, da die Fallkonstruktionen beider DRGs undifferenziert zusammengeführt wurden. Es bleibt abzuwarten, ob die ökonomische Homogenität innerhalb dieser neuen Fallgruppe gewährleistet ist.

Dem Vorschlag, die in 2004 eingeführte Zusammenführung der mäßig schweren Hauterkrankungen in der G-DRG J66Z wieder rückgängig zu machen und den vormaligen Schweregradsplitt (PCCL > 2) wieder einzuführen, ist mit der neuen Version nicht entsprochen worden. Die im neuen Jahr zu erwartenden und bereits in 2004 bestehenden hohen Anteile dieser Fallgruppe in den Fallmengengerüsten der dermatologischen Fachabteilungen bieten anderer-

seits aber aufgrund ihrer großen Menge und Variabilität auch die Möglichkeit, das Ziel der ökonomischen Homogenität und der leistungsgerechten Pauschalvergütung bei entsprechendem Leistungsmix besser zu erreichen, da innerhalb dieser Fallgruppe keine über- oder unterfinanzierte Spezialisierung von Leistungsanbietern zu erwarten ist.

Andere Fallgruppen werden mit der neuen Version auch weiter ausdifferenziert. So ist innerhalb der Basis-DRG J64 (Infektionen/Entzündung der Haut und Unterhaut) ein weiteres Splittkriterium in Form einer begleitenden, komplizierenden Diagnose zusätzlich zum bestehenden Schweregradsplitt (PCCL > 3) hinzugekommen, womit gleichzeitig eine dritte G-DRG geschaffen wurde. Eine Differenzierung der konservativen Hautulkusbehandlungen, die über die ungesplittete G-DRG J60Z dargestellt werden, ist systemtechnisch dahingehend gelungen, als dass Hautulkuserkrankungen bei gleichzeitigem Vorliegen einer Tetra- oder Paraplegie der G-DRG J61A zugeordnet werden. Damit wurde die DRG-Definition dieser Fallgruppen komplexer und schließt mit der Zielsetzung der Kostenhomogenität nunmehr verschiedenartige medizinische Erkrankungsstände mit ein. Inwieweit hier Akzeptanzprobleme zu erwarten sind, bleibt ebenfalls abzuwarten. Dem Prinzip der Kostenhomogenität sollten aber prinzipiell rein medizinisch orientierte Kategorisierungsversuche untergeordnet werden.

Augenheilkunde

Auch die DRGs für die Abbildung der Leistungen der Augenheilkunde (MDC 02) wurden umgestaltet. Es wurden wesentliche Differenzierungen auf der Ebene der G-DRGs der operativen Partition eingeführt. Künftig werden extrakapsuläre Linsenextraktionen und Eingriffe an den Augenmuskeln in Abhängigkeit komplexer Prozeduren separat gruppiert. Bei Enukleationen und Eingriffen an der Orbita erfolgt die Differenzierung in Abhängigkeit bösartiger Neubildungen. Dies führt zu einer Erhöhung der Anzahl der abrechenbaren operativen G-DRGs um 3 auf 18. Die medizinische Partition der Hauptdiagnosekategorie 02 ist im Vergleich zur Vorjahresversion unverändert.

Die Differenzierung ophthalmologischer Eingriffe in Abhängigkeit der Komplexität der operativen Eingriffe ist eine wesentliche Verbesserung der Abbildungsqualität ophthalmologischer Leistungen. Dieser Weg sollte für die gesamte Augenheilkunde ausführlich analysiert werden, um weitere Anpassungen auf der G-DRG-Ebene durchführen zu können.

Unterstützend wirken in diesem Zusammenhang auch neu eingeführte OPS-301-Kodes für Operationen an den Augenmuskeln, bei welchen die Anzahl der operierten geraden und schrägen Augenmuskeln erfasst wird. Darüber hinaus kann mit der OPS-301 Version 2005 auch die Hornhaut-Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts dokumentiert werden. Diese Veränderungen machen die erfolgreiche Umstrukturierung der Klassifikationssysteme hinsichtlich der zusätzlichen Abbildung des Ressourcenverbrauchs deutlich.

Rheumatologie

Die spezifische Abbildung der Rheumatologie ist für 2005 noch nicht erfolgt. Zurückzuführen ist dies auf das Fehlen von Variablen zur Darstellung der fachrheumatologischen Behandlungsleistung im DRG-Datensatz. Ab 2005 existieren im amtlichen OPS neue OPS-Kodes zur Dokumentation der rheumatologischen Komplexbehandlung (OPS 8-983). Diese neuen OPS-Kodes werden im DRG-System 2005 noch nicht berücksichtigt. Sie bieten aber sehr wohl die Möglichkeit, die besonderen Behandlungsleistungen der Rheumatologie nun zu dokumentieren und damit die Voraussetzungen für eine künftige Anpassung des G-DRG-Systems zu schaffen. Eventuell müssen in der Übergangszeit die Berücksichtigung der Kliniken als besondere Einrichtungen und die Finanzierung außerhalb der G-DRG-Fallpauschalen für rheumatologische Fachkliniken geprüft werden.

Auch eine gesonderte Berücksichtigung der Kinder- und Jugendrheumatologie fand im neuen Katalog nicht statt. Durch die Schaffung eines komplexen neuen Splittkonstrukts der Basis-DRG I66 werden kinder- und jugendrheumatologische Fälle künftig überwiegend dem B-Splitt dieser Basis-DRG zugeordnet. Unverändert bleibt die unterschiedliche Gruppierung der chronischen Polyarthritiden in die Basis-DRGs I66 und I69 abhängig vom gewählten Kode. Hier besteht weiterhin der starke Fehlanreiz zum strategischen Kodieren.

Neu eingeführt wurde eine spezifische G-DRG I79Z zur Abbildung der Behandlung des Fibromyalgiesyndroms. Aufgelöst wurde die G-DRG I70Z (Unspezifische Arthropathien). Die dieser G-DRG ursprünglich zugeordneten Hauptdiagnosen werden nun fast ausschließlich in die Basis-DRG I74A (Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien) gruppiert. Auch hier zeigt sich die Tendenz, medizinisch sehr unterschiedliche Entitäten bei gleicher Kostenverteilung in DRGs zusammenzufassen.

Eine Verbesserung der Abbildung rheumatologischer Leistungen bewirkt die Einführung zahlreicher Zusatzentgelte, zum Beispiel für die parenterale Gabe von polyvalentem Human-Immunglobulin (ZE 18, bundesweit bewertet), Infliximab (ZE2005-32) und Adalimumab (ZE2005-28), beide krankenhausesindividuell zu verhandeln.

Endokrinologie

Für die Endokrinen-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten in der MDC 10 ist die Anzahl der DRGs durch die Zusammenlegung von Entitäten insgesamt von 29 auf 27 reduziert worden.

Dies betrifft die Fälle der ehemaligen DRG K42Z (Radiojodtherapie), die jetzt mit den Strahlentherapiefällen in der DRG K15Z (Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag) zusammengefasst sind.

Auch die DRG K02Z (Eingriffe an der Hypophyse) wurde zusammengelegt mit der K03Z (Eingriffe an der Nebennie-

re) zur neuen DRG K03Z (Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse). Entsprechend dem Grundgedanken, die Eingriffe bei bösartigen Neubildungen in separaten DRGs zu führen, wurde die K14Z (Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung) neu geschaffen.

Zusammengelegt wurden auch die beiden Splitts (A/B) der DRG K62 (Verschiedene Stoffwechselerkrankungen) zur neuen K62Z.

Gestrichen wurde die DRG K61Z (Schwere Ernährungsstörungen); ihre Fälle wurden der Diabetes DRG K60A (Schwere Ernährungsstörungen oder Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC) über die Hauptdiagnosedefinition zugewiesen. Für die DRG D60A wurde ein weiteres Zuordnungskriterium geschaffen in Form von Nebendiagnosentabellen, über die schwere Diabeteskomplikationen definiert werden (zum Beispiel glomeruläre Nierenkomplikationen mit Niereninsuffizienz).

Die Frührehabilitation bzw. geriatrisch die frührehabilitative Komplexbehandlung war für die nichtoperativen Fälle in 2004 über die DRG K43(A/B) (Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) mit einem PCCL-Splitt abgebildet. In 2005 wurde dieser Splitt neu geordnet allein nach dem Kriterium der Prozedur in die ungesplitteten DRGs K43Z (Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) und K44Z (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten).

Im Bereich der operativen Eingriffe bei der Grunderkrankung Diabetes wurde die DRG K01 (Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC) um das Kriterium eines Gefäßeingriffs erweitert. Die Liste dieser Eingriffe legt zusammen mit einem der „verschiedenen“ Eingriffe die Gruppierung nach K01B fest. Daneben wurde eine neue operative DRG eingerichtet K13Z (Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC), für die die identischen „verschiedenen“ Eingriffe wie für K01 hinterlegt sind; nach K13Z werden demnach die Fälle ohne die zusätzlichen Merkmale (Frührehabilitation, Gefäßeingriff, PCCL=4) für die K01 gruppiert.

Gynäkologie und Geburtshilfe

Auch in der MDC 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) wurden viele ehemalige Splitts in eigene Basis-DRGs überführt, um eine differenziertere Hierarchie aufbauen zu können. Aus 13 Basis-DRGs der operativen Partition 2004 wurden 24 in der Version 2005. Wie in anderen MDCs auch, wurde die Strahlentherapie in die operative Partition verschoben. In der konservativen Partition wurde der Tagesfallsplitt der Basis-DRG N62

(Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane) aufgehoben.

Im Gegensatz zu den anderen MDCs wurden in der Geburtshilfe nur wenige Änderungen durchgeführt. Die neu eingeführte G-DRG O05Z (Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft) sammelt Fälle mit einer Hauptdiagnose, die der MDC 14 zugeordnet wird und einer Prozedur aus der Funktion „bestimmte OR-Prozeduren“, die in Band 4 näher erläutert wird (siehe Kasten auf Seite 1034). Diese neue G-DRG wird nach der „anderen“ Partition (O40Z) abgefragt. Damit wird die klassische Hierarchie der Partitionen (chirurgisch – andere – medizinisch) in der Geburtshilfe weiter aufgeweicht. Die Zuordnung zur Basis-DRG O01 (Sectio caesarea) erfolgt 2005 sinnvollerweise nur noch anhand der Prozedur. Ein Diagnosekriterium ist nicht mehr erforderlich. Die Splittkonstruktion wurde beibehalten und geringfügige Änderungen an den zugrunde liegenden Tabellen vorgenommen.

Ebenso wurde die hochkomplexe Splittzuordnung bei der vaginalen Entbindung (Basis-DRG O60) vereinfacht. Das Splittkonstrukt als solches wurde jedoch beibehalten. Die Fehler-DRG 962Z wurde trotz fehlenden Nutzens weiter beibehalten, auch eine überfällige Anpassung widersprüchlicher Kodierrichtlinien wurde leider nicht vorgenommen. Medizincontroller werden weiterhin die Kodierung in der Geburtshilfe streng überwachen müssen, da eine intuitive, medizinisch geleitete Kodierung in diesem Bereich auch künftig häufig nicht zum korrekten Gruppierungsergebnis führen wird. Dies zeigt auch der Vergleich der Häufigkeit der Fehler-DRG mit der Häufigkeit der vaginalen Entbindung bei der G-DRG-Kalkulation

Urologie

Die Leistungen der Urologie finden sich in der MDC 11 (Krankheiten und Störungen der Harnorgane) und der MDC 12 (Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane). In der MDC 11 finden sich im Jahr 2005 42 DRGs, eine weniger als im Vorjahr. 9 dieser DRGs sind von der Wiederaufnahmeregelung ausgenommen. Der Anteil nicht gesplitteter DRGs hat sich auch in dieser MDC, dem Grundtenor des neuen Fallpauschalenkatalogs folgend, von 2004 nach 2005 auf mehr als 60 Prozent erhöht.

Die Forderungen der Fachgesellschaften hinsichtlich der Änderung und Anpassung des Systems für 2005 wurden nur teilweise umgesetzt. So wurde die Unterteilung der großen Eingriffe an der Niere bei Neubildungen (Basis-DRG L03) mit dem zusätzlichen Kriterium der Organ erhaltenden Operation als hochaufwändigem Eingriff nicht etabliert, so dass sich bei der Zuordnung der Patientengruppen in die neuen DRGs L03Z (Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC oder außer bei Neubildung, mit äußerst schweren CC), L13Z (Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, mit CC) und L14Z (Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, ohne CC) hinsichtlich der Inhomogenität der zugeordneten Fälle in dieser Hinsicht keine Änderung ergeben hat. Darüber hinaus existiert weiterhin keine eigenständige DRG für die Blasenrekonstruktion außer bei Neubildung. ▶

„Bestimmte OR-Prozeduren“ als neue Funktion im System 2005

In der Interimsversion 2003/2005 wurde erstmals das Konzept zur Verankerung der neuen Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ im G-DRG-System vorgestellt. Die der Funktion zugeordneten Prozeduren (auf der endständigen Kode-Ebene sind dies mehr als 17 000 OPS-Ziffern) sind in Tabelle TAB-BES-1 in Band 4 des Definitionshandbuchs zusammengestellt. Die nachstehende Tabelle 1 gibt einen aggregierten Überblick über die zu den „bestimmten OR-Prozeduren“ zählenden OPS-Gruppen.

Tabelle 1: Verteilung der „Bestimmten OR-Prozeduren“ im OPS-301

OPS-Gruppe	Bezeichnung	Anzahl Dreisteller	Anzahl terminal
1-51 ... 1-58	Biopsie durch Inzision	7	131
1-69 ... 1-69	Diagnostische Endoskopie	1	11
5-01 ... 5-05	Operationen am Nervensystem	5	547
5-06 ... 5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	2	183
5-08 ... 5-16	Operationen an den Augen	9	982
5-18 ... 5-20	Operationen an den Ohren	3	143
5-21 ... 5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	2	113
5-23 ... 5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	6	288
5-29 ... 5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	3	104
5-32 ... 5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	3	542
5-35 ... 5-37	Operationen am Herzen	3	458
5-38 ... 5-39	Operationen an den Blutgefäßen	2	787
5-40 ... 5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	2	85
5-42 ... 5-54	Operationen am Verdauungstrakt	13	1494
5-55 ... 5-59	Operationen an den Harnorganen	5	812
5-60 ... 5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	5	229
5-65 ... 5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	7	924
5-72 ... 5-75	Geburtshilfliche Operationen	4	98
5-76 ... 5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	2	388
5-78 ... 5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	9	7694
5-87 ... 5-88	Operationen an der Mamma	2	191
5-89 ... 5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	4	2111
8-52 ... 8-53	Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie	2	100
8-77 ... 8-77	Maßnahmen im Rahmen der Reanimation	1	1
8-80 ... 8-83	Maßnahmen für den Blutkreislauf	2	14
GESAMT (ca.)		104	17033

In Kombination mit bestimmten anderen Merkmalen (Schwangerschaft, Frührehabilitation, Geriatrische Komplexbehandlung, Beatmung) wurden im neuen G-DRG-System für 2005 diese „Bestimmten OR-Prozeduren“ zur Definition von zunächst insgesamt 5 Basis-DRGs und 2 DRGs genutzt (Tabelle 2).

Dieses neue Konstruktionsmerkmal des Systems bedeutet effektiv, dass eine wesentlich größere Zahl von Leis-

Tabelle 2: Basis-DRGs und DRGs mit „Bestimmten OR-Prozeduren“ in der Definition

Basis-DRG/DRG	DRG-Bezeichnung	Definition
B11	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	Prozedur in Tabelle TAB-B11-1 und Bestimmte OR-Prozeduren
F29	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiotorakale Eingriffe	Prozedur in Tabelle TAB-F29-1 und Prozedur nicht in Tabelle TAB-F29-2 und Bestimmte OR-Prozeduren
G14	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	Prozedur in Tabelle TAB-G14-1 und Bestimmte OR-Prozeduren
I34	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	Prozedur in Tabelle TAB-I34-1 und (Bestimmte OR-Prozeduren oder Prozedur in Tabelle TAB-I34-2)
O05	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft	Bestimmte OR-Prozeduren
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur	Bestimmte OR-Prozeduren
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur	Bestimmte OR-Prozeduren

tungskombinationen das Gruppierungsergebnis beeinflussen wird, als es im System 2004 möglich war. Während bislang ausschließlich bestimmte einzelne Leistungskombinationen explizit definiert wurden – zum Beispiel „Eingriffe am Hüftgelenk mit Geriatrischer Komplexbehandlung“ – werden künftig über die Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ mehrere (äquivalente) Leistungskombinationen erfasst, ohne dass zugleich die Anzahl der dafür benötigten DRGs überproportional steigt (das heißt ab 2005 wird beispielsweise auch die Kombinationsleistung „Eingriffe am Kniegelenk mit Geriatrischer Komplexbehandlung“ erlösrelevant abgebildet).

Als ein Nachteil dieses innovativen Konstruktionsprinzips könnte sich zunächst eine größere Heterogenität der daraus resultierenden „Sammel-DRGs“ ergeben, da unterschiedlich aufwendige chirurgische Leistungen, die als Einzelleistungen verschiedenen DRGs zugeordnet sind, in Kombination mit einer weiteren Hauptleistung (zum Beispiel Frührehabilitation) wieder in einer DRG zusammengeführt werden. Zweifelsfrei ergeben sich jedoch deutliche Vorteile aus der nun breiter gefassten Erlösrelevanz von Kombinationsleistungen. Zudem können notwendige Differenzierungen der neuen Kombinations-DRGs in den nachfolgenden Kalkulationen durchaus noch vorgenommen und das Prinzip auf andere MDCs ausgedehnt werden.

Positiv ist zu bemerken, dass für die DRG L08Z (Komplexe Eingriffe an der Urethra) des Jahres 2004 jetzt eine Aufteilung in komplexe und einfache Eingriffe an der Urethra vorgesehen ist. So fallen einfache Meatotomien und aufwändige, teils mehrzeitige, rekonstruktive Eingriffe nicht mehr in dieselbe DRG und damit dieselbe Bewertungsgruppe. Das Zuordnungsproblem der den inkontinenten Pouches (2004 DRG L10Z) aufwandsgleichen kontinenten Pouches zur DRG L03Z wurde in 2005 durch die Anpassung des OPS-Katalogs gelöst. Diese Fälle gelangen nun auch in die erheblich höher bewertete L10Z.

Bei der DRG L42Z (Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – ESWL – bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen) wurde dem Vorschlag der Fachgesellschaften hinsichtlich einer Aufteilung des ESWL-Fallspektrums in einen Anteil mit und einen Anteil ohne auxiliäre Maßnahmen mit der Schaffung der DRG L43Z und einer inhaltlichen Umdefinition der DRG L42Z gefolgt. Ein weiterer Split unter Bezugnahme auf die Aufenthaltsdauer ist nicht umgesetzt worden.

Eine Berücksichtigung der Dialyse als Splittkriterium innerhalb der Basis-DRG L60 (Niereninsuffizienz) wurde ebenfalls erstmals in 2005 realisiert. Dies führt zu einer erheblichen Verschiebung von Fällen innerhalb der nominell beibehaltenen, inhaltlich jetzt aber gänzlich anders strukturierten Basis-DRG L60 in ihren 4 Schweregraden A-D.

Die Basis-DRGs L07, L43 und L64 des Jahres 2004 werden in 2005 unter Hinzuziehung komplexer Kriterien in 4 nicht gesplittete Basis-DRG und eine zweifach gesplittete DRG umgruppiert (Abbildung 6). Entscheidungskriterien sind hier unter anderem die Komplexität der Prozedur und das Vorliegen einer ESWL. Die Basis-DRG L07 fällt dabei gänzlich weg, die Zuordnung zu den weiterhin bestehenden DRGs L64A und B wird anhand des Kriteriums einer

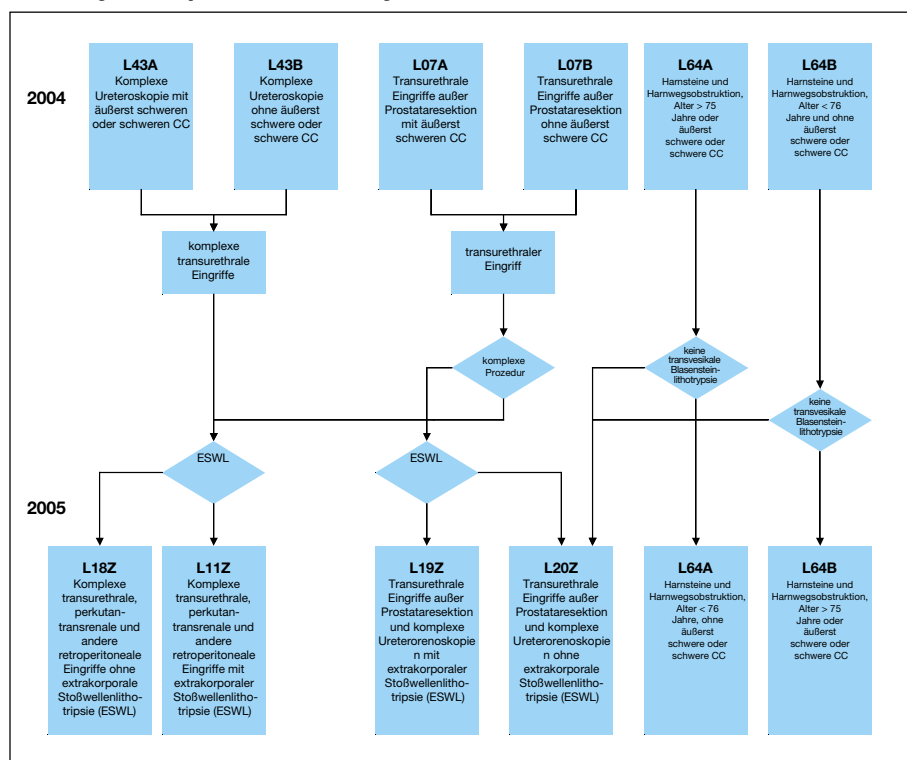
transvesikalen Blasensteinlithotripsie neu geregelt. Hierbei führen die inhomogenitätsverursachenden OPS-Prozeduren für die transurethrale Blasensteinlithotripsie (5-570.0 oder 5-579.02) durch eine Änderung der Prozedurentabelle jetzt mit der DRG L20Z in die operative Partition. Für die DRGs L43A und B des Systems 2004 bleiben die ökonomischen Inhomogenitäten weiterhin unverändert, da die Abtrennung der sehr aufwändigen Fälle mit Nephrolithotripsie von Fällen mit einfacher perkutaner Nephrostomie nicht umgesetzt wurde.

Weitgehend umgestellt wurde die Basis-DRG L62 (Neubildungen der Harnorgane). Der Splitt innerhalb dieser DRG ist aufgelöst worden, die Fälle der DRGs L62B und C werden jetzt vollständig in die L62Z überführt. Alle Fälle der alten L62A führen bei Überschreitung des Verweildauerkriteriums „> 1 Belegungstag“ in die neu geschaffene DRG L12Z (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag).

Die DRGs L65Z und L67Z wurden für das Jahr 2005 in eine neu definierte L65Z (Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Beschwerden und Symptome der Harnorgane) zusammengeführt. Lediglich die Tagesfälle sind aus beiden DRGs ausgekoppelt und in die neu geschaffene DRG L70Z (Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag) geleitet worden.

In der MDC 12 befinden sich im System 2005 mit 20 G-DRGs 2 Fallgruppen weniger als im Jahre 2004. Von diesen sind 4 DRGs von der Wiederaufnahmeregelung ausgenommen. Insgesamt 14 (70 Prozent) DRGs sind nicht gesplittet, dieser Wert lag im Vorjahr bei 11 DRGs (50 Prozent).

Abbildung 6: Komplexe Neuverteilung der Basis-DRGs L07, L43 und L64 in 2005

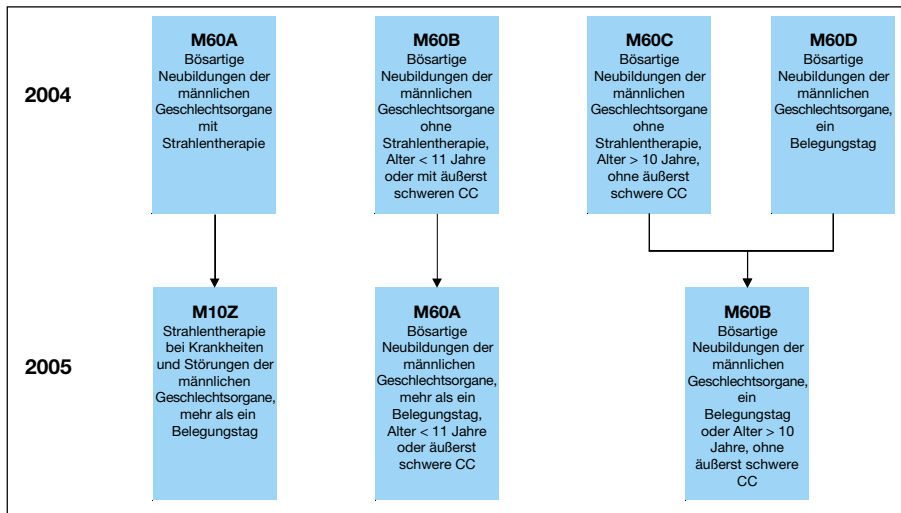


Im Vergleich der DRG-Fallpauschalenkataloge der Jahre 2004 und 2005 zeigt sich ein Wegfall von 8 DRGs. Darüber hinaus sind die DRGs M60A und B inhaltlich neu definiert worden. Neu aufgenommen wurden dafür 6 DRGs, 4 davon Basis-DRGs ohne Splitt. Nur die neu definierte Basis-DRG M12 ist in 2 Schweregrade aufgeteilt worden (Abbildung 7).

Auch in diesem Bereich wirken sich die anderenorts bereits dargestellten Zusatzentgelte, zum Beispiel für Zytostatik und Dialyse, budgetrelevant aus. Dies ist auch bei der Analyse der Bewertungsrelationen zu beachten.

Insgesamt wurde die MDC 12 in eher geringem Maße umstrukturiert, wobei die Veränderungen letztlich überwiegend aus dem Bestreben, ökonomisch abrechenbare DRG-Splitts zugunsten ungesplitteter Z-DRGs zu verlassen, resultieren. Die von den Fachgesellschaften eingebrachten Änderungsvorschlä-

Abbildung 7: Umstrukturierung der Basis-DRG M60 in 2005



ge sind in der Version 2005 nicht umgesetzt worden. Die Einführung eines neuen Fallsplitts für die Basis-DRG M01 zur Homogenisierung der hier eingruppierten Fälle wurde nicht angenommen, so dass das Problem der Benachteiligung bei einzeitiger radikaler Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie gegenüber dem zweizeitigen Verfahren mit zweifacher Abrechnungsmöglichkeit mittels eines Splitts der Basis-DRG M01 nicht gelöst wurde. Auch die Empfehlungen zur Umgestaltung der DRG M03Z (Eingriffe am Penis), bei der die Differenzierung der hochaufwändigen Eingriffe von den wenig ressourcenintensiven Operationen weiterhin nicht erfolgt, wurden nicht berücksichtigt. Lediglich durch die finanzielle Auskoppelung der Penisprothesen über den Weg des neu geschaffenen ZE ist hier der Weg zur Homogenisierung des Fallspektrums beschränkt worden. In der DRG M05Z (Zirkumzision) werden weiterhin die OPS-Kodes für Zirkumzision, Frenulum- und Präputiumplastik, Paraphimosenreposition und Lösung von Präputialverklebungen geführt.

Unfallchirurgie/Orthopädie

Innerhalb der überwiegend in der operativen Partition durch die Unfallchirurgie und Orthopädie dominierten Hauptdiagnosekategorie 08 kam es zu umfangreichen Neustrukturierungen. Dies betrifft vor allem die Endopro-

Abbildung 8: Abbildung von Kniegelenkersatz-Eingriffen im G-DRG-System 1.0 (2003), 2004 und 2005



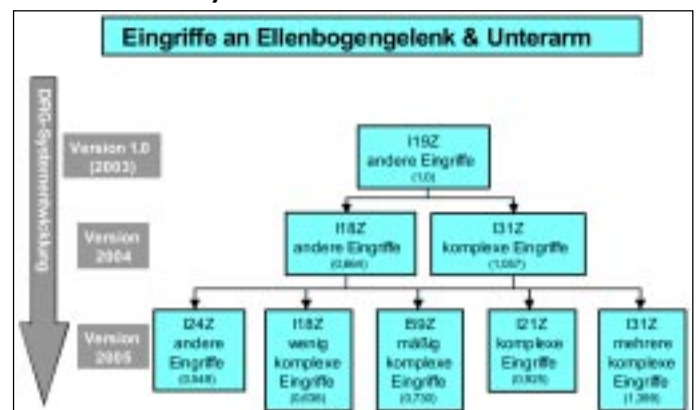
thetik und die Differenzierung von Eingriffen an Ellenbogengelenk und Unterarm, Kniegelenk (außer Endoprothetik) sowie Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk. Endoprothetische Eingriffe am Hüftgelenk werden in Abhängigkeit neuer Differenzierungskriterien (zum Beispiel komplexe Diagnose, Arthrolyse, komplexer Eingriff) in 6 verschiedene G-DRGs eingruppiert. Auch der Prothesenwechsel und die beidseitige Implantation werden separat erfasst. Die Differenzierungsmerkmale Frührehabilitation und geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung der Vorgängerversion wurden nicht übernommen. Für endoprothetische Eingriffe am Kniegelenk stehen 5 verschiedene G-DRGs zur Verfügung. Die Eingruppierung erfolgt hierbei auch in Abhängigkeit unterschiedlicher Arten von Endoprothesen (zum Beispiel bikondyläre Prothese oder Scharnierprothese) (Abbildung 8).

Zusätzlich zur DRG können sowohl für die Hüft- als auch für die Knieendoprothetik ZE für Tumorendoprothesen und modulare Endoprothesen abgerechnet werden.

Für Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm, Kniegelenk (außer Endoprothetik) sowie Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, welche in der Vorgängerversion über 2 unterschiedliche G-DRGs je nach Komplexität des Eingriffs differenziert wurden, wurden weitere Unterteilungen eingeführt. So gibt es nun komplexe, mäßig komplexe und andere Eingriffe. Bei Eingriffen am Kniegelenk (außer Endoprothetik) kommen noch wenig komplexe Eingriffe und beim Ellenbogengelenk und Unterarm sogar noch mehrere komplexe Eingriffe hinzu. Dies wird begleitet von deutlichen Differenzierungen auf der Ebene der Bewertungsrelationen (Abbildung 9).

Gegenüber der G-DRG-Version 2004 sind somit wesentliche Verbesserungen der Abbildungsqualität unfallchirurgischer/orthopädischer Leistungen zu erwarten. Dennoch bleiben benannte Problembereiche (Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005, Gut-

Abbildung 9: Abbildung von Eingriffen an Ellenbogengelenk und Unterarm im G-DRG-System 1.0 (2003), 2004 und 2005



achten im Auftrag der DKG) bestehen, zum Beispiel die fehlende Differenzierung von Eingriffen am Fuß und von Eingriffen bei Knochen- und Gelenkinfektionen.

Gerade in der Orthopädie kann aber auch das Zusatzentgelt ZE2005-36 für die Versorgung von Schwerstbehinderten eine Rolle spielen. So werden beispielsweise in spezialisierten orthopädischen Einrichtungen in höherer Zahl Kinder mit beidseits angeborenen Fußanomalien operiert. Diese Operationen sind nicht hinreichend im G-DRG-System 2005 berücksichtigt bzw. bewertet. Eine nachvollziehbare Darstellung der Finanzierungslücke könnte durch das krankenhausindividuell verhandelbare ZE geschlossen werden.

Weitere Anpassungen sind demnach notwendig, zumal sich die Struktur des G-DRG-Systems 2005 auch erst noch in der Praxis bewähren muss.

Kinder- und Jugendmedizin

■ Alterssplitts für Kinder und Jugendliche

Die Anzahl der eine Altersgruppe für Kinder und Jugendliche (0 bis 18 Jahre) über einen Alterssplitt gesondert berücksichtigt wird, ist beim Systemwechsel von 2004 zu 2005 nahezu gleich geblieben. Tabelle 8 zeigt die Verteilung dieser Alterssplitts auf die verschiedenen MDCs. Berücksichtigt wurden in der Aufstellung alle DRGs, die Fälle mit einem Alter im Intervall von 0 bis unter 19 Jahre von der Gesamtgruppe abgrenzen. Indem die Grenze auf „19“ Jahre gesetzt wurde, werden auch 5 DRGs berücksichtigt, welche die genannten Kriterien ansonsten inhaltlich erfüllen. Gezählt wurden nur die DRGs mit der Alterssplittdefinition „<“. So wurde zum Beispiel der Alterssplitt für Eingriffe an den Augenmuskeln in der MDC 02 nur einmal gezählt.

C10Z	Eingriffe an den Augenmuskeln, Alter < 7 Jahre oder komplexe Eingriffe an den Augenmuskeln
C21Z	Eingriffe an den Augenmuskeln, Alter > 6 Jahre

Bleiben die 38 speziell für die Gruppe der Neugeborenen reservierten DRGs (MDC 15 Neonatologie) unberücksichtigt, so beläuft sich entsprechend der angeführten Zählweise in den übrigen MDCs des Systems 2005 die Anzahl der altersgesplitteten DRGs noch auf 29 (gegenüber 30 in 2004).

3 neue DRGs wurden für die psychosomatische sowie die sozial- und neuropädiatrische Therapie in der Kinder- und Jugendmedizin geschaffen. In MDC 01 findet sich die DRG B46Z (Sozial- und neuropädiatrische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems), die über das Zuordnungskriterium der spezifischen Therapie (OPS-Kode 9-403.- Sozial- und neuropädiatrische Therapie) definiert ist. Sie bleibt somit ohne Vorgabe eines Alterssplitts dem Bereich der Kinderheilkunde vorbehalten. Durch die unterschiedlichen Behandlungsinhalte, die der OPS-Kode in der fünften Stelle wiedergibt, werden in B46Z unterschiedliche Therapiekonzepte zusammengefasst; es erscheint deshalb konsequent, diese DRG nicht mit einer bundeseinheitlichen Bewertungsrelation zu belegen, sondern krankenhausindividuell nach Anlage 3 FPV 2005 zu verhandeln.

Tabelle 8: Splitts in der Kinder- und Jugendmedizin

MDC	MDC-Bezeichnung	2004	2005
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	1	1
2	Krankheiten und Störungen des Auges	0	1
3	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	1	1
4	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	0	0
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	4	5
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	3	5
7	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	0	0
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2	2
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	1	1
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2	2
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2	2
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	1	1
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	1	1
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	0
15	Neugeborene	38	38
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	0	0
17	Hämatologische und solide Neubildungen	4	2
18A	HIV	0	0
18B	Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	1	1
19	Psychische Krankheiten	0	1
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	1	1
21A	Polytrauma	0	0
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	0	0
22	Verbrennungen	0	0
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	0	0
PRE	Prä-MDC	6	2
	Summe	68	67

Ebenfalls krankenhausindividuell verhandelt werden muss die Vergütung für die in MDC 19 neu implementierten DRGs U41Z (Sozial- und neuropädiatrische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen) und U43Z (Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre). U41Z entspricht in ihrer Konstruktion der DRG B46Z, indem bei anderer Hauptdiagnose über einen OPS-Kode aus 9-403 zugeordnet wird; U43Z ist über den Alterssplitt für Kinder und Jugendliche reserviert.

Durch die Implementierung der neuen DRGs B46Z, U41Z und U43Z können diese Therapieformen künftig sachgerechter finanziert werden. Ein Teil der Kinderkliniken führt psychosomatische Subabteilungen, die in die Kinderklinik integriert sind und in denen eine relevante Fallzahl von psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen behandelt wird. Durch die krankenhausindividuell zu verhandelnde Vergütung eröffnet sich die Möglichkeit, besonderen Leistungsschwerpunkten dieser Kliniken adäquat Rechnung zu tragen.

Eine grundsätzliche Aufspaltung aller DRGs in Kinder- und Erwachsenenpauschalen, wie von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) und anderen pädiatrischen Interessenvertretungen gefordert, ist sehr kritisch zu hinterfragen. Der unbestreitbar höhere Personalaufwand bei der Behandlung von Kindern wird nach eigenen Analysen häufig durch eine

kürzere Verweildauer kompensiert, so dass sich in der Summe kein höherer Gesamtaufwand ergeben muss. Dort, wo signifikante Aufwandsunterschiede vorliegen, wurden diese nach Auskunft des InEK im DRG-System in Alterssplitts berücksichtigt. Häufig wird dargestellt, dass insbesondere allein stehende Kinderkliniken ein Finanzierungsproblem sehen. Dieses ist wahrscheinlich eher über Strukturzuschläge oder andere Komponenten als über die Fallpauschalendefinition und -bewertung selbst zu lösen. Inwieweit auch die für 2005 noch ausstehenden Kriterien zur Definition einer besonderen Einrichtung zur Anwendung kommen können, bleibt abzuwarten.

Die DRGs für die Neonatologie (MDC 15) blieben weitgehend unverändert. Neu aufgenommen wurde ein weiterer Splitt für die Gewichtsguppe von 1 000 bis 1 499 g: P03D (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1 000 bis 1 499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme). In der Terminologie ist der Begriff „Langzeitbeatmung“ ersetzt worden durch die spezifischere Bezeichnung „Beatmung > 95 Stunden“. Die Basis-DRG P67 ist im System 2005 nur noch vierfach gesplittet. Die bisherige Ein-Belegungstag-DRG P67E wurde mit der ehemaligen P67D zur neuen P67D kondensiert. Entgegen der Bezeichnung der DRG und der Beschreibung im Handbuch werden hier alle gesunden Neugeborenen (ohne Problem) über 2 499 g Aufnahmegewicht unabhängig von der Verweildauer einschließlich der Fälle, die ein „anderes Problem“ nach dem DRG-Definitionshandbuch hatten und nur einen Belegungstag aufweisen, zusammengefasst. Wahrscheinlich waren die mittleren Kosten dieser DRGs ähnlich, so dass durch diese Zusammenlegung die Systemkomplexität reduziert wurde. Auf die Änderungen in der DRG P02A (Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen) wurde bereits im Abschnitt Kinderherzchirurgie hingewiesen.

Geriatric

Die Geriatric ist in Teilen im System 2005 anders abgebildet als im System 2004. Die Geriatriche Komplexbehandlung (OPS 8-550) war zusammen mit der „Frührehabilitation“ (OPS 8-551) bereits im G-DRG-System der Version 2004 in 6 MDCs (01 Nervensystem, 04 Atmungsorgane, 05 Kreislaufsystem, 06 Verdauungsorgane, 08 Muskel-Skelett-System und Bindegewebe und 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) gruppierungsrelevant. Da sich die Hauptdiagnosen in der Geriatric zwar nicht ausschließlich, aber doch zum weit überwiegenden Teil auf diese MDCs verteilen, konnte 2004 ein sehr hoher Anteil der geriatriche Behandlungsfälle differenzierter als in der Vorversion abgebildet werden. Entsprechend änderte sich das DRG-Spektrum der Geriatric beim Übergang von der Version 1.0 zur Version 2004 grundlegend und umfassend.

Zentrale Probleme der Version 2004 bestanden noch in der ungenügenden Abbildung von Kombinationsleistungen, insbesondere bei der kombinierten chirurgisch-geriatriche Behandlung, der kombinierten geriatriche Wund- und Komplexbehandlung, insbesondere älterer Patienten mit Diabetes mellitus, der kombinierten onkologisch-geriatriche Behandlung sowie der abgestuften, kombiniert voll- und teilstationären Behandlung.

Ein weiteres Problem der Version 2004 bestand in der Zusammenfassung von Fällen mit geriatriche Komplexbehandlung und Frührehabilitation bei gleichzeitig fehlender Ausdifferenzierung der DRGs nach funktionellem Schweregrad. Insgesamt standen zur Abbildung der geriatriche Komplexbehandlung 2004 nur 15 DRGs zur Verfügung, davon 8 Kombinations-DRGs in der operativen Partition (in Kombination mit Eingriffen am Hüftgelenk, am Femur, an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk sowie Eingriffen an Dünn- und Dickdarm, verschiedenen Eingriffen bei Diabetes mellitus und in Verbindung mit Kraniotomie bzw. Epilepsiechirurgie).

Das DRG-Spektrum für geriatriche Leistungen wird sich beim bevorstehenden Übergang von der Version 2004 zur Version 2005 erneut grundlegend verändern, da mit Ausnahme der DRG I41Z (Geriatriche Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) die DRG-Definitionen angepasst wurden. Auf den ersten Blick erscheint der neue Katalog 2005 zudem weniger differenziert zu sein, da zur Abbildung geriatriche Leistungen insgesamt nur noch 10 DRGs statt bisher 15 DRGs zur Verfügung stehen werden (3 DRGs in der operativen Partition der MDCs 06, 08 und 10 sowie 7 DRGs in der Anderen Partition der MDCs 01, 04, 05, 06, 08, 10, 19).

Aber gerade chirurgisch-geriatriche Kombinationsleistungen werden ab 2005 – obwohl hierfür nur noch 3 von vormals 8 DRGs zur Verfügung stehen – umfassender abgebildet als 2004. Dies ergibt sich unmittelbar aus der Implementierung der neuen Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ (siehe Kasten auf Seite 1034), die auf der Ebene der OPS-Dreisteller mehr als 100 unterschiedliche endständige OPS-Kodes umfasst und dazu führt, dass künftig zumindest in der MDC 06 (Verdauungsorgane) und der MDC 08 (Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) mit nur 2 DRGs (G14Z und I34Z) deutlich mehr Kombinationsleistungen erlösrelevant abgebildet werden können als im System 2004.

Für die Geriatriche Komplexbehandlung als Einzelleistung ergibt sich 2005 ebenfalls eine breitere Erfassung geriatriche Behandlungsfälle im Vergleich zu 2004, obwohl auch hier 2 bislang getrennte DRGs (K43A und K43B) zu einer DRG zusammengefasst wurden (K44Z). Dafür werden zukünftig alle komplexgeriatriche behandelten Fälle mit einer der MDC 19 (Psychische Krankheiten und Störungen) zugeordneten Hauptdiagnose ebenfalls in eine geriatriche spezifische DRG (U40Z) eingruppiert.

Weiterhin wird die hoch spezialisierte geriatriche Behandlungsleistung im Katalog 2005 nunmehr nahezu ausschließlich eigenständig abgebildet: Die bisherigen Zusammenfassungen mit Fällen der „Frührehabilitation“ wurden fast vollständig aufgehoben (einzige verbliebene Ausnahme: DRG K01A).

Die für andere Bereiche schon dargestellte Verbesserung der Vergütung bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer muss für die Geriatric deutlich relativiert werden. Die Zuschläge oberhalb der oberen Grenzverweildauer liegen zumeist niedriger als noch 2004, was besonders ausgeprägt bei der DRG B44Z zum Tragen kommen wird.

Geriatrische Fälle, die 2004 in die B42C eingruppiert wurden (oGVD-Zuschlag: 0,094 pro Tag), werden 2005 der B44Z zugeordnet werden, für die ein oGVD-Zuschlag von nur 0,060 im Katalog ausgewiesen ist. Inwieweit für dieses Kalkulationsergebnis eine noch nicht ausreichende Repräsentanz von Fällen aus geriatrischen Fachabteilungen/Fachkliniken verantwortlich ist, muss geprüft werden.

Nach dieser fachgebietsorientierten Übersicht werden in der Januar-Ausgabe 2005 dieser Zeitschrift die Veränderungen bezogen auf Problembereiche wie Polytrauma, Frührehabilitation, Organ und Knochenmarktransplantation, Schmerztherapie, Palliativmedizin etc. dargestellt. Darüber hinaus wird eine abschließende Bewertung der Systemveränderungen vorgenommen.

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. Norbert Roeder/Dr. Wolfgang Fiori/
Dr. Holger Bunzemeier/Dr. Torsten Fürstenberg/
Norbert Loskamp/Dr. Dominik Franz/Sebastian Irps/
Andreas Wenke, DRG-Research-Group,

Universitätsklinikum Münster, Domagkstraße 20,
48129 Münster/
Dr. Peter Hensen, Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten,
Universitätsklinik Münster, Von-Esmarch-Straße 58,
48149 Münster/
Dr. Stefan Glocker, Klinik für Radioonkologie,
Universität Tübingen, Hoppe-Sexler-Straße 3,
72076 Tübingen/
Dr. Bernhard Rochell,
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Wegelystraße 1,
10623 Berlin/
PD Dr. Holger Reinecke,
Medizinische Klinik und Poliklinik (Kardiologie und
Angiologie, Universitätsklinik Münster,
Albert-Schweitzer-Straße 33, 48149 Münster/
Dr. Markus Borchelt,
Kompetenzzentrum DRG und Geriatrie
am Ev. Geriatriezentrum Berlin, Charité –
Universitätsmedizin Berlin,
Reinickendorfer Straße 61,
13347 Berlin ■

www.bgw-online.de

ENGAGEMENT GEWINNT: BGW-GESUNDHEITSPREIS 2005



Machen Sie mit: Die BGW verleiht im Rahmen des bgwforums2005 ihren begehrten Förderpreis bereits zum vierten Mal. Der BGW-Gesundheitspreis 2005 im Gesamtwert von 30.000 Euro wird an Krankenhäuser und Kliniken für vorbildliche Leistungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz vergeben. Vorausgesetzt wird, dass diese Maßnahmen über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinaus gehen. Falls Sie noch keine Teilnahmeunterlagen erhalten haben, können Sie diese unter **(040) 202 07-960** telefonisch anfordern oder im Internet unter **www.bgw-online.de** herunterladen. Teilnahmeschluss ist der 18. Februar 2005. Teilnehmen können nur bei der BGW versicherte Betriebe. Rufen Sie uns bitte an, wir helfen Ihnen gern weiter.



Mehr Informationen zu diesem und anderen Gesundheitsthemen finden Sie unter www.bgw-online.de

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN.



BGW

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege