

## **Anlage zum Antwortschreiben VA 40196**

Ihr Vorschlag im Rahmen des „Verfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004“ wurde von uns unter der Verfahrensnummer VA40196 bearbeitet.

### **Vorschläge zu neuen ICD-/OPS-Kodes bzw. Split aufgrund neuer Kodes**

Ein großer Teil Ihrer Vorschläge bezieht sich auf Erweiterungen der ICD / OPS – Katalog bzw. auf die Differenzierung bestehender DRGs aufgrund dieser geforderten Schlüssel. Wie bereits oben ausgeführt, konnten diese Vorschläge nicht berechnet werden. Die Vorschläge zur Neudefinition von Kodes wurden an das DIMDI weitergeleitet. Der Prozedurenkatalog wurde dabei insbesondere im Bereich der sonographischen Diagnostik deutlich erweitert. Auch die differenziertere Darstellung von Krankheitsschweregraden wurde durch das DIMDI bearbeitet. Zu dieser Thematik erhielten wir vom DIMDI folgende Stellungnahme: „Die Aufnahme klinischer Schweregrad-Klassifikationen in die ICD stellt ein grundsätzliches Problem dar. Einige dieser Klassifikationen werden zur Zeit eingearbeitet (Fontaine, NYHA, Pankreatitis). Andere lassen (z.B. Child-Klassifikation) sich durchaus mit Nebendiagnosen über die CCL-Matrix berücksichtigen (s.w.u.). Wieder andere sind inkompatibel mit der ICD (CCS). Die Berücksichtigung von Tumorstadien ist ausgeschlossen. Dies würde die Zahl der Kodes drastisch erhöhen. Da die Tumorstadien stets unterschiedlichen therapeutischen Aufwand nach sich ziehen, sollte dieser über die Prozedurenkodierung dargestellt werden. Dabei sind insbesondere die unterschiedlichen Kosten von Chemotherapien in der Zukunft abzubilden.“

Grundsätzlich werden wir Ihre(n) Vorschlag/Vorschläge zur Bildung neuer DRGs aufgrund neuer ICD-/OPS-Kodes für eine Analyse im Jahr 2005 vormerken.

### **Vorschlag zu beidseitigen / kombinierten Eingriffen**

Zahlreiche Hinweise erreichten uns zu dem Thema beidseitige / kombinierte Eingriffe. Leider ist es uns anhand der uns zur Verfügung stehenden Daten nicht immer möglich, diese Fälle ausreichend zu differenzieren. In die Kalkulation der entsprechenden DRGs sind die Kosten der Fälle mit einseitig als auch beidseitig (bzw. in Kombination) durchgeführten Eingriffen eingeflossen. Der Split der DRG G09Z wurde in der von Ihnen vorgeschlagenen Form berechnet, konnte aber wegen Verschlechterung des Parameters R-Quadrat nicht umgesetzt werden.

Die Analyse beidseitiger Eingriffe ist derzeit über eine zusätzliche Kennzeichnung der OPS-Schlüssel ab dem Jahr 2005 angedacht. Wir werden daher Ihren Vorschlag zur Problematik beidseitiger Eingriffe für eine Analyse im Jahr 2006 vormerken.

### **Vorschlag zur DRG I18Z**

Ebenso berechnet wurde der vorgeschlagenen Split der DRG I18Z. Allerdings erwies sich ein anderer Split dieser DRG als günstiger.

## **Vorschlag zu den Basis-DRGs B60, B61, B63, B64, B66, B67, B68, B71, B72, B76, B78 und B81**

Ihr Vorschlag zur Differenzierung dieser DRGs in vier Schweregrade ohne entsprechenden Hinweis auf Trennkriterien konnte in dieser Form nicht berechnet werden. Alle DRGs wurde wie bereits oben ausgeführt anhand eines Standard-Sets von möglichen Trennkriterien analysiert. Art und Grad der Differenzierung wurden dabei abhängig gemacht von Parametern wie Homogenität, Ausmaß der Varianzreduktion etc.

### **Vorschlag zur Basis-DRG B60**

Ihr Vorschlag zur Eingliederung der Basis-DRG B60 in die MDC01 wurde umgesetzt.

### **Vorschlag zur DRG A41Z**

Ihr Hinweis zur DRG A41Z wurde berechnet, allerdings wegen Verschlechterung des R<sup>2</sup> nicht umgesetzt.

### **Vorschlag zur Schaffung einer neuen DRG „Chronisches Schmerzsyndrom“**

Ihr Vorschlag zur Schaffung einer neuen Basis DRG (Chronisches Schmerzsyndrom) anhand des ICD Schlüssels F62.8 (Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom) wurde berechnet und wegen Mangels an Fälle in der Stichprobe, nicht umgesetzt. Ihre Vorschläge zur Einführung neuer OPS-Kodes für die schmerztherapeutische Diagnostik und Akutschmerzbehandlung wurden in den OPS-301 Version 2004 aufgenommen. Der Vorschlag zur inhaltlichen Umwidmung des bestehenden ICD-Kodes F62.8 (Chronisches Schmerzsyndrom mit bio-psychozialen Konsequenzen) wurde in der ICD-10-GM Version 2004 umgesetzt.

### **Vorschlag zur Abbildung der Frührehabilitation**

Zahlreiche Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren 2004 und dem Anhörungsverfahren zum Referentenentwurf der KFPV 2004 beschäftigten sich mit der Thematik Frührehabilitation. Dabei wurde meist die mangelhafte Abbildung im G-DRG-System Version 1.0 kritisiert beziehungsweise die Pauschalierbarkeit dieses Themenkomplexes insgesamt bezweifelt.

Der Leistungsbereich Frührehabilitation wurde detailliert analysiert. Die Betrachtung der Verteilung des OPS-Kodes 8-551 *Frührehabilitation* zeigte, dass dieser Code in den MDCs 01, 04, 05, 06, 08, 10 und 21A in relevanter Anzahl angegeben war. In diesen MDCs wurden 21 neue DRGs gebildet, für die der Code Frührehabilitation definierend ist. 16 dieser neuen DRGs konnten mit einer Bewertungsrelation belegt werden. Alle diese DRGs weisen Homogenitätskoeffizienten von deutlich über 60 % auf, der Großteil davon sogar über 70 %. Diese DRGs sind also überdurchschnittlich homogen. Entgegen der von verschiedenen Seiten eingebrachten Äußerungen erscheint dieser Leistungskomplex durchaus sachgerecht in einem pauschalierenden Entgeltsystem abbildbar. Für die DRGs, bei denen noch keine Bewertungsrelation berechnet werden konnte, ist die Möglichkeit zur krankenhausindividuellen Vereinbarung eines Entgeltes gegeben.

Im Nachgang zur Diskussion zum Referentenentwurf der KFPV 2004 stellt sich die Abbildung der Frührehabilitation wie folgt dar:

1. Mit Schaffung der DRG A43Z *Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom* sowie Freischaltung des ICD-Kodes U99.0! *Wachkoma und Locked-in-Syndrom* wurde kurzfristig darauf reagiert, dass diese spezielle Gruppe Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigter bislang nicht hinreichend genau verschlüsselt werden konnte und damit auch keine Abbildung in der G-DRG-Klassifikation Version 1.0 erfahren konnte.
2. Sowohl für den operativen als auch für den konservativen Bereich wurden Komplexpauschalen gebildet.

Exemplarisch seien die differenzierten DRG-Zuordnungen an einem Schädel-Hirn-Trauma-Fall kurz dargelegt:

- Szenario 1: Patient mit Schädel-Hirn-Trauma und äußerst schweren CC (PCCL 4) wird operativ versorgt und im selben Aufenthalt eine frührehabilitative Behandlung durchgeführt.  
Abrechenbare DRG: B02A
- Szenario 2: Patient mit Schädel-Hirn-Trauma und äußerst schweren CC (PCCL 4) wird operativ versorgt und nach Abschluss der Akutphase in eine frührehabilitative Einrichtung verlegt.  
Abrechenbare DRGs: Haus 1 – B02B, Haus 2 – B42B  
Beide Häuser erfahren gegebenenfalls Verlegungsabschlüsse.
- Szenario 3: Patient mit Schädel-Hirn-Trauma und äußerst schweren CC (PCCL 4) wird konservativ versorgt und im selben Aufenthalt eine frührehabilitative Behandlung durchgeführt.  
Abrechenbare DRG: B42B
- Szenario 4: Patient mit Schädel-Hirn-Trauma und äußerst schweren CC (PCCL 4) wird konservativ versorgt und nach Abschluss der Akutphase in eine frührehabilitative Einrichtung verlegt.  
Abrechenbare DRGs: Haus 1 – B78A, Haus 2 – B42B  
Beide Häuser erfahren gegebenenfalls Verlegungsabschlüsse.

Grundsätzlich ist es den einzelnen Fällen nicht anzusehen ob der stationäre Aufenthalt der Akutversorgung oder alleinig der Frührehabilitation zuzuordnen ist. In Anerkennung dessen war die geforderte Differenzierung zwischen der komplexen Behandlungsform Akutversorgung und Frührehabilitation in einem stationären Aufenthalt (Szenario 3) und der Frührehabilitation nach Akutversorgung in einem anderen Haus (Szenario 4, Haus 2) über die Verlegungsabschlüsse hinaus nicht praktikabel.

In dem Bestreben in den nächsten Jahren den Leistungskomplex Frührehabilitation weiter differenzieren zu können, fanden die Hinweise der Experten zur Erweiterung der ICD-10- und OPS-301-Klassifikationen Berücksichtigung. In der OPS-301-Klassifikation wurde der die Leistung abbildende Schlüssel in seiner Definition weiterentwickelt und weiter untergliedert. Die ICD-10-Klassifikation wurde um die von den Experten geforderte Möglichkeit zur Abbildung von Funktionseinschränkungen erweitert.

Die differenziertere Darstellung insbesondere mittels ICD- und OPS-Kodes wird in den nächsten Jahren weitere umfassende Analysen ermöglichen.

Die von Ihnen angeregte Herausnahme der Leistungen der neurologischen Frührehabilitation DRG-System hat sich nach Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität,

Langliegeranteil, Fallzahl etc. der betroffenen DRGs in den Kalkulationsdaten nur in einzelnen Bereichen als erforderlich gezeigt.

**Vorschlag „schwerwiegende thrombophile Diathese“**

Dieser Vorschlag war aufgrund des Fehlens trennscharfer ICD-Kodes wie auch präziser Angaben zur Umsetzung im DRG-System nicht in der oben beschriebenen Weise simulierbar. Eine zusätzliche Vergütung in Form eines Zusatzentgelts wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für das Jahr 2004 nicht vorgesehen.