

## WICHTIG 2018-2019

- Blutungen und Leberzirrhose werden nun differenzierter abgebildet S. 4
- Neue Einordnung der Komplikation bei Stents nach Lokalisation S. 4
- Nur 44% der Zeiterfassung erfolgte mit Gleichzeitigkeitsfaktor S. 8
- Personalzuordnung weiterhin unplausibel S. 8



# DGVS

Deutsche Gesellschaft für  
Gastroenterologie,  
Verdauungs- und  
Stoffwechselkrankheiten

## DRG-Update

-Herbst 2018-

### Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie der

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

#### Einleitung

Die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie der DGVS berichtet mit diesem Update über die Änderungen bei gastroenterologischen Leistungen im deutschen DRG-System. Die Neuerungen im Bereich der ICD-Codes u.a. für die Leberzirrhose und Ösophagusvarizen sowie die OPS-Codes für die verbesserte Kodierbarkeit endoskopischer Leistungen werden detailliert erläutert.

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

Die DGVS bittet alle Kliniken, die dargelegten Änderungen in den Bereichen ICD und OPS in 2019 konsequent zu nutzen. Nur wenn die neuen Codes in der Praxis genutzt werden, werden diese auch erlös-relevant werden und eine verbesserte Bewertung gastroenterologischer Leistungen kann nur auf diesem Weg realisiert werden. Die Umsetzung der neuen Codes ab 1.1.2019 ist daher wichtig.

Im Folgenden werden die wesentlichen Änderungen bei der Kodierung (ICD- und OPS-Schlüssel) vorgestellt. Die dargestellten Ergebnisse basieren auf der finalen Version des ICD- und der vorläufigen Version des OPS-Katalogs des DIMDI für 2019. Wenn sich noch

Änderungen ergeben, werden diese im nächsten Newsletter entsprechend ausgewiesen werden.

## Inhalt

Einleitung.....	1
Inhalt.....	2
Umfrage der DGVS zur Teilnahme an der DRG-Kalkulation nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz .....	3
ICD – Diagnoseschlüssel .....	4
Exklusiva bei Ösophagus-/Magenvarizen.....	4
Ösophagusblutung .....	4
Stadieneinteilung der Leberzirrhose (Child-Pugh) .....	4
Differenzierung T85.5 und T85.7 .....	5
Obstipation.....	5
OPS – Operationen- und Prozedureschlüssel .....	6
Endosonographie der Leber .....	6
Endoskopische Pyloromyotomie.....	6
Endoskopische Herstellung eines Schlauchmagens bei Adipositas .....	6
Von der DGVS unterstützte Anträge .....	7
Transluminale biliäre Punktions- und Biopsiezangenset .....	7
Komplexcode zur krankheitsbedingten Mangelernährung .....	7
Zusammenfassung und Ausblick .....	8
Weiterer Handlungsbedarf.....	8
Personalkostenzuordnung .....	8
Umsetzung der Zeiterfassung .....	9
Positiver Anteil mit Zeiterfassung .....	10
Fehlender Gleichzeitigkeitsfaktor .....	10
Disclaimer .....	12
Autoren.....	12

## Umfrage der DGVS zur Teilnahme an der DRG-Kalkulation nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz

Im Februar 2018 wurde durch die DGVS eine Umfrage an den gastroenterologischen Abteilungen der Krankenhäuser durchgeführt, die eine Kalkulationsvereinbarung mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) abgeschlossen haben und an der Datenlieferung an das InEK teilnehmen.

Wünschenswert aus Sicht der DGVS ist eine enge Absprache zwischen Controlling und der Fachabteilung, so dass eine inhaltliche Plausibilisierung der Daten vorgenommen werden kann. Leider findet dies nur bei 55% aller Häuser statt. Lediglich 52% der ärztlichen Leiter können nachvollziehen, wie die Verrechnung der Personalkosten im ärztlichen Dienst und weiteren Dienstleistungen erfolgt. Von Seiten der DGVS wird das Prüftool „GastroCostCheck“ kostenlos zur Überprüfung von Kalkulationsdaten zur Verfügung gestellt. Bislang wird dieses Tool nur in 29% der Häuser genutzt. Ungefähr die Hälfte der Kalkulationshäuser hat die Zeiterfassung für die Gemeinkostenkalkulation der endoskopischen Eingriffe etabliert.

Sehr hoch ist der Bekanntheitsgrad des DRG-Projektes der DGVS (> 90%) und die Bereitschaft zur Teilnahme (> 80%). Limitierende Faktoren bezüglich einer Teilnahme sind vor allem in der mangelnden Unterstützung durch Geschäftsführung und Controlling zu suchen.

Fazit: Die Bedeutung einer sachgerechten Zuordnung von Kostendaten zu endoskopischen Fällen für die Weiterentwicklung der Gastroenterologie im DRG-System ist hoch. In diesem Zusammenhang ist die Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und den ärztlichen Leitungen der Fachabteilungen noch nicht optimal und sollte so rasch wie möglich verbessert werden.

Die DGVS bedankt sich bei allen Krankenhäusern, die an der Kalkulation teilnehmen und eine Rückmeldung im Rahmen der DGVS-Umfrage gegeben haben.

## ICD – Diagnoseschlüssel

Im Bereich der ICD-Ziffern haben sich für die Gastroenterologie einige spezifische Änderungen ergeben.

Tabelle der ICD-Anträge:

ICD	Status
Exklusiva bei Ösophagus-/Magenvarizen	abgeändert umgesetzt
Ösophagusblutung	umgesetzt
Stadieneinteilung der Leberzirrhose (Child-Pugh)	abgeändert umgesetzt
Differenzierung T85.5	abgeändert umgesetzt
Differenzierung T85.7	abgeändert umgesetzt
Obstipation	abgeändert umgesetzt

### Exklusiva bei Ösophagus-/Magenvarizen

Bei Blutungen aus Ösophagus- oder Magenvarizen bei Lebererkrankungen gibt es die Möglichkeit von Fehlkodierung. Deshalb wurden Exklusiva für die ICD-Kodes I85 und I86 beantragt und bei den ICD-Kodes für die Ösophagusvarizen (I85.\*) eingefügt:

Exkl.: Ösophagusvarizen mit Angabe einer Blutung bei:

- Leberkrankheiten (K70-K71†, K74.-† I98.3\*)
- Schistosomiasis (B65.-† I98.3\*)

Damit ist klargestellt, dass Ösophagusvarizenblutungen bei Lebererkrankungen oder Schistosomiasis mit I98.3\* zu kodieren sind. Dies gilt analog für die Blutung aus Magenvarizen (I84.4).

### Ösophagusblutung

Die Blutung am Ösophagus konnte bisher nur unspezifisch über den ICD-Code „K22.88 = Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus INKL Ösophagusblutung o.n.A“ kodiert werden. Dadurch konnte für die Ösophagusblutung im Gegensatz zu allen anderen GI-Blutungen im DRG-System kein adäquater CCL ermittelt werden.

Der neue Code K22.81 Ösophagusblutung kann nun zusätzlich kodiert werden, um die Blutung zu dokumentieren.

### Stadieneinteilung der Leberzirrhose (Child-Pugh)

Bisher existierte keine Möglichkeit das Stadium der Leberzirrhose zu kodieren.

Es wurden Zusatzcodes zur Einstufung nach Child-Pugh beantragt und umgesetzt:

ICD-Code	Beschreibung
K74.7-	Klinische Stadien der Leberzirrhose
K74.70!	Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh A
K74.71!	Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh B
K74.72!	Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C

Die Dokumentation dieses Zusatzcodes ermöglicht es in Zukunft, bei unterschiedlichem Aufwand bei der Behandlung der unterschiedlichen Stadien auch eine differenzierte Vergütung zu erreichen.

### Differenzierung T85.5 und T85.7

Bisher gab es keine Möglichkeit, mechanische Komplikationen durch Prothesen im Verdauungstrakt spezifisch zu kodieren. Somit wurden mit diesem einzigen ICD-Code Diagnosen für „Verdauungsorgane“ und „hepatobiliäres System und Pankreas“ zusammengefasst. Dies führt dazu, dass Fälle mit dieser Hauptdiagnose nicht sachgerecht vergütet sind.

Es wurde die Differenzierung von T85.5- Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate beantragt und wie folgt umgesetzt:

ICD-Kode	Beschreibung
T85.50	im Ösophagus
T85.51	im sonstigen oberen Gastrointestinaltrakt und durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde [PEG-Sonde]
T85.52	im unteren Gastrointestinaltrakt und durch perkutan-endoskopische Jejunostomie-Sonde [PEJ-Sonde]
T85.53	in den Gallenwegen
T85.54	im Pankreas
T85.59	Lokalisation nicht näher bezeichnet

Eine analoge Differenzierung erfolgte für „T85.7- Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate“.

Gleichzeitig wurde die Neuordnung zu den entsprechenden DRGs der Gastroenterologie beim InEK beantragt, um in Zukunft eine sachgerechte Vergütung zu erreichen.

### Obstipation

Für 2019 wurde die Differenzierung des unspezifischen ICD-Codes K59.0 „Sonstige funktionelle Darmstörungen: Obstipation“ in einen spezifischen Code für die Opioid-induzierte Obstipation beantragt und umgesetzt wie folgt:

ICD-Kode	Beschreibung
K59.0-	Obstipation
K59.00	Obstipation bei Kolontransitstörung Slow-Transit-Obstipation Exkl.: Medikamentös induzierte Obstipation (K59.02)
K59.01	Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung Obstipation bei anorektaler Funktionsstörung Obstruktions-Defäkations-Syndrom Outlet-Obstipation
K59.02	Medikamentös induzierte Obstipation
K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation

## OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel

Auch im Bereich der OPS Codes finden sich relevante Änderungen.

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

Tabelle der OPS-Anträge:

<b>OPS-Antrag</b>	<b>Status</b>
Endosonographie der Leber	umgesetzt
OPS endoskopische Pyloromyotomie	umgesetzt
Endoskopische Herstellung eines Schlauchmagens bei Adipositas (Streichung)	umgesetzt
OPS Transluminale biliäre Punktions- und Biopsiezangenset	umgesetzt
OPS Komplexpauschale zur krankheitsbedingten Mangelernährung	abgeändert umgesetzt

### Endosonographie der Leber

Die Endosonographie der Leber kann bisher nicht spezifisch kodiert werden. Es existierte lediglich ein Code für die Endosonographie der Gallenwege. Der bisherige OPS-Code „3-055 Endosonographie der Gallenwege“ wurde in „3-055 Endosonographie der Gallenwege und Leber“ abgeändert und an der 5.Stelle wie folgt differenziert:

<b>OPS-Kode</b>	<b>Beschreibung</b>
3-055.0	Endosonographie der Gallenwege
3-055.1	Endosonographie der Leber

### Endoskopische Pyloromyotomie

Für die Pyloromyotomie (5-432.0) existierte bisher nicht die übliche Differenzierung in die unterschiedlichen Eingriffsarten. Das DIMDI setzte den Antrag der DGVS vollständig um und ergänzte folgende Codes:

<b>OPS-Kode</b>	<b>Beschreibung</b>
5-432.00	Offen chirurgisch
5-432.01	Laparoskopisch
5-432.02	Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-432.03	Endoskopisch
5-432.0x	Sonstige

### Endoskopische Herstellung eines Schlauchmagens bei Adipositas

Im Katalog 2018 wurden neue OPS-Kodes für die Magenplikatur (5-448.f\*\*) durch den MDK beantragt und vom DIMDI umgesetzt. Dabei wurden sowohl der chirurgische als auch der endoskopische Zugangsweg berücksichtigt. Die Streichung des existierenden OPS-Kodes 5-449.r (Endoskopische (Rest)Magenverkleinerung) wurde dabei vergessen. Die DGVS hat das DIMDI und das InEK darauf aufmerksam gemacht, dass die Magenverkleinerung und die

Restmagenverkleinerung (OPS 5-449.r) eingriffstechnisch der endoskopischen Magenpliktatur (OPS 5-448.f3) gleichzusetzen sind und die Streichung des OPS-Kodes 5-449.r beantragt.

Dies war insbesondere notwendig, da dieser Code in eine konservative DRG führte und Krankenhäuser daher NUB-Entgelt für die endoskopische Magenpliktatur beantragt hatten. Für 2019 ist ein NUB-Antrag nun nicht mehr notwendig. Das Verfahren kann bereits in 2018 mit der DRG K07Z abgerechnet werden.

### Von der DGVS unterstützte Anträge

Die nachfolgenden Anträge wurden an die DGVS herangetragen und nach Prüfung durch die Kommission unterstützt.

#### Transluminales biliäres Punktions- und Biopsiezangenset

Bisher konnte bei einer perkutanen Biopsie am hepatobiliären System mit Steuerung durch bildgebende Verfahren lediglich das Organ, aber keine Unterscheidung nach Technik kodiert werden. Der Antrag, den die DGVS unterstützt hatte, führt nun zu einer Differenzierung an den Gallengängen:

<b>OPS-Kode</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>1-422.3</b>	Gallengänge
1-442.30	Nadelbiopsie
1-442.31	Transluminal, mit Schleuse

#### Komplexcode zur krankheitsbedingten Mangelernährung

Es existiert ein neuer OPS-Code 8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung. Dieser wird im nächsten DRG Update im Frühjahr 2019 umfassend erläutert.

## Zusammenfassung und Ausblick

Die DGVS hat über die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie im Frühjahr 2018 eine Reihe von Vorschlägen zum ICD- und OPS-Katalog eingereicht und damit eine Differenzierung des DRGs-Systems in 2020(!) antizipiert. Erfreulicherweise wurden diese Vorschläge in der Mehrzahl aufgegriffen und werden bei konsequenter Anwendung zu einer verbesserten Abbildung der Gastroenterologie führen. Insbesondere konnte eine verbesserte Kodierbarkeit komplexer endoskopischer Leistungen und damit eine sachgerechtere Abbildung der Endoskopie erreicht werden.

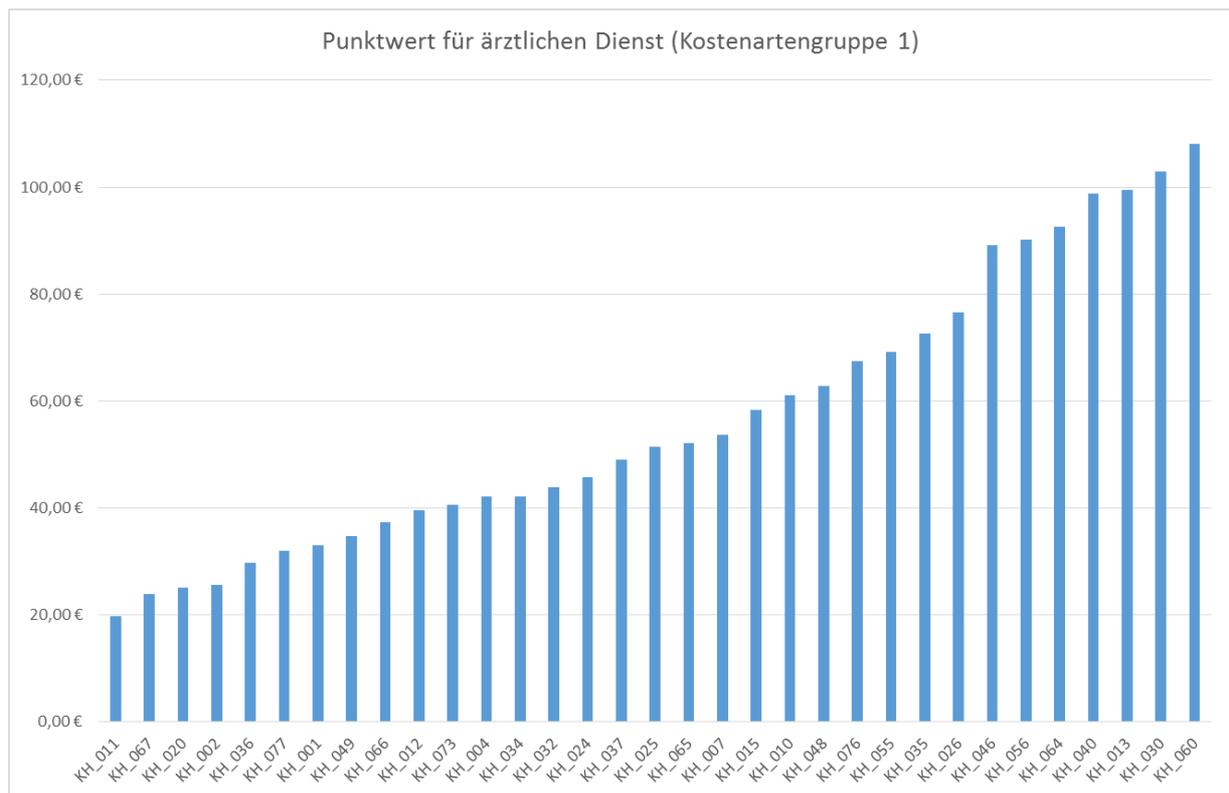
### *Weiterer Handlungsbedarf*

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

### Personalkostenzuordnung

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

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



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

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

### Umsetzung der Zeiterfassung

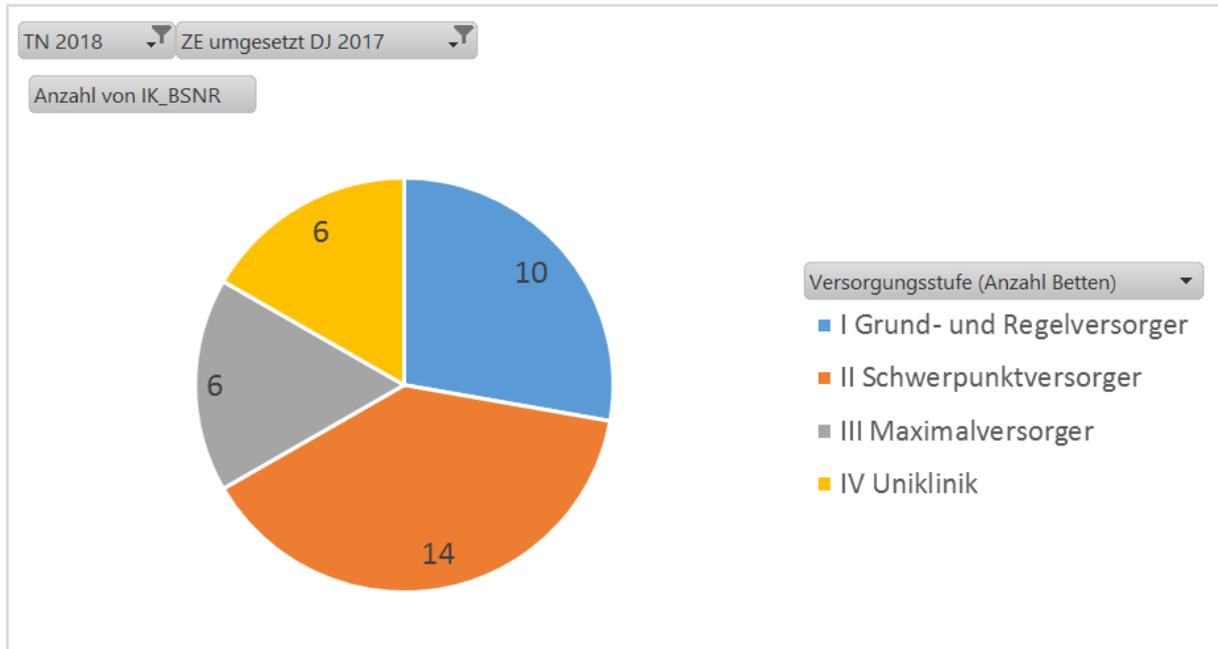
Seit dem 1.1.2017 ist die Zeiterfassung in der Endoskopie verpflichtend für alle Krankenhäuser, die an der Kostenkalkulation des InEK teilnehmen. Sollte ein Haus noch keine Zeiterfassung eingeführt haben, kann es mit Rücksprache beim InEK auch im Datenjahr 2018 noch den DGVS-Leistungskatalog retrospektiv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

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

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

### Positiver Anteil mit Zeiterfassung

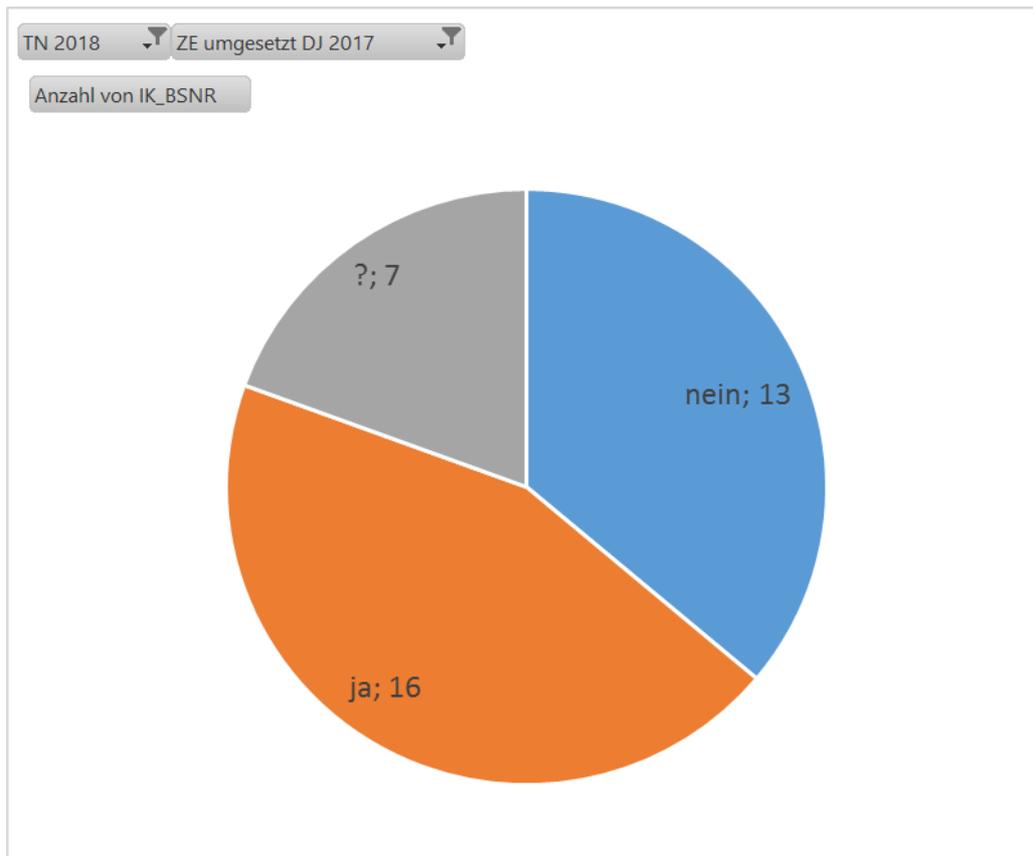
Von 49 Teilnehmern in der DRG Kostenkalkulation haben bereits 36 Häuser (74%) die Zeiterfassung ab dem 1.1.2017 umgesetzt.



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

### Fehlender Gleichzeitigkeitsfaktor

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



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

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

**Wichtig in diesem Zusammenhang: Eine schlechte Zeiterfassung oder eine Zeiterfassung ohne GZV schadet der Abbildung gastroenterologischer Leistungen im DRG System.**

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

## Disclaimer

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

## Autoren

DGVS-Kommission für medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie:

Prof. Dr. Jörg Albert

PD Dr. Arndt Weinmann, MBA

Projektpartner:

Markus Rathmayer, inspiring-health GmbH, München

Dr. Wolfgang Heinlein, inspiring-health GmbH, München

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

Stand: 26.10.2018