

WICHTIG 2019

- Aufwertung bei ESD und EFTR S. 7-9
- Fehlende Daten für die Direkte Cholangioskopie S.11
- Personalkostenzuordnung weiterhin unplausibel S.14



DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten

DRG-Update

-Frühjahr 2019-

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. Aufwertungen bei nicht-endoskopische Leistungen wie dem hepatorenalem Syndrom und bei endoskopischen Leistungen wie der ESD am Rektum und der endoskopischen Vollwandresektion werden detailliert erläutert.

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

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

Die DGVS bittet alle Kliniken die im DRG Update 2019 Herbst dargelegten Änderungen in den Bereichen ICD und OPS konsequent zu nutzen. Wenn die neuen Codes in der Praxis nicht genutzt werden, laufen sie Gefahr, nicht erlös-relevant zu werden und die erreichten Möglichkeiten für eine verbesserte Bewertung gastroenterologischer Leistungen werden nicht realisiert. Die zeitnahe Anwendung ist daher wichtig. Die Änderungen traten ab dem

1.1.2019 in Kraft – siehe (https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2018/12/2018-2-DRG-Update-2018_Herbst_ZfG.pdf).

Im Folgenden werden die wesentlichen Änderungen in der DRG-Zuordnung und den Erlösen im DRG-System 2019 vorgestellt.

Inhalt

Einleitung.....	1
DRG – Diagnosis Related Groups	4
Endoskopisch.....	4
Gleichstellung transduodenale und transgastrale Nekrosektomie am Pankreas.....	4
Gleichstellung der ESD am Rektum mit der ESD am Dickdarm.....	6
Endoskopische Vollwandresektion (EFTR)	7
Nicht-Endoskopisch	9
Gleichstellung des hepatorenenalen Syndroms mit dem akuten Nierenversagen	9
DRG-Anträge, die auf Grund fehlender oder inkonsistenter Daten vom InEK nicht umgesetzt wurden	11
Direkte Cholangio-Pankreatikoskopie.....	11
Radiofrequenzablation und photodynamische Therapie am Gallengang	11
Retrograde diagnostische ERCP und ERCP bei anatomischer Besonderheit	11
DRG-Anträge auf Basis von neuen ICD-Kodes in 2019.....	11
Verschiebung von ICD-Kodes für Varizen am Darm in die MDC 06 (DRG Gxxx)	12
Verschiebung der mechanischen Komplikationen und Infektionen bei gastrointestinalen Prothesen in die MDC 06 und 07 (DRG Gxxx/Hxxx)	12
CCL-Änderungen für die Blutung am Ösophagus.....	12
Zusammenfassung und Ausblick	13
Disclaimer.....	16
Autoren.....	16

DRG – Diagnosis Related Groups

Endoskopisch

Gleichstellung transduodenale und transgastrale Nekrosektomie am Pankreas

Die transduodenale Nekrosektomie und Drainage von Pankreaszysten wurde bisher im Gegensatz zum transgastralen Vorgehen im DRG- System nicht berücksichtigt. Es wurde beantragt, diese der transgastralen Nekrosektomie gleichzustellen.

DRG-Anträge 2018 für 2019 Transduodenale / transgastrale Drainage Pankreaszyste: NICHT selbstexpandierender Stent

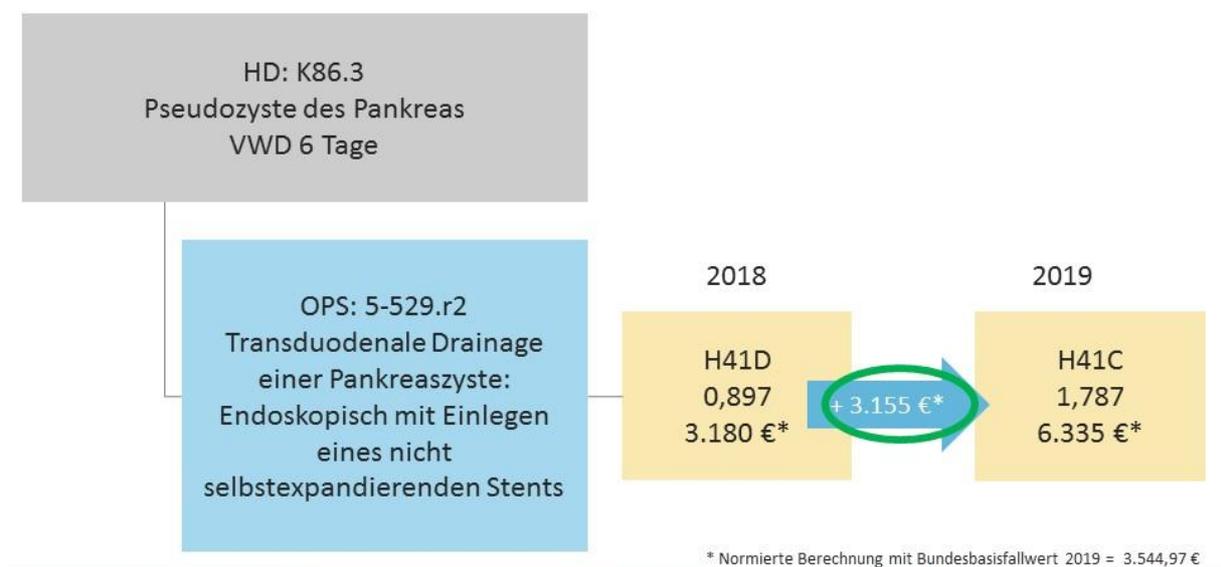


Abbildung 1 Vergütung für Patienten mit Behandlung der Pseudozyste transduodenal MIT NICHT SELBSTEXPANDIERENDEM Stent ab 2019

DRG-Anträge 2018 für 2019

Transduodenale / transgastrale Drainage Pankreaszyste: selbstexpandierender Stent

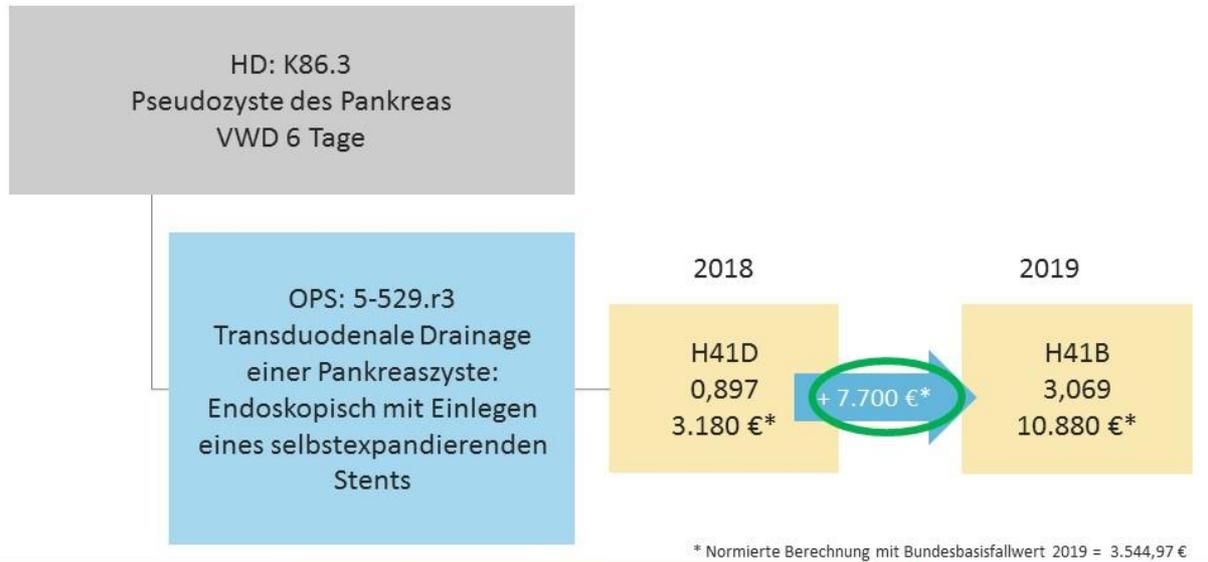


Abbildung 2 Vergütung für Patienten mit Behandlung der Pseudozyste transduodenal MIT SELBST EXPANDIERENDEM Stent ab 2019

Gleichstellung der ESD am Rektum mit der ESD am Dickdarm

Die ESD am Rektum wurde trotz identischen Aufwands anders eingestuft als die ESD am Dickdarm. Es wurde die Gleichstellung beantragt, was zu einer deutlichen Erlösverbesserung geführt hat.

DRG-Anträge 2018 für 2019 ESD am Rektum: gutartige Neubildung

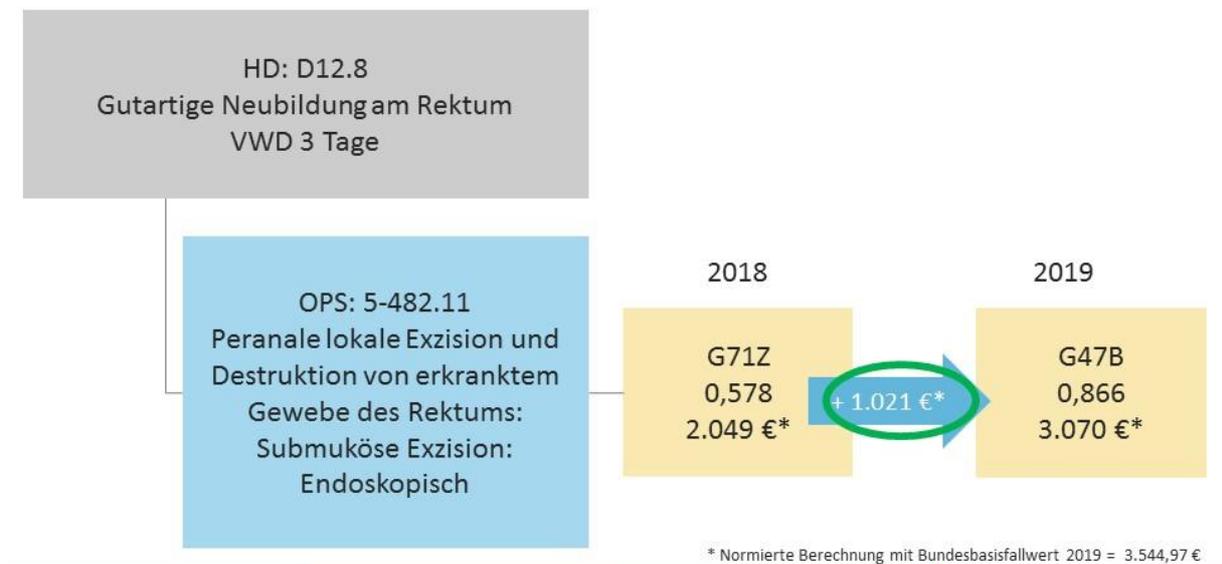
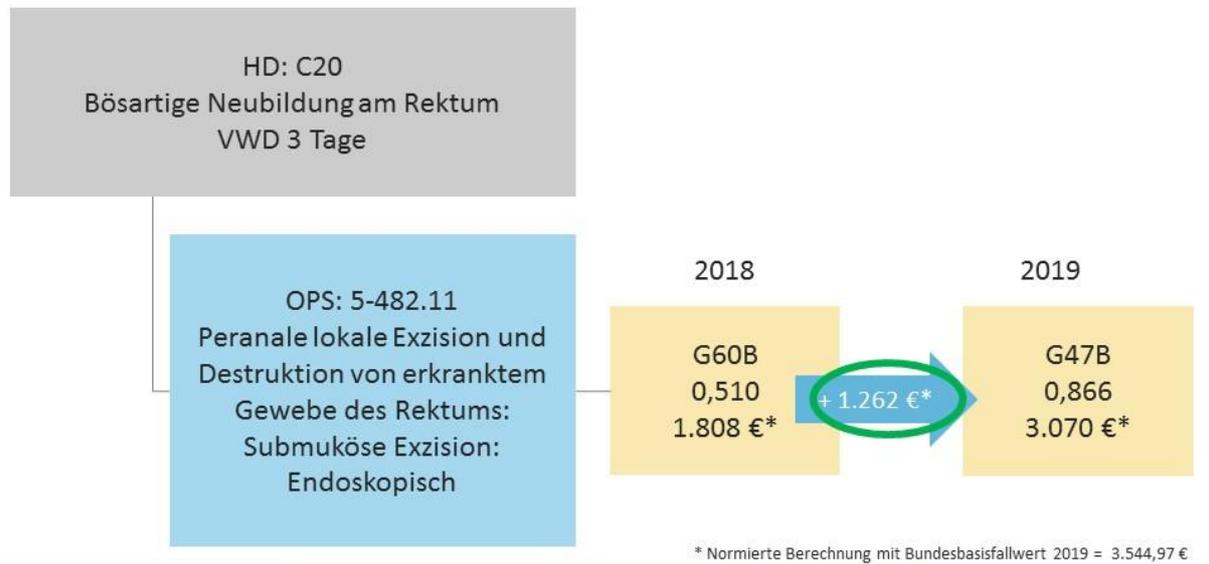


Abbildung 3 Vergütung für Patienten mit gutartiger Neubildung am Rektum und Behandlung mit ESD ab 2019

DRG-Anträge 2018 für 2019

ESD am Rektum: bösartige Neubildung



78 | © 2019 inspiring-health GmbH



Abbildung 4 Vergütung für Patienten mit bösartiger Neubildung am Rektum und Behandlung mit ESD ab 2019

Anhand der Daten 2018 wird erneut geprüft, ob die ESD nun sachgerecht vergütet wird und ggf. ein erneuter Antrag gestellt.

Endoskopische Vollwandresektion (EFTR)

Für die 2017 eingeführten OPS- Codes für die endoskopische Vollwandresektion (EFTR) lagen dem InEK für das DRG-System 2019 erstmals Kostendaten vor. Die MKG stellte einen Antrag auf Überprüfung, ob diese OPS- Codes sachgerecht im DRG-System abgebildet sind. Das InEK identifizierte die neuen OPS-Kodes bereits im ersten Datenjahr als Kostentrenner und setzte den Antrag um.

DRG-Anträge 2018 für 2019

EFTR am Dickdarm: Gutartige Neubildung

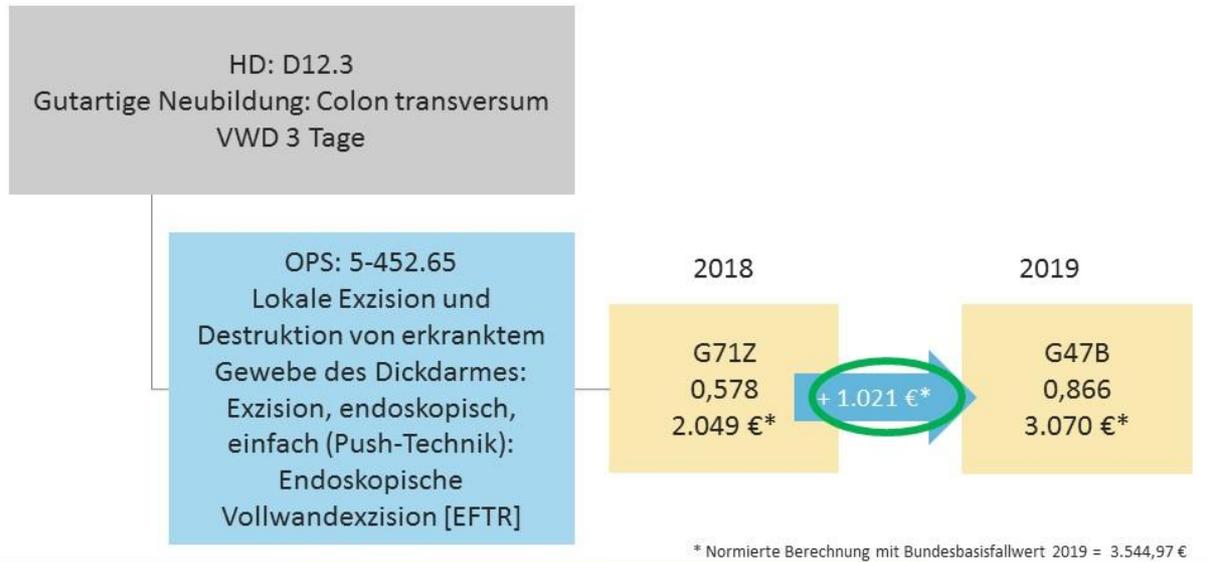
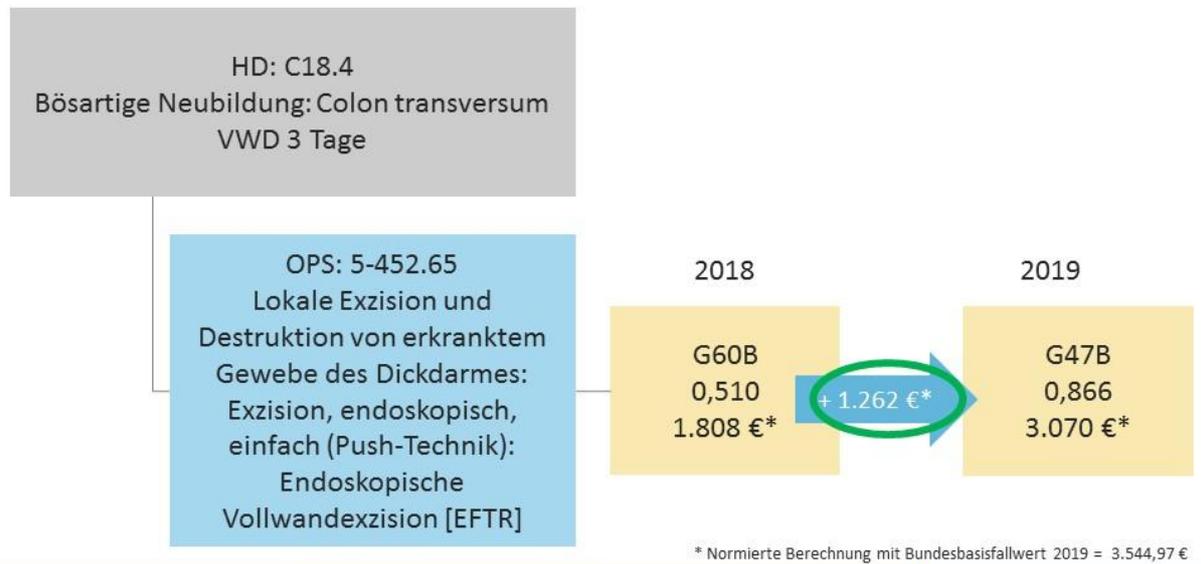


Abbildung 5 Vergütung für Patienten mit gutartiger Neubildung und Behandlung mit EFTR ab 2019

DRG-Anträge 2018 für 2019

EFTR am Dickdarm: bösartige Neubildung



87 | © 2019 inspiring-health GmbH

1913 DGVS
Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten

inspiring-health

Abbildung 6 Vergütung für Patienten mit bösartiger Neubildung und Behandlung mit EFTR ab 2019

Nicht-Endoskopisch

Gleichstellung des hepatorenenalen Syndroms mit dem akuten Nierenversagen

Das hepatorenale Syndrom entspricht klinisch einem akuten Nierenversagen und erzeugt hohe Aufwände und Kosten. Bisher wurde das hepatorenale Syndrom im DRG- System nicht sachgerecht abgebildet. Es wurde die Gleichstellung des hepatorenenalen Syndroms (ICD K76.7) mit dem akuten Nierenversagen (ICD N17) in der Basis-DRG H06 beantragt, was vom InEK nur z.T. umgesetzt wurde.

DRG-Anträge 2018 für 2019

Gleichsetzung Hepatorenales Syndrom zum akuten Nierenversagen in Basis-DRG H06

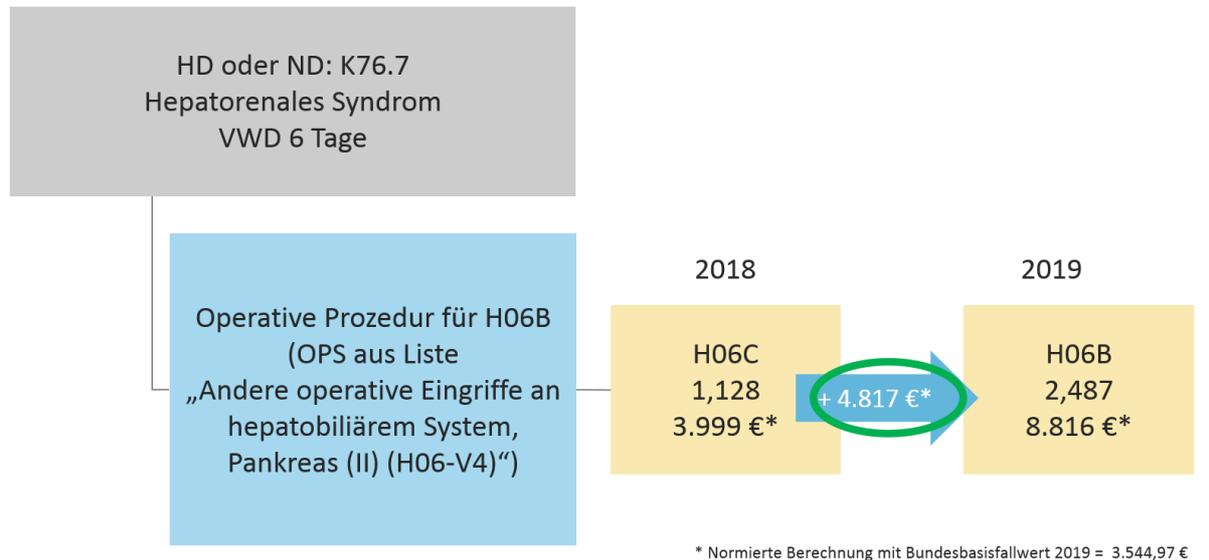


Abbildung 7 Vergütung für Patienten mit hepatorenalem Syndrom ab 2019

Eine erneute Beantragung der vollständigen Umsetzung wird in Q1-2019 geprüft.

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

Die folgenden Anträge zeigen, dass das InEK, wenn es zu wenig Fälle in Kalkulationshäuser findet oder die Fälle über alle Kalkulationshäuser inkonsistent kodiert werden, Anträge auf Grund der mangelnden Datenlage nicht umsetzt.

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

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

Direkte Cholangio-Pankreatikoskopie

Die direkte Cholangio-Pankreatikoskopie war aus Sicht der DGVS auch in 2018 nicht sachgerecht vergütet. Bei der Kodierung bis zum OPS 2017 wurde nach „modular“ (1-643.1, 1-644.1) und „nicht modular“ (1-643.0, 1-644.0) aufgebauten Geräten unterschieden. Dies wurde von den kalkulierenden Kliniken (und auch in der DGVS-Stichprobe) uneinheitlich kodiert, so dass diese OPS-Kodes nicht als Kostentrenner für diese Verfahren verwendet werden konnten. Seit 2018 gibt es einen neuen OPS-Kode, der eine Unterscheidung auf Basis „distal“ (1-643.2) und „proximal“ (1-643.3) der Hepatikusgabel trifft. Die direkte Pankreatikoskopie wurde auf einen OPS-Kode (1-644) reduziert.

Mit 2018 liegen nun Kostendaten für die neuen Kodes vor. Die DGVS wird auf Basis dieser Daten einen neuen Antrag zur Verbesserung der Vergütung beim InEK stellen.

Radiofrequenzablation und photodynamische Therapie am Gallengang

Für die in 2017 eingeführten OPS-Kodes für die Verfahren der RFA und photodynamischen Therapie an den Gallengängen lagen dem InEK für mit den Daten 2018 erstmals Kostendaten vor. Zur beantragten Überprüfung, ob diese OPS-Kodes sachgerecht im DRG-System abgebildet sind, erklärt das InEK, dass derzeit zu wenige Fälle kodiert wurden.

Retrograde diagnostische ERCP und ERCP bei anatomischer Besonderheit

Für die 2017 geänderten OPS-Kodes für diese Verfahren lagen dem InEK für das DRG-System 2019 erstmals Kostendaten vor. Die Überprüfung, ob diese OPS-Kodes sachgerecht im DRG-System abgebildet sind, ergab, dass Kodierung des OPS-Kodes inkonsistent war: Es gab Häuser, in denen die neuen Kodes für fast alle ERCPs kodiert wurden. In anderen Häusern wurde der Code überhaupt nicht verwendet. Daher wurde die Kodierung vom InEK als fehlerhaft eingestuft.

DRG-Anträge auf Basis von neuen ICD-Kodes in 2019

Die folgenden Anträge wurden von der DGVS bereits mit Einreichung neuer ICD- und OPS-Kodes beim DIMDI parallel an das InEK gestellt. Es handelt sich daher um klinisch-logische bedingte Zuordnungen zu DRGs. Diese Anträge wurden jedoch abgelehnt.

Wir werden daher mit dem InEK in den Dialog gehen, dass logisch nachvollziehbare Korrekturen von fehlerhaften Zuordnungen, rascher als in 2 Jahresschritten bereinigt werden.

Verschiebung von ICD-Kodes für Varizen am Darm in die MDC 06 (DRG Gxxx)

Varizen am Darm sind seit ICD 2018 differenziert kodierbar, führen aber in eine konservative DRG aus der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems).

Gastroenterologisch-endoskopische Prozeduren werden dort nicht adäquat berücksichtigt. Die DGVS beantragte folgerichtig, Varizen des Darms (ICDs I86.80, I86.81, I86.82) mit Magenvarizen im DRG System gleichzustellen und aus der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) in die MDC 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) zu überführen und damit entsprechende DRGs anzusteuern.

Verschiebung der mechanischen Komplikationen und Infektionen bei gastrointestinalen Prothesen in die MDC 06 und 07 (DRG Gxxx/Hxxx)

Die ICD- Codes für „Mechanische Komplikation und Infektion und entzündliche Reaktion durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate“ sind im Sinne der MDC (Major Diagnostic Category)- Logik nicht sauber getrennt, da sie sowohl für medizinische Sachverhalte der MDC 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) als auch der MDC 07 (Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas) verwendet werden müssten. Somit sind diese Diagnosen nicht der korrekten MDC zugeordnet.

Es wurde der Antrag auf Basis der neuen ICDs für 2019 beantragt. Es war klar, dass die Daten zu diesen neuen ICD-Kodes noch fehlen. Der logischen Begründung wollte das InEK nicht folgen, so dass der Antrag 2019 erneut für 2020 von der MKG gestellt wird.

CCL-Änderungen für die Blutung am Ösophagus

Die Blutung am Ösophagus, z.B. aus einer Erosion, konnte bis zum ICD 2018 nur unspezifisch über den Code K22.88 (Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus) kodiert werden. Für den ICD 2019 wurde von der MKG ein spezifischer ICD-Kode (K22.81 Ösophagusblutung) beantragt und vom DIMDI umgesetzt. Dieser neue ICD- Kode hat im DRG-System noch keinen adäquaten CCL (Clinical Complexity Level)-Wert, der in Kombination mit anderen Nebendiagnosen in eine höherwertige DRG führen kann. Unseren Antrag, das CCL wie bei vergleichbaren Fällen, z.B. der Blutung aus einer Magenerosion, zu werten wurde vom InEK nicht umgesetzt.

Zusammenfassung und Ausblick

Die DGVS hat über die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie auch im Frühjahr 2018 eine Reihe von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des DRGs-Systems 2019 eingereicht. Erfreulicherweise wurden diese Vorschläge in der Mehrzahl aufgegriffen und führen zu einer verbesserten Abbildung der Gastroenterologie. Es zeigt aber auch klar die Grenzen auf, dass Anträge ohne die notwendige Datengrundlage vom InEK in der Mehrzahl abgelehnt werden. Umso wichtiger ist es, bei neuen Verfahren oder Verfahrensänderung frühzeitig ICD- und OPS-Kodes einzuführen, um die Abbildung im DRG-System zu beschleunigen.

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

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

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

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

In 2017 (Datenjahr 2016) gestaltete sich der Kostenvergleich folgendermaßen:

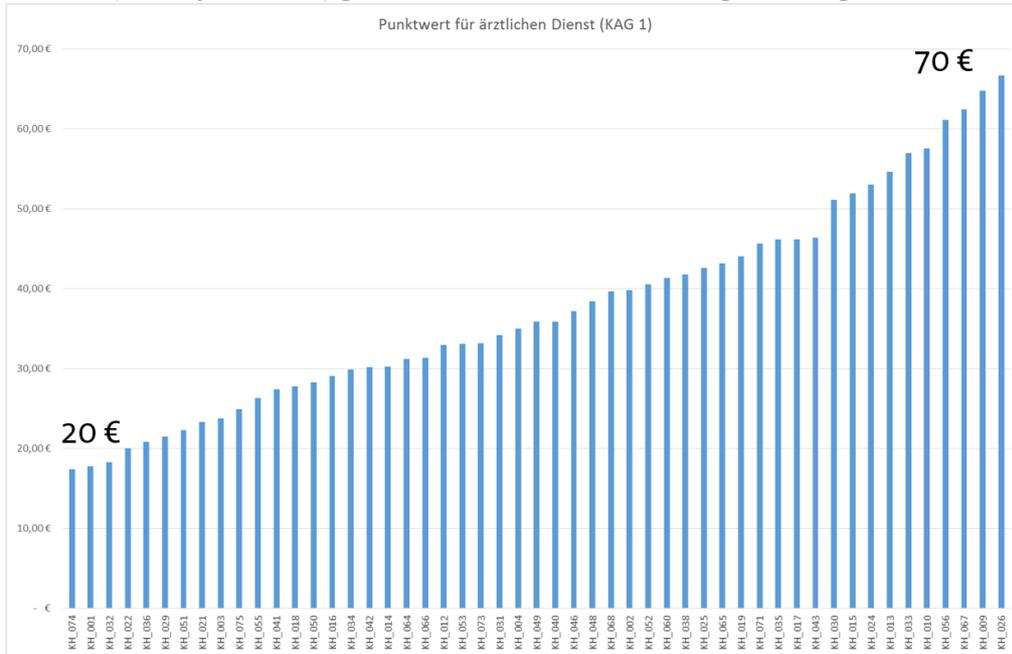


Abbildung 8 Kostenallokation für den Ärztlichen Dienst im Datenjahr 2016.

Interpretation: Für eine ÖGD wurden in 2016 in Kalkulationshäusern des DGVS-DRG-Projekts zwischen unter 20 € und knapp unter 70 € an ärztlichen Kosten dokumentiert

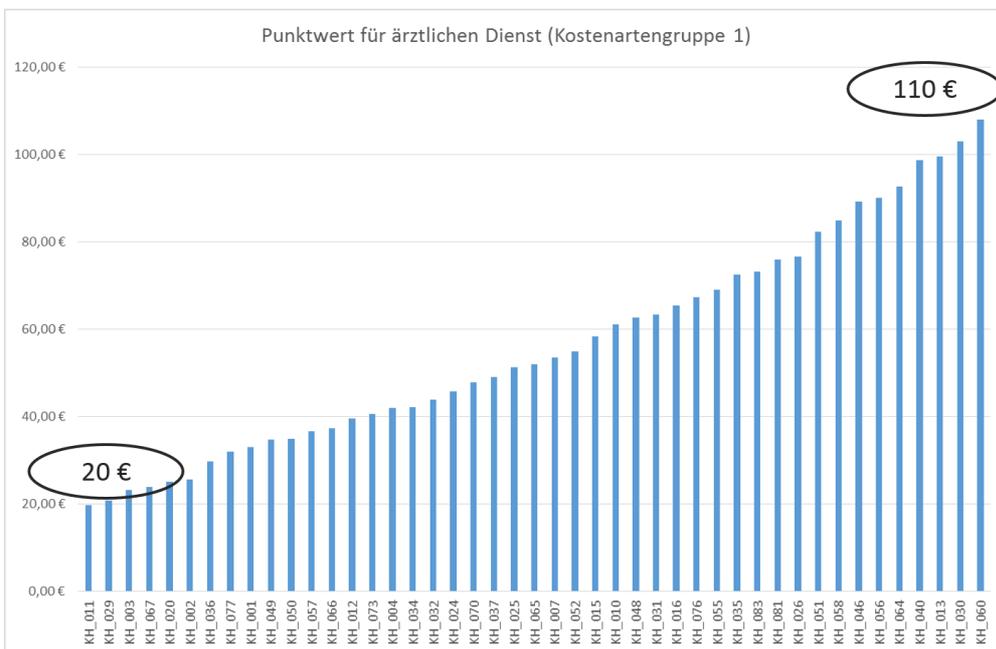


Abbildung 9 Kostenallokation für den Ärztlichen Dienst im Datenjahr 2017.

Interpretation: Für eine ÖGD werden in Kalkulationshäusern des DGVS-DRG-Projekts zwischen 20 € und knapp unter 110 € an ärztlichen Kosten dokumentiert

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

Dies gilt es unbedingt zu verbessern!

Die am Projekt teilnehmenden Häuser erhalten ihre jeweils dokumentierten und dem InEK abgegebenen Kostendaten erkennbar im anonymisierten Hausvergleich dargestellt. Im sogenannten Fokus(haus)bericht werden die Personalkostenzuordnung im Vergleich mit den anderen Häusern dargestellt und implausible Materialkosten hervorgehoben (Abb. 10). Damit weiß jeder wo er steht und es kann die Aufmerksamkeit auf eine leistungsgerechte Darstellung der Kosten gelenkt werden und eine Verbesserung in Zukunft umgesetzt werden.

Disclaimer

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

Autoren

DGVS-Kommission für medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie:

Prof. Dr. Jörg Albert

PD Dr. Arndt Weinmann

Projektpartner:

Markus Rathmayer, inspiring-health GmbH, München

Dr. Wolfgang Heinlein, inspiring-health GmbH, München

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