

# Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

1913 **DGVS**

Deutsche Gesellschaft für  
Gastroenterologie,  
Verdauungs- und  
Stoffwechselkrankheiten

## DRG-Update – Frühjahr 2017 –

Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (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 Änderungen wurden im Wesentlichen erreicht durch die Teilnahme der DGVS an den Vorschlagsverfahren von DIMDI und InEK und dem direkten Dialog mit den Institutionen. Grundlage für die erfolgreiche Teilnahme am Vorschlagsverfahren sind die Analysen der § 21 (4)-Daten der am DRG-Projekt der DGVS teilnehmenden Häuser. An dieser Stelle spricht die DGVS diesen Häusern ihren speziellen Dank aus!

Die DGVS bittet alle Kliniken, vor allem die Kalkulationshäuser, die im Folgenden dargestellten Änderungen in den Bereichen ICD, OPS und DRG ab sofort konsequent zu nutzen! Neue Möglichkeiten der Kodierung, die in der Praxis nicht genutzt werden, laufen Gefahr, wieder rückgängig gemacht zu werden. In diesem Fall könnten die erreichten Möglichkeiten für eine bessere Bewertung gastroenterologischer Leistungen nicht realisiert werden. Die zeitnahe Anwendung ist daher wichtig; die Änderungen sind seit 1.1.2017 in Kraft.

Im Folgenden werden die wesentlichen Änderungen bei der Kodierung (ICD- und OPS-Schlüssel) und bei der Bewertung (DRG und Zusatzentgelte) vorgestellt (siehe Tabelle auf Seite 397).

### ICD – Diagnoseschlüssel

Im Bereich der ICD-Ziffern haben sich für die Gastroenterologie nur wenige Änderungen ergeben:

#### Metastasen in den Weichteilen

Metastasen in den Halsweichteilen (C79.85) und in den Weichteilen der Schulter und Hüfte (C79.86) sind neu abbildbar.

#### Ösophagusfistel und -membran

Es sind neue Codes für die Ösophagusfistel (K22.80) verfügbar und es wird zwischen angeborenen (Q39.4) und erworbenen Ösophagusmembranen unterschieden (K22.2).

#### Neuordnung bakterielle Resistenzen

Die Codes für bakterielle Resistenzen (U80/81) wurden neu geordnet mit U80 für grampositive und U81 für gramnegative Keime. Die Liste der direkt namentlich aufrufbaren Keime wurde erweitert.

#### Toxische Leberkrankheiten

Bei der toxischen Leberkrankheit wird jetzt eindeutig zwischen der toxischen VOD (K71.80) und anderen Erkrankungen (K71.88) unterschieden. Mit der K76.5 wird die venookklusive Leberkrankheit nicht toxischer Genese kodiert.

### OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel

Deutlich mehr Änderungen ergaben sich im Bereich der Prozedurencodes. Alle von der DGVS eingebrachten OPS-Anträge wurden vom DIMDI umgesetzt:

#### Retrograde Endoskopie

Für den Zugang durch retrograde Endoskopie wurde klargestellt, dass diese Codes ausschließlich beim Vorliegen von Voroperationen zum Einsatz kommen können, wenn die Endoskopie von weiter aboral gelegenen Darmabschnitten in Richtung weiter oral gelegener Abschnitt durchgeführt wird, z. B. bei einer Roux-Y-Anastomose. Dies gilt für 1 – 645 Zugang durch retrograde Endoskopie, 5 – 513.k Endoskopische Operationen an den Gallengängen und 5 – 526.g endoskopische Operationen am Pankreasgang.

#### Anatomische Besonderheiten

Neu sind Codes für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei anatomischen Besonderheiten wie beispielsweise Pancreas divisum oder stenosierende Neubildungen der Papilla Vateri. Eine diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege kann mit 1 – 646, eine endoskopische Operationen an den Gallengängen mit 5 – 513.p und eine endoskopische Operationen am Pankreasgang mit 5 – 526.h gesondert kodiert werden.

Inhalt		
Einleitung		1
ICD – Diagnoseschlüssel		3
	Metastasen in den Weichteilen	3
	Ösophagusfistel und –membran	3
	Neuordnung bakterielle Resistenzen	3
	Toxische Leberkrankheiten	3
OPS – Operationen- und Prozedureschlüssel		4
	Retrograde Endoskopie	4
	Anatomische Besonderheiten	4
	Endoskopische biliodigestive Anastomose	4
	Wechsel einer PTCD	4
	Entfernung von großlumigen Clips	4
	Single-Ballon-Enteroskopie	4
	Push- und Push-and-pull-back am Dickdarm	5
	Drainage einer Pankreaszyste	5
	Applikation von Medikamenten mit Bedeutung für die Gastroenterologie	5
	Große Mengen an Thrombozytenkonzentraten	5
DKR – Deutsche Kodierrichtlinien		5
DRG – Diagnosis Related Groups		6
	Nicht endoskopisch	6
	Mini-Laparoskopie am hepatobiliären System	6
	Peritoneovesikaler Shunt mit Anlage einer Pumpe	6
	Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern	6
	Kombinierte Leber-Pankreastransplantation	6
	Aufwendige Behandlungen als Splitkriterium	6
	Selektive interne Radiotherapie (SIRT)	6
	Endoskopisch	7
	Gastroskopie und ERCP wechselweise in MDC06 und MDC 07 berücksichtigt	7
	Biliäre Sepsis ohne Operation mit komplexer ERCP	8
	ESD am unteren und oberen Gastrointestinaltrakt	8
	Over-the-scope-clips (OTSC)	10
	Ösophagogastromyotomie	10
	ERCPS mit retrogradem Zugangsweg	10
ZE – Zusatzentgelte		11
	Zusatzentgelt für die Radiofrequenzablation am Ösophagus	11
	Zusatzentgelt für Stent bei Pankreaszysten-Drainage und biliärer Anastomose	12
	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	12
Zusammenfassung und Ausblick		13
Disclaimer		13

### Endoskopische biliodigestive Anastomose

Für die endoskopische biliodigestive Anastomose von Gallenblase (5 – 510.4\*) und

Gallengängen (5 – 512.\*\*\*) kann der Zugangsweg kodiert werden.

### Wechsel einer PTCD

Für den Wechsel einer PTCD wurde der Code 5 – 514.p etabliert.

### Entfernung von großlumigen Clips

Für die Entfernung von großlumigen Clips durch elektrische Desintegration an verschiedenen Lokalisationen wurden die Codes 5 – 429.w (Ösophagus), 5 – 449.u\* (Magen), 5 – 469.u\* (Darm) und 5 – 489.m (Rektum) neu aufgenommen.

### Single-Ballon-Enteroskopie

Bei einer Reihe von Interventionen erfolgte die Erweiterung der Beschreibung, sodass auch die Single-Ballon-Enteroskopie Untersuchungen mit den Codes erfasst sind: 1 – 636.1 (diagnostische Intestinoskopie), 5 – 451.8\* (Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes), 5 – 452.7\* und 5 – 452.9\* (Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes).

### Push- und Push-and-pull-back am Dickdarm

Bei der lokalen Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes wird neu zwischen Push- (5 – 452.6\*) und Push-and-pull-back-Technik (5 – 452.7\*) unterschieden.

Der Code 5 – 469.v Endoskopie durch Push-and-pull-back-Technik kann neu als Zusatzcode bei 5 – 469\* Andere Operationen am Darm angegeben werden.

### Drainage einer Pankreaszyste

Bei der Drainage einer Pankreaszyste kann neben dem gastralen jetzt auch ein transduodenaler Zugangsweg kodiert werden (5 – 529.r\*), ebenso bei der endoskopischen Entfernung von Pankreasnekrosen (5 – 529.s\*).

### Applikation von Medikamenten mit Bedeutung für die Gastroenterologie

Neue OPS-Codes für die Applikation von Medikamenten, Liste 8 mit Bedeutung für die Gastroenterologie sind: 6 – 008.d Dacloctasvir, oral, 6 – 008.e Dasabuvir-Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir, oral, 6 – 008.g und 6 – 008.h Isavuconazol, parenteral und

oral und für die Applikation von Medikamenten, Liste 9: 6 – 009.1 Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir, oral und 6 – 009.6 Telaprevir, oral.

### Große Mengen an Thrombozytenkonzentraten

Bei der Gabe von Blutprodukten können jetzt die Gaben von extrem großen Mengen an Thrombozytenkonzentraten 8 – 800.\* kodiert werden.

## DKR – Deutsche Kodierrichtlinien

Der Bundesschlichtungsausschuss hat in einem ersten Beschluss die Kodierrichtlinie für die Behandlung von bösartigen Neubildungen konkretisiert:

Solange die Behandlung eines Malignoms nicht endgültig abgeschlossen ist, ist der Malignom-Code als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen (z. B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur Diagnostik (z. B. Staging) (siehe Beispiel 3) anzugeben (DKR 0201). Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt. War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß der Kodierrichtlinie D002 Hauptdiagnose zu wählen.

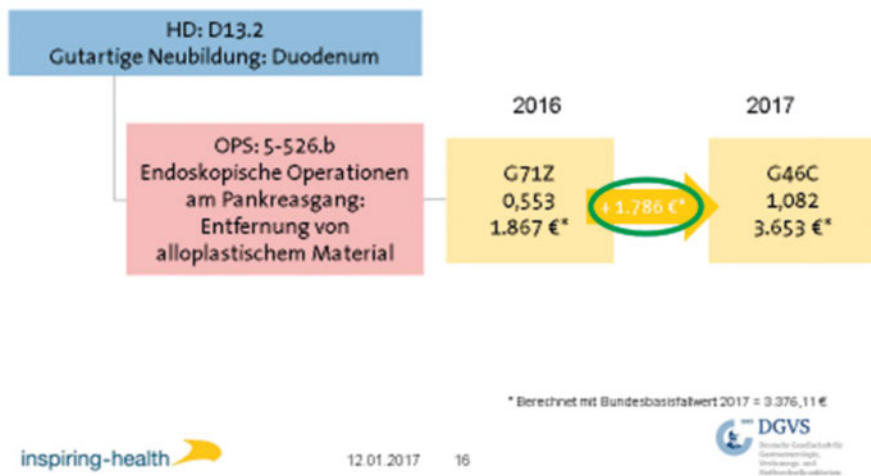
## DRG – Diagnosis Related Groups

### Nicht endoskopisch

#### Mini-Laparoskopie am hepatobiliären System

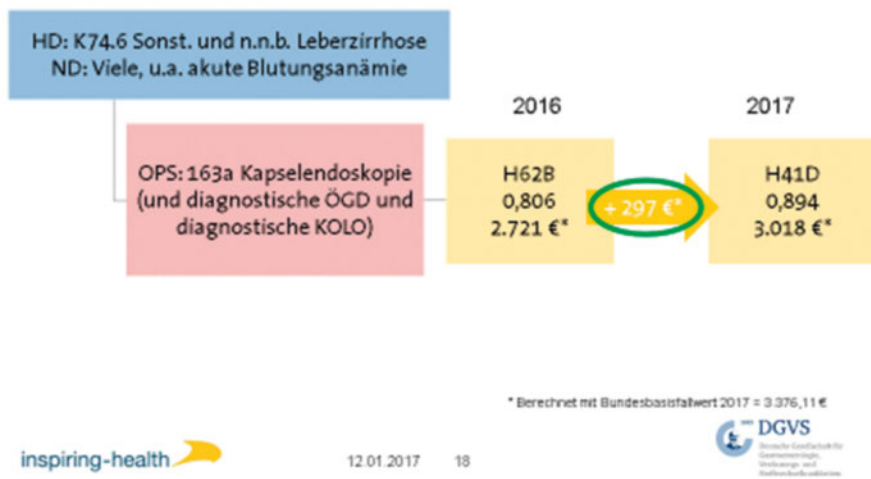
Die DRG H12B, die z. B. durch die Mini-Laparoskopie angesteuert wird, wurde deutlich aufgewertet von 1,383 auf 1,599 (+ 0,216).

## MDC 06 mit ERCP Beispiel: realer Fall aus DGVS- Projekt DB



► Abb. 1 MDC06 mit ERCP.

## MDC 07 mit komplexer endoskopischer Leistung am Magen Darm Beispiel: realer Fall aus DGVS- Projekt DB



► Abb. 2 MDC07 mit komplexer endoskopischer Leistung am Magen-Darm.

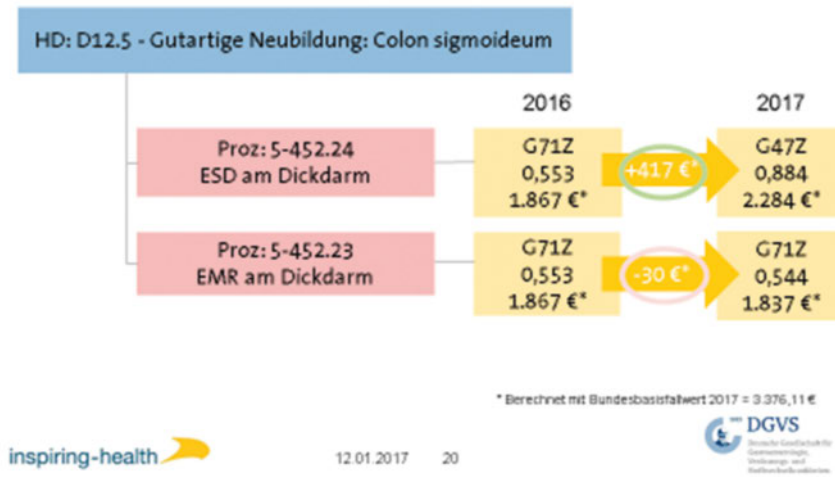
### Peritoneovesikaler Shunt mit Anlage einer Pumpe

Die Anlage eines peritoneovesikalen Shunts mit Anlage einer Pumpe ist im Jahr 2017 sachgerecht in der Basis-DRG H09 eingruppiert (vorher in der schlechter bewerteten H06).

### Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern

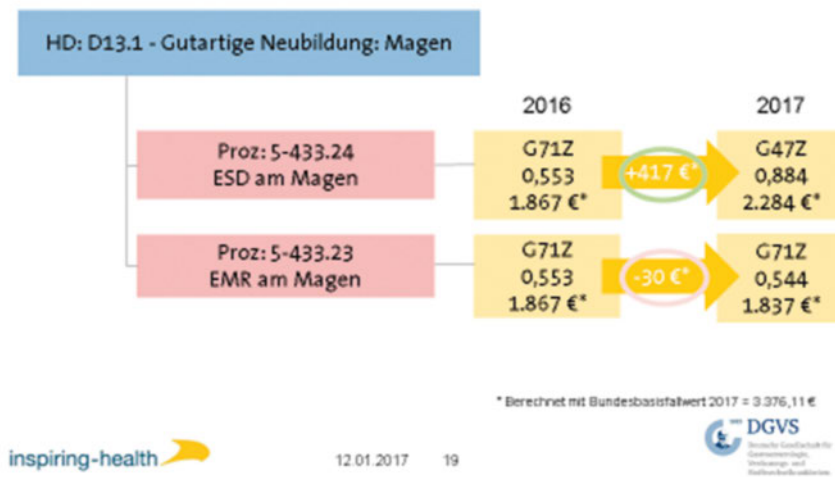
Ein besonderes Problem stellt die Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern dar. Für die bessere Abbildung wurde die neue DRG H77Z bei Erkrankung

## ESD / EMR am unteren Gastrointestinaltrakt Aufwertung ESD – ein erster Schritt



► **Abb. 3** ESD/EMR am unteren Gastrointestinaltrakt.

## ESD / EMR am oberen Gastrointestinaltrakt Aufwertung ESD – ein erster Schritt



► **Abb. 4** ESD/EMR am oberen Gastrointestinaltrakt.

Splitkriterium „Aufwendige Behandlung“ etabliert. Diese Fälle sind charakterisiert durch komplette parenterale Ernährung, Komplexbehandlung neurologischer oder rheumatischer Erkrankungen, multiresistente Erreger, Palliativversorgung oder einem hohem PKMS Score. In den DRGs G60 (Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane) führt die aufwendige Behandlung zu einer Höhergruppierung. Für die Fallkonstellation einer OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose (z. B. Hämorrhoidenligatur bei Leberzirrhose) wird 2017 nicht mehr die Fehler-DRG angesteuert, sondern die DRGs 801/802 in der neuen MDC 24 Sonstige DRGs.

### Selektive interne Radiotherapie (SIRT)

Für die SIRT wurde eine neue DRG H06B SIRT etabliert und die Fälle werden dort einheitlich zugeordnet.

### Endoskopisch

#### Gastroskopie und ERCP wechselseitig in MDC06 und MDC 07 berücksichtigt

Fälle mit einer Hauptdiagnose für die MDC 06 (Magen und Darm) aber endoskopischen Leistungen an Galle und Pankreas wurden bisher in die DRGs der medizinischen Partition (MDC06) eingruppiert und waren dort unterbewertet. Nun erfolgt die Zuordnung von ERCP-Prozeduren zur Basis-DRG G46 (jetzt: Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie oder therapeutische ERCP) und sind jetzt besser bewertet.

Umgekehrt bestand für Fälle mit einer Hauptdiagnose für die MDC 07 (Leber, Galle, Pankreas) keine spezifische Abbildung von komplexen endoskopischen Leistungen an Magen und Darm. Fälle mit ERCP, die aufgrund dieser Leistung in die H41 eingruppiert wurden, waren laut Analyse InEK ausreichend bewertet. Fälle ohne ERCP wurden aber in die DRGs der medizinischen Partition eingruppiert und waren dort nicht sachgerecht bewertet. Ab 2017 werden Fälle mit komplexen endoskopischen Leistungen an Magen und Darm ohne ERCP der Basis-DRG H41 (jetzt: ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe) zugeordnet und damit besser bewertet.

gen des hepatobiliären Systems und Pankreas generiert.

#### Kombinierte Leber-Pankreastransplantation

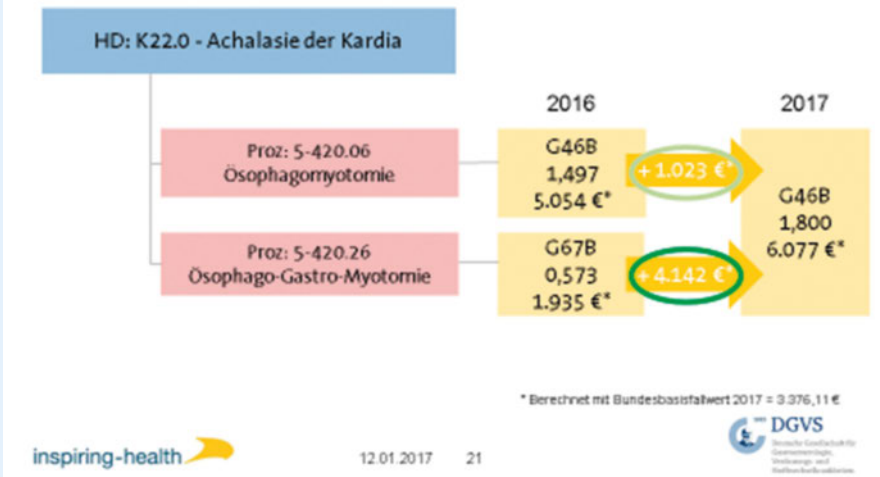
Die kombinierte Leber-Pankreastransplantation hat eine Aufwertung erfahren und

wird jetzt in der A01B statt in der A01C abgebildet.

#### Aufwendige Behandlungen als Splitkriterium

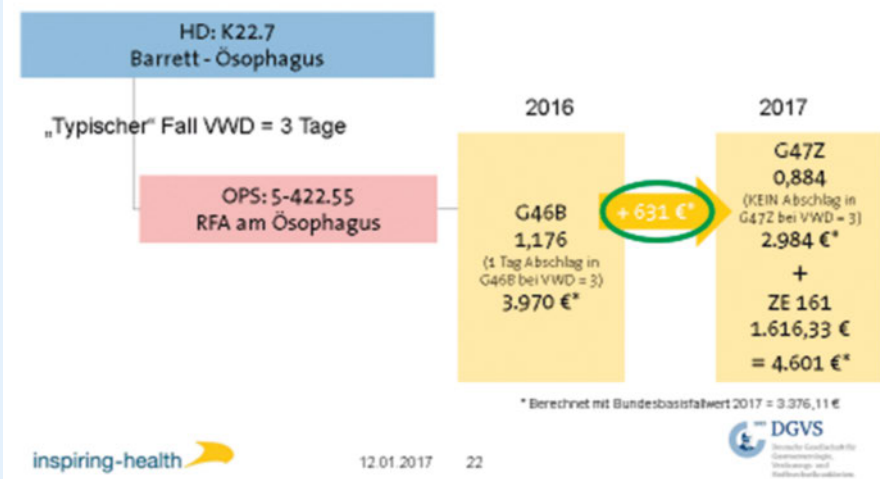
Aufgrund von Kostenauffälligkeiten bestimmter medizinischer Fälle wurde das

## Ösophago- vs. Ösophagogastromyotomie Gleichstellung und Aufwertung



► **Abb. 5** Gleichstellung Ösophagomyotomie und Ösophagogastromyotomie.

## RFA am Ösophagus Aufwertung



► **Abb. 6** RFA am Ösophagus mit Verweildauer 3 Tage.

### Biliäre Sepsis ohne Operation mit komplexer ERCP

Fälle mit einer biliären Sepsis ohne Operation aber mit komplexen ERCP-Leistungen werden von der DRG T60C in die T60B höhergruppiert.

### ESD am unteren und oberen Gastrointestinaltrakt

Für die endoskopische submukosale Dissektion (ESD) wurde eine einheitliche Eingruppierung der Eingriffe an Ösophagus und Magen erreicht, die ökonomischen Auswertungen dieser Änderung sind uneinheitlich.

Die ESD im Dickdarm war 2016 häufig nicht gruppierungsrelevant, es wurde eine Aufwertung dieser Fälle in die DRG G47Z umgesetzt. Die ESD am Dünndarm ist überwiegend analog dem Eingriff am Magen in der DRG G47 gruppiert.

### Over-the-scope-clips (OTSC)

Für das sachkostenlastige Verfahren des Over-the-scope-clips (OTSC) konnte die von der DGVS angeführten höheren Sach- und Fallkosten bestätigt werden und eine Zuordnung zur DRG G47Z erreicht werden.

### Ösophagogastromyotomie

Die Ösophagoastromyotomie wird 2017 sachgerechter der DRG G46B zugeordnet.

Fälle mit endoskopischen Prozeduren für Polypektomie, Mukosaresektion, Elektro-, Laser-, Thermokoagulation oder Wechsel von Gastro- und Jejunostomiekathetern erfahren im Regelfall nach Analyse der Kosten des Datenjahrs 2015 eine Abwertung.

### ERCs mit retrogradem Zugangsweg

ERCs mit retrogradem Zugangsweg (siehe neue OPS-Ziffer 1 – 645) werden aufgewertet.

Die irreversible Elektroporation der Leber wurde in die DRG H09 aufgewertet, ebenso die hochfrequenzinduzierte Thermotheapie.

### ZE – Zusatzentgelte

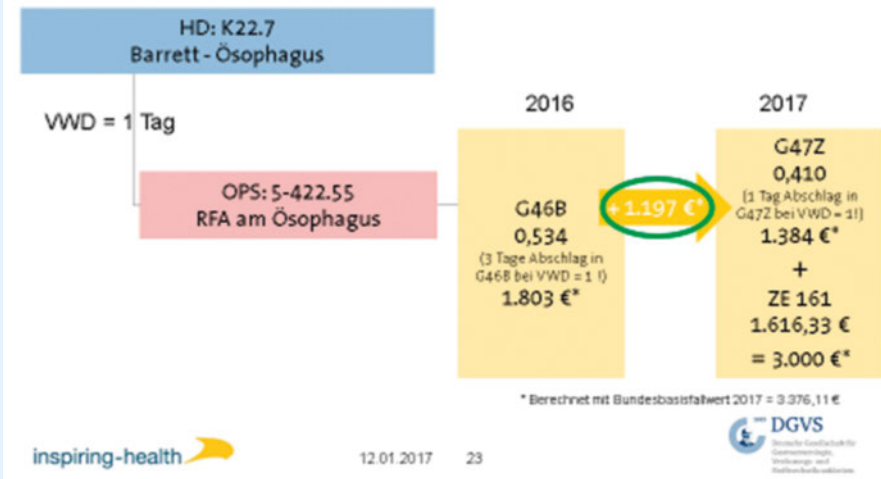
#### Zusatzentgelt für die Radiofrequenzablation am Ösophagus

Auf Anregung der Fachgesellschaft wurde ein Zusatzentgelt für die Radiofrequenzablation am Ösophagus etabliert, da sich ein hoher Anteil von Kurzliegern mit nicht kostendeckender Vergütung in der Analyse fand (ZE161).

Die folgenden Fallkonstellationen zeigen die Vergütung als Kurzlieger und Normallieger.



## RFA am Ösophagus Aufwertung



► Abb. 7 RFA am Ösophagus als Kurzlieger.

### Zusatzentgelt für Stent bei Pankreaszysten-Drainage und biliärer Anastomose

Die Schlüssel für die endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrose mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents (5 – 529.s2) und die transduodenale Drainage einer Pankreaszyste mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents (5 – 529.r3) triggern das unbewertete Zusatzentgelt ZE2017 – 54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt.

### Gabe von Thrombozytenkonzentraten

Für die Gabe von Thrombozytenkonzentraten wurden weitere Dosisklassen zur besseren Vergütung von Extremkostenfällen eingerichtet.

### Zusammenfassung und Ausblick

Die DGVS hat über die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie auch im Frühjahr 2016 eine Reihe von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des DRGs-Systems 2017 eingereicht. Erfreulicherweise wurden diese Vorschläge in der Mehrzahl aufgegriffen und führen zu einer verbesserten Abbildung der Gastroenterologie. Insbesondere konnte eine verbesserte Kodierbarkeit komplexer endoskopischer Leistungen und damit eine sachgerechtere Abbildung der Endoskopie erreicht werden.

Trotz der erfreulichen Entwicklung besteht weiterhin Handlungsbedarf.

Materialkosten werden häufig nicht korrekt zugeordnet – vor allem bei neuen Behandlungsmethoden wie z. B. OTSC, selbstexpandierende Stents bei ERCP, ÖGD. Diese sind laut Kalkulationshandbuch einzeln den Fällen zuzuordnen und nicht zu verteilen. Hier sind die Kalkulationshäuser gefordert, die Kostendaten mit geeigneten Werkzeugen (Stichwort: GastroCostCheck auf [www.dgvs.de](http://www.dgvs.de)) zu überprüfen.

Neben der mangelnden Erfassung von Materialkosten ist auch die (oft) fehlende Zuordnung von Personal zur Endoskopie ein Grundproblem, das einer Lösung bedarf.

Bitte beachten Sie aktuell:

**Auch für das Datenjahr 2016 soll noch der DGVS-Leistungskatalog retrospektiv angewandt werden. Dies ist erst dann nicht mehr erforderlich, wenn die ab dem Datenjahr 2017 verpflichtende Zeiterfassung differenzierte Daten liefert.**

Bei Interesse 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 UPDATE's.

Vorsitzender der DGVS-Kommission für medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie  
Prof. Dr. Wolfgang Schepp, München

Projektpartner "inspiring-health GmbH", München  
Dr. Michael Wilke  
Markus Rathmayer  
Dr. Wolfgang Heinlein  
Mike Schenker