



DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten

DRG-Update

-Frühjahr 2018-

Kommission für Medizinische Klassifikation und
Gesundheitsökonomie
der

Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs-
und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
DRG – Diagnosis Related Groups.....	3
Nicht-Endoskopisch	3
Gleichstellung von multiresistenten isolationspflichtigen Erregern und NICHT- multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	3
Messung des Lebervenenverschlussdrucks.....	5
Zwei oder mehr als gecoverte Stents für TIPSS.....	6
Endoskopisch.....	7
Blutstillung mit absorbierenden Substanzen.....	7
Multiple Nekrosektomien und Drainagewechsel bei nekrotisierender Pankreatitis	9
Radiofrequenzablation (RFA) am Rektum.....	10
Magenvarizen	11
OTSC Höhergruppierung nach neuem OPS-Kode.....	13
Zusammenfassung und weiterer Handlungsbedarf	14
Materialkostenzuordnung	14
Personalkostenzuordnung.....	16
Zeiterfassung und Leistungskatalog für das Datenjahr 2017.....	16
Disclaimer.....	18
Autoren	18

Einleitung

Die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie der DGVS entwickelt in enger Abstimmung mit den Kostenträgern, dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) das Entgeltsystem kontinuierlich weiter. In der Folge berichten wir mit diesem Update über die Änderungen bei gastroenterologischen Leistungen im deutschen DRG-System. Aufwertungen bei nicht-endoskopische Leistungen wie isolationspflichtigen Erregern und gecoverte Stents für TIPSS und bei endoskopischen Leistungen wie multiple Nekrosektomien und Einsatz des OTSC am Darm werden detailliert erläutert.

Diese Änderungen wurden durch die Teilnahme der DGVS an den Vorschlagsverfahren von DIMDI und InEK und dem direkten Dialog mit diesen Institutionen erreicht. Die wesentliche Grundlage dafür, dass diese 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 und die Zurverfügungstellung der §21-KHEntgG-Daten aus!

Damit die neuen OPS und ICD Ziffern im G-DRG System entgeltrelevant werden, bittet die DGVS alle Kliniken, Neuerungen in den Bereichen ICD und OPS konsequent zu nutzen. Wir haben bereits im DRG Update vom Herbst 2017 diese Änderungen dargelegt. Wenn die neuen Codes in der Praxis nicht genutzt werden, laufen sie Gefahr, nicht erlösrelevant 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 1.1.2018 in Kraft – siehe (<https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2017/03/DRG-Update-Herbst-2017.pdf>).

Im Folgenden werden die wesentlichen Änderungen in der DRG-Zuordnung und den Erlösen im DRG-System 2018 vorgestellt.

DRG – Diagnosis Related Groups

Nicht-Endoskopisch

Gleichstellung von multiresistenten isolationspflichtigen Erregern und NICHT- multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

Bis zum Jahr 2017 wurden Erreger, die zwar isolationspflichtig aber nicht multiresistent waren (z.B. Clostridium difficile, Norovirus), im DRG-System nicht berücksichtigt. Ziel des Antrags war die Gleichstellung von multiresistenten isolationspflichtigen Erregern und NICHT- multiresistenten isolationspflichtigen Erregern sowie die Einstufung in kostendeckende DRGs.

Nach Etablierung entsprechender OPS-Kodes durch die DGVS für den OPS-Katalog 2016 wurde nun vom InEK der in 2017 gestellte DRG-Antrag umgesetzt.

Damit ergibt sich die deutliche Erlösänderung wie in Abbildung 1 und Abbildung 2 dargestellt.

NICHT- multiresistente isolationspflichtige Erreger: nicht auf spezieller Isoliereinheit



Abbildung 1 Vergütung für Patienten mit nicht-multiresistenter isolationspflichtiger Erreger, die sich nicht auf einer speziellen Isoliereinheit befinden

NICHT- multiresistente isolationspflichtige Erreger: auf spezieller Isoliereinheit

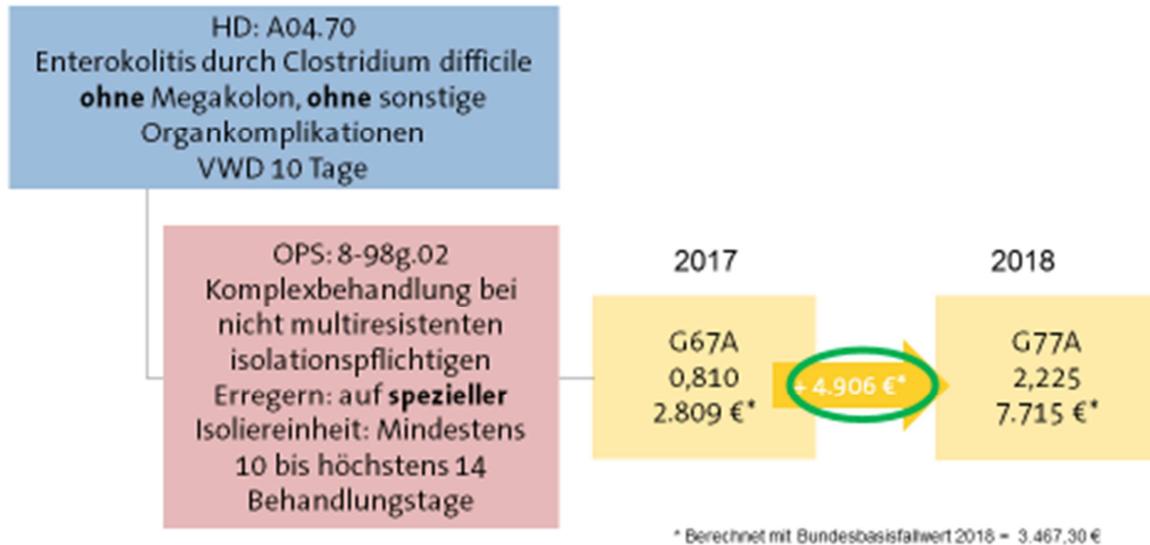


Abbildung 2 Vergütung für Patienten mit nicht-multiresistenter isolationspflichtiger Erreger, die sich auf einer speziellen Isoliereinheit befinden

An diesem Beispiel zeigt sich, wie der konsequente Weg über die Beantragung einer OPS-Ziffer (Komplexbehandlung), korrekt zugewiesenen Kostendaten und zuletzt dem darauf basierenden DRG-Antrag die Erlössituation verbessern kann.

Messung des Lebervenenverschlussdrucks

Der mit dem OPS-Katalog 2016 neu eingeführte OPS-Kode „1-279.b Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Messung des Lebervenenverschlussdruckes“ war bisher nicht gruppierungsrelevant. Wenn keine weiteren relevanten interventionellen oder operativen Maßnahmen erfolgten (z.B. TIPSS-Anlage), wurden Fälle mit diesem OPS-Kode in konservative DRGs eingestuft, z.B. bei der Hauptdiagnose „Leberzirrhose“ in die H62B. In diesen DRGs waren die Fälle nicht sachgerecht vergütet.

Für das DRG-System 2018 wurde der oben genannte OPS-Kode in die Prozedurenliste für endoskopische Eingriffe an den Verdauungsorganen der Basis-DRG H41 aufgenommen. Damit ergibt sich die in Abbildung 3 dargestellte verbesserte Vergütung.

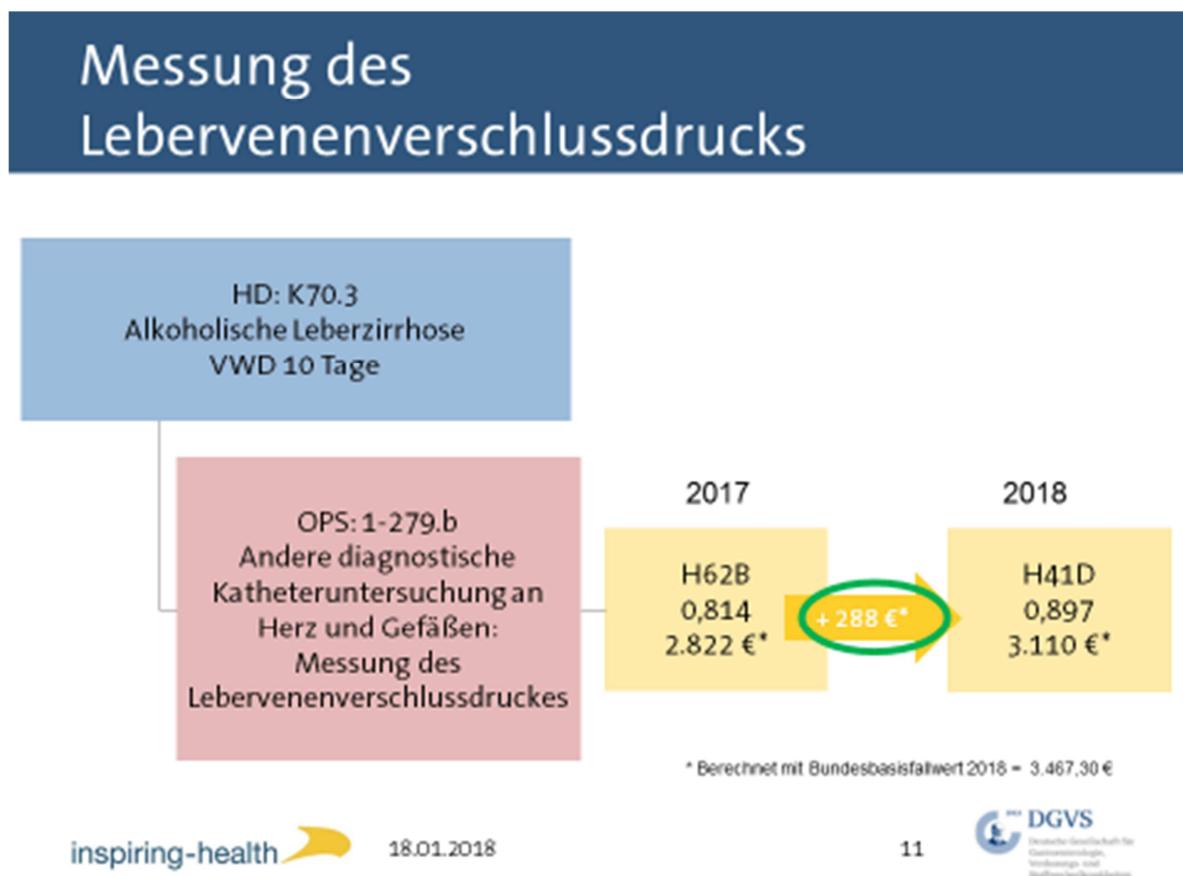


Abbildung 3 Messung des Lebervenenverschlussdrucks

Zwei oder mehr als gecoverte Stents für TIPSS

Um die hohen Kosten für gecoverte TIPSS sachgerecht abzubilden, wurden mehrere Teilanträge gestellt. Für 2018 wurde die Aufwertung von Fällen mit 2 oder mehr gecoverten TIPSS mit PCCL ≤ 3 umgesetzt. Es erfolgt eine Höhergruppierung von der H09C in die H09B.

Anlage von 2 oder mehr gecoverten TIPSS

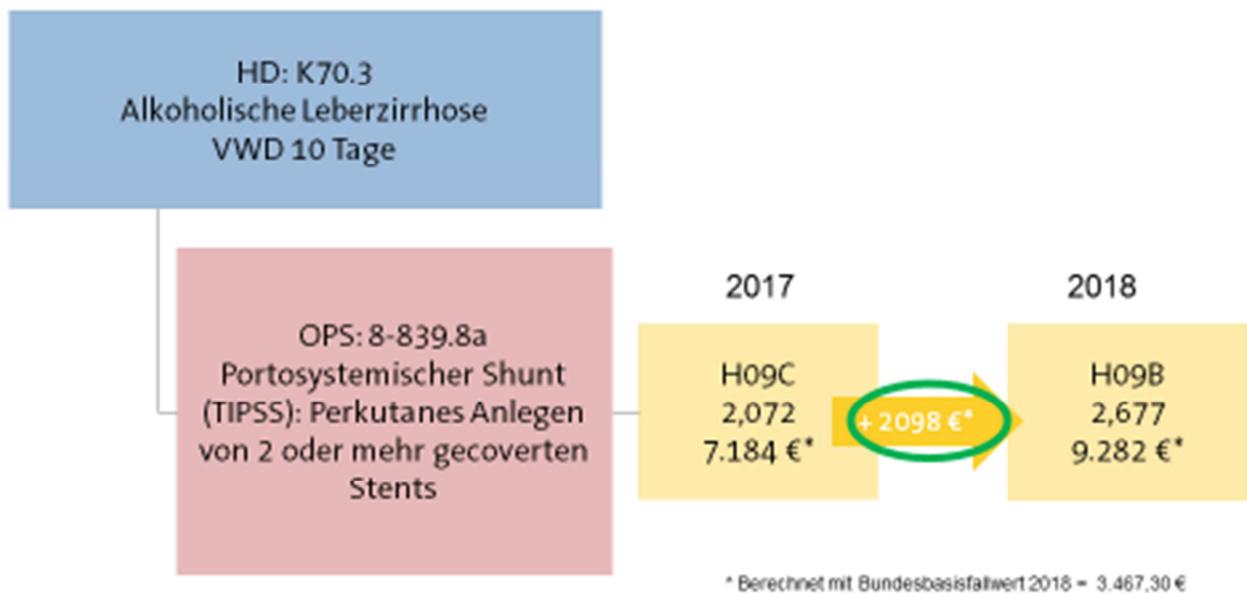


Abbildung 4 Anlage von zwei oder mehr gecoverten Stents für einen TIPSS

Endoskopisch

Blutstillung mit absorbierenden Substanzen

OPS-Kodes für „Blutstillung mit absorbierenden Substanzen“ stehen seit dem OPS-Katalog 2016 zur Verfügung.

OPS	Beschreibung
5-449.t3	Andere Operationen am Magen: Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch
5-429.v	Andere Operationen am Ösophagus: Endoskopische Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen
5-469.t3	Andere Operationen am Darm: Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch
5-489.k	Andere Operation am Rektum: Endoskopische Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen

Für das DRG-System 2018 wurden für die Bereiche Ösophagus, Magen, Darm und Rektum die Gleichstellung der Blutstillung mit absorbierenden Substanzen zur Blutstillung durch Injektion bzw. Clippen beantragt.

Die Verfahren am Ösophagus für Fälle mit PCCL ≥ 3 wurden aufgewertet (siehe Abbildung 5). Dies führte zu einer Verschiebung der weniger komplexen Fälle mit PCCL ≤ 2 in eine niedrigere DRG (siehe Abbildung 6).

Eine Gleichstellung dieses Verfahrens mit Injektion und Clippen erfolgte nicht, da laut InEK zu geringe Fallzahlen oder uneinheitliche Kostendaten vorlagen. Für das DRG-System 2019 werden nach Vorliegen belastbarer Kostendaten entsprechend spezifischere Anträge gestellt.

Blutstillung mit arbsorbierenden Substanzen

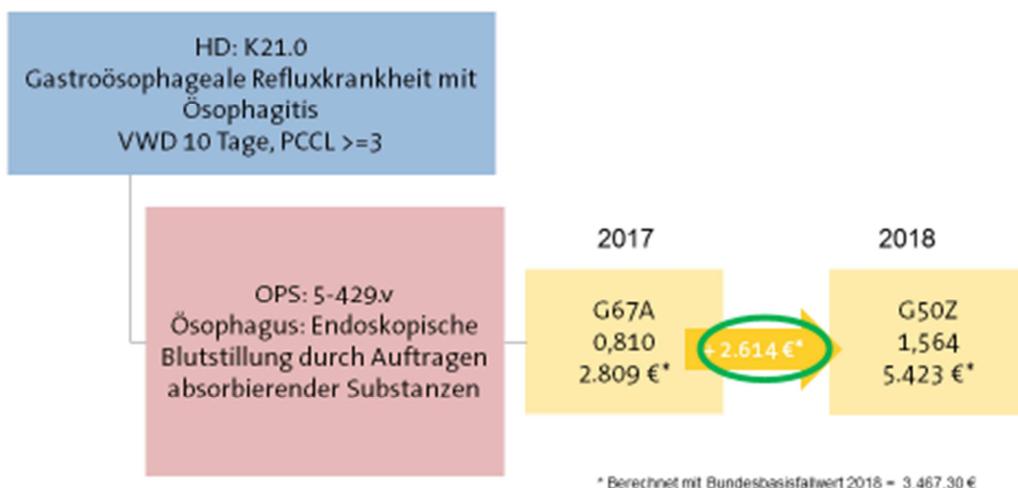


Abbildung 5 Aufwertung für Blutstillung mit absorbierenden Substanzen bei PCCL ≥ 3

Blutstillung mit arbsorbierenden Substanzen

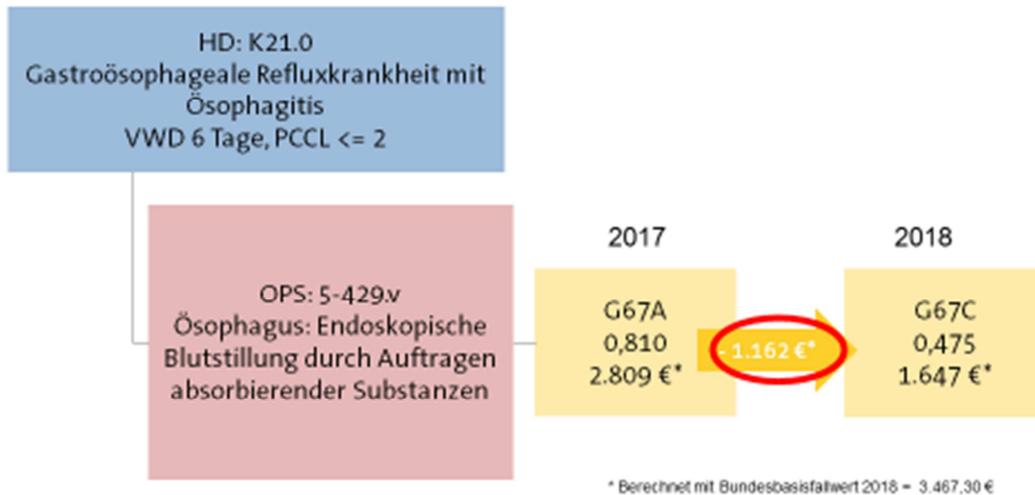


Abbildung 6 Abwertung für Blutstillung mit absorbierenden Substanzen bei PCCL ≤ 2

Multiple Nekrosektomien und Drainagewechsel bei nekrotisierender Pankreatitis

Patienten mit nekrotisierender Pankreatitis und der Notwendigkeit von mehrfachen transgastralen oder transduodenalen Nekrosektomien, die nicht aus anderen Gründen in eine Intensiv-DRG eingruppiert wurden, waren in den DRGs H41C/H41B nicht sachgerecht vergütet. Für 2018 konnten Fälle mit der Hauptdiagnose Pankreatitis mit Organkomplikation und multiplen transgastralen Drainagewechseln bzw. Entfernung von Pankreasnekrosen (mindestens 3 Prozeduren an 3 unterschiedlichen Tagen) in die DRG H41A aufgewertet werden (siehe Abbildung 7 und Abbildung 8).

Multiple Nekrosektomien und Drainagewechsel bei nekrotisierender Pankreatitis

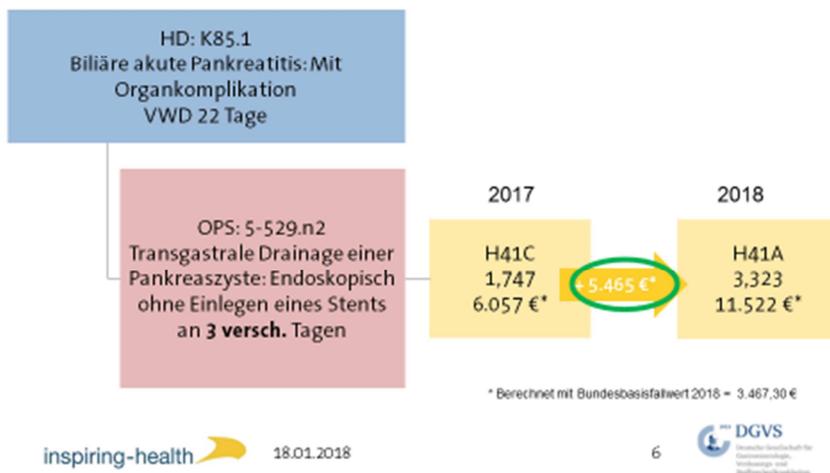


Abbildung 7 Multiple transgastrale Drainagewechsel einer Pankreaszyste ohne Stenteinlage

Multiple Nekrosektomien und Drainagewechsel bei nekrotisierender Pankreatitis

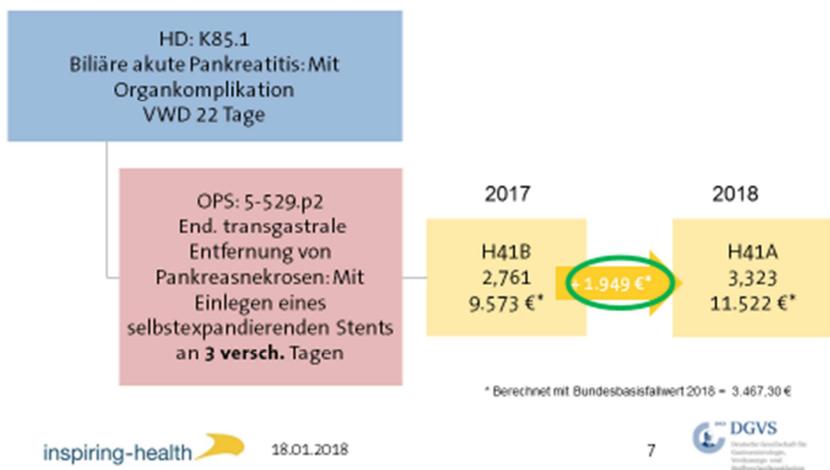


Abbildung 8 Multiple Nekrosektomien mit Einlage eines selbstexpandierenden Stents

Radiofrequenzablation (RFA) am Rektum

Nach mehrfachen Anträgen für ein Zusatzentgelt (ZE) für die RFA am Ösophagus wurde dieses für das DRG-Jahr 2017 vom InEK etabliert. In Anlehnung an dieses ZE wurde für das DRG-System 2018 ein Antrag für ein analoges ZE für die RFA am Rektum gestellt. Diesem Antrag wurde nicht stattgegeben, da laut InEK die Fallzahl zu gering und die Kosten nicht einheitlich waren. Dennoch wurde die RFA am Rektum aufgrund des Antrags in eine besser vergütete DRG eingruppiert. Siehe dazu Abbildung 9.

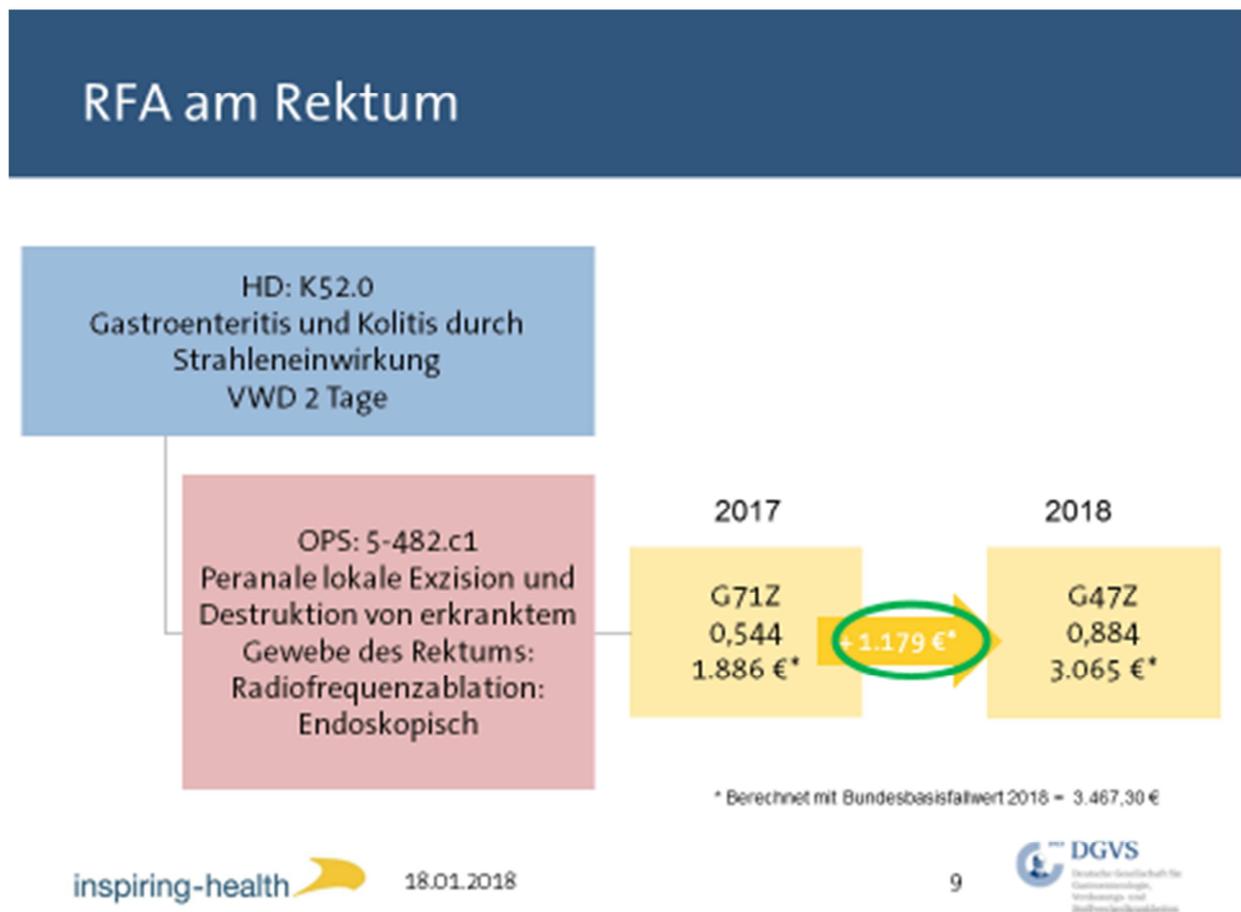


Abbildung 9 RFA am Rektum

Magenvarizen

Die Hauptdiagnose Magenvarizen (I86.4) war bisher der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) zugeordnet. In dieser MDC sind endoskopisch -therapeutische Maßnahmen unzureichend abgebildet. Die Fälle werden dort vorwiegend trotz durchgeführter Interventionen der konservativen Basis-DRG F65 zugewiesen und waren dort nicht sachgerecht vergütet.

Nach Antrag erfolgte eine MDC-übergreifende Hauptdiagnoseverschiebung in die MDC 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) für den ICD-Kode I86.4 und eine Gleichstellung mit den Ösophagusvarizen ohne Blutung (I85.9). Die Fälle ohne Blutung wanderten damit von der F65B in die schlechter vergütete, aber der Gastroenterologie zugeordneten DRG G71Z (siehe Abbildung 10). Für Magenvarizen mit Blutung erfolgte keine Gleichstellung mit Ösophagusvarizen mit Blutung. Trotz Blutstillungsmaßnahmen werden die Fälle nun in die G71Z eingruppiert (siehe Abbildung 11).

Damit ist eine inhaltlich sachgerechtere Zuordnung der Magenvarizen erreicht worden, jedoch hat sich die ökonomische Abbildung verschlechtert. Von Seiten der DGVS wird im Rahmen des Vorschlagsverfahren weiter eine adäquate Vergütung angestrebt werden.

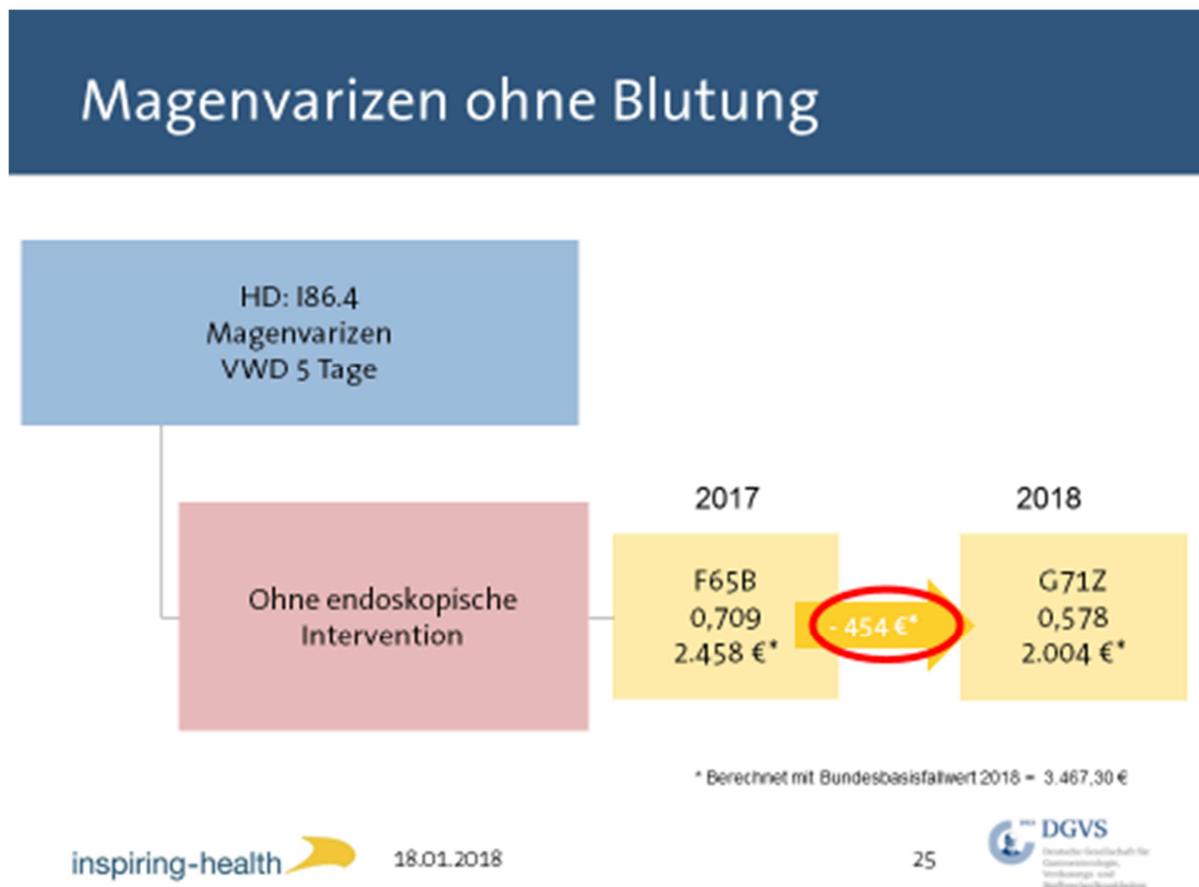


Abbildung 10 Magenvarizen ohne Blutung von F65 nach G71

Magenvarizen mit Blutung

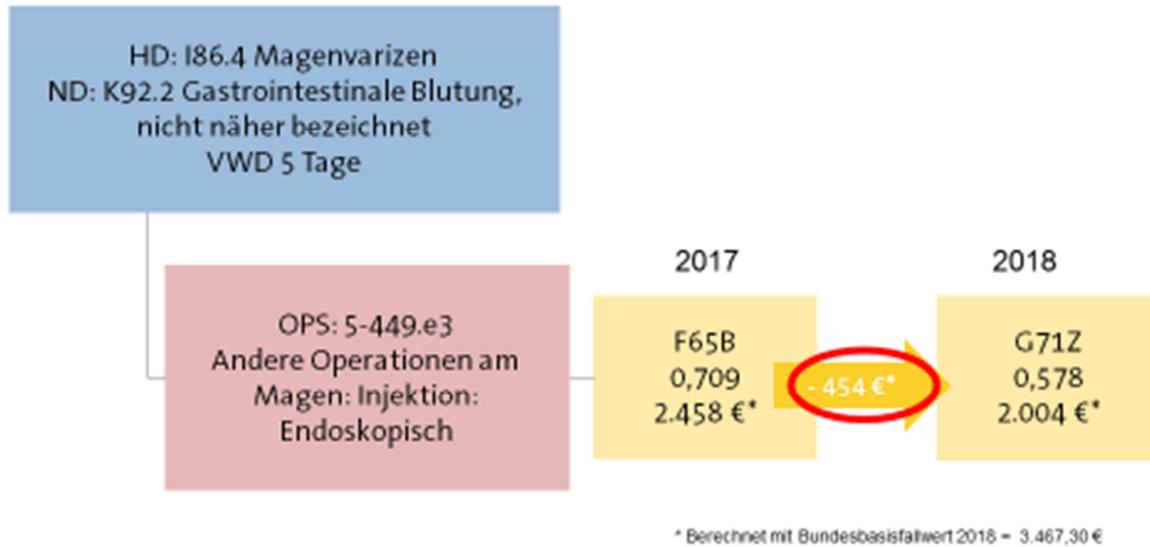


Abbildung 11 Magenvarizen mit Blutung von F65 nach G71

OTSC Höhergruppierung nach neuem OPS-Kode

Mit dem OPS-Katalog 2015 wurden Codes für OTSC-Clips an verschiedenen Lokalisationen eingeführt: Ösophagus, Magen, Darm.

Für das DRG-Jahr 2018 wurden entsprechende Anträge zur Höhergruppierung für dieses Verfahren mit hohen Sachkosten gestellt. Aufgrund der Überleitung vom DIMDI wurden die Fälle bisher nur wie ein „einfaches Clippen“ behandelt und die erhöhten Kosten somit nicht sachgerecht vergütet.

Bisher wurde nur die Höhergruppierung des OTSC am Darm in die DRGs der Basis-DRG G46 bei Vorliegen einer Hauptdiagnose „Schwere Krankheiten der Verdauungsorgane“ umgesetzt (siehe Abbildung 12).

Für die anderen Organabschnitte liegen laut InEK **keine ausreichenden Kostendaten** vor. Dies konnte in den Daten der Kostenstudie der DGVS bestätigt werden. In Abbildung 13 sind die Anteile der Fälle mit Kosten <100 € für ÖGD, Koloskopie und Rektoskopie mit OTSC dargestellt. Diese Fälle könnten falsch kodiert sein. Wahrscheinlicher ist jedoch eine falsche Einzelkostenzuordnung.

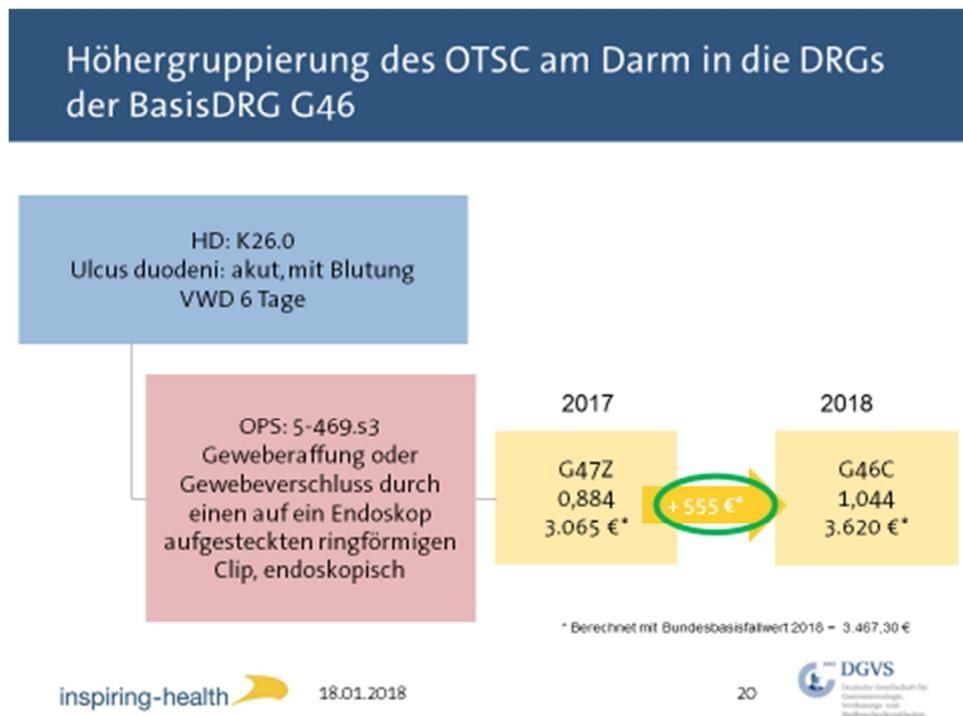


Abbildung 12 Höhergruppierung des OTSC am Darm

Zusammenfassung und weiterer Handlungsbedarf

Die DGVS hat über die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie auch im Frühjahr 2017 eine Reihe von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des DRGs-Systems 2018 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.

Materialkostenzuordnung

Trotz der erfreulichen Entwicklung besteht weiterhin Handlungsbedarf. Aus der Analyse der §21-KHEntgG-Daten wissen wir, dass Materialkosten häufig nicht korrekt dem jeweiligen Abrechnungsfall zugeordnet werden. Dies tritt eklatant vor Augen, wenn bei neuen Behandlungsmethoden wie z.B. OTSC, selbstexpandierende Stents bei ERCP und ÖGD unrealistisch niedrige Verbrauchskosten in den Daten zu finden sind: Die Abbildung 13 und Abbildung 14 zeigen Verfahren, bei denen weniger als 100 € Sachkosten dem Abrechnungsfall zugeordnet sind. Es bleibt nur die Schlussfolgerung, dass diese Fälle entweder falsch kodiert wurden oder eine falsche Sachkostenzuordnung aufweisen. Da ersteres nicht anzunehmen ist, muss eine Sachkostenzuordnung unzureichend erfolgt sein. Diese Sachkosten sind aber laut Kalkulationshandbuch den Fällen einzeln zuzuordnen und nicht auf verschiedene Fälle zu verteilen.

Hier sind die Kalkulationshäuser gefordert, die Kostendaten **vor Abgabe beim InEK** mit geeigneten Werkzeugen (Stichwort: GastroCostCheck auf <https://www.dgvs.de/fokus-gastroenterologie/drg-projekt/prueftool-gastrocostcheck/>) zu überprüfen, damit eine korrekte Sachkostenzuordnung erreicht werden kann. Eine korrekte Sachkostenzuordnung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine Zuordnung des Falles zu einer auskömmlichen DRG.

Leistungen mit potentiell zu niedrigen Implantatkosten (8.5)

Leistungsgruppen	Kosten < 100€	Gesamtanzahl	%
10_ÖGD	949	1256	28%
ÖGD mit >1 selbstexpandierender Prothese Ösophagus/Magen/Duodenum	7	28	25%
ÖGD mit 1 selbstexpandierender Prothese Ösophagus/Magen/Duodenum	79	555	14%
ÖGD mit einer transgastralen Nekrosektomie	103	357	29%
ÖGD mit OTSC	153	239	64%
ÖGD mit selbstexpandierender/n Prothese/n Ösophagus/Magen/Duodenum mit Bou	7	77	9%
20_ERCP	48	684	7%
ERCP mit >1 selbstexpand. Prothese Galle/Pankreas	1	14	7%
ERCP mit 1 selbstexpand. Prothese Galle/Pankreas	41	525	8%
ERCP mit selbstexpandierende Prothese/n Galle/Pankreas mit Bougieurung, Dilatation	6	145	4%
30_PTCD	216	298	72%
PTCD bzw. PTC mit selbstexpandierender/n bzw. nicht selbstexpandierender/n Proth	177	233	76%
PTCD bzw. PTC mit selbstexpandierender/n bzw. nicht selbstexpandierender/n Proth	39	65	60%
60_KOLO	46	259	18%
Rekto-/Sigmoideoskopie mit 1 selbstexpandierenden Prothese	21	209	10%
Rekto-/Sigmoideoskopie mit OTSC	25	47	53%
Rekto-/Sigmoideoskopie mit selbstexpandierender Prothese/n und Bougieurung, Dilatation etc.		3	0%
62_KOLO	131	187	70%
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit 1 selbstexpandierenden Prothese	1	29	3%
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit OTSC	130	157	83%
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit selbstexpandierender Prothese/n un	0	1	0%
Gesamtergebnis	790	2684	29%

inspiring-health 18.01.2018

18



Abbildung 13 Leistungen mit potentiell zu niedrigen Implantatkosten (8.5)

Leistungen mit potentiell zu niedrigen Verbrauchsmittelkosten (8.6b)

Leistungsgruppen	Kosten < 100€	Gesamtanzahl	%
10_ÖGD	228	925	25%
ÖGD mit einer transgastralen Nekrosektomie	67	357	19%
ÖGD mit ESD	20	210	10%
ÖGD mit OTSC	118	239	49%
ÖGD mit POEM	12	39	31%
ÖGD mit RFA	11	80	14%
20_ERCP	25	389	6%
Cholangioskopie/Pankreatoskopie	23	381	6%
ERCP mit RFA ODER PDT	2	8	25%
40_INTESTINO	219	392	56%
Intestinoskopie mit Push-Technik mit EMR ODER Exzision	219	392	56%
45_Spezial	129	1268	10%
Kapselendoskopie (Anlage und Auswertung)	129	1268	10%
60_KOLO	163	211	77%
Rekto-/Sigmoideoskopie mit ESD	142	164	87%
Rekto-/Sigmoideoskopie mit OTSC	21	47	45%
62_KOLO	120	254	47%
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit ESD	8	97	8%
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit OTSC	112	157	71%
30_PTCD	0	1	0%
PTCD bzw. PTC mit Destruktion (RFA, photodynamische T	0	1	0%
Gesamtergebnis	884	3440	26%



Abbildung 14 Leistungen mit potentiell zu niedrigen Verbrauchsmittelkosten (8.6b)

Personalkostenzuordnung

Wichtigster Input zur Personalkostenzuordnung ist die Zuordnung von Personal zur Endoskopie und zur Station. 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.

Daher ist es wichtig, dass die Chefärzte jährlich mit ihrem Controlling die Personalzuordnung zur Endoskopie prüfen.

Zeiterfassung und Leistungskatalog für das Datenjahr 2017

Seit dem 1.1.2017 ist die Zeiterfassung der Tätigkeiten 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 2017 noch den DGVS-Leistungskatalog retrospektiv anwenden. Dies ist erst dann nicht mehr erforderlich, wenn die verpflichtende Zeiterfassung differenzierte Daten liefert.

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: <http://www.dgvs.de/leitlinien/qualitaetsanforderungen-in-der-gastrointestinalen-endoskopie/>.

Für die InEK Kalkulation müssen wie im Bereich Chirurgie und Anästhesie bereits üblich mindestens folgende Parameter zum Personal erfasst werden (siehe dazu Abbildung 15):

1. Schnitt-Naht-Zeiten, sprich „erstes Gerät rein – letztes Gerät raus“ (E2 und E4)
2. Gleichzeitigkeitsfaktor, sprich „wie viele Ärzte legen am Patienten Hand an“

Das Diagramm zeigt den zeitlichen Ablauf einer Endoskopie in sechs Phasen (E1 bis E6) und die Zuordnung von Personal zu diesen Phasen. Die Phasen sind:

- E1: Patient im Untersuchungsraum
- E2: Beginn Endoskopie
- E3: Beginn Rückzug Endoskop (KOLO)
- E4: Ende Endoskopie
- E5: Patient verlässt Untersuchungsraum
- E6: Patient verlässt Aufwachraum

Die Phasen sind in vier Hauptbereiche unterteilt:

- Vorbereitung (E1 bis E2)
- Intra-endoskopisch (E2 bis E4)
- Nachbereitung (E4 bis E5)
- AWR (E5 bis E6)

Die Personalzuordnung ist in einer Tabelle dargestellt, die die verschiedenen Rollen und die Anzahl der Mitarbeiter pro Phase zeigt. Die Rollen sind:

- US-Arzt
- Ass. A1
- Ass. A2
- Sed. A
- Pflege 1
- Pflege 2
- Pflege 3
- Ana A
- Ana P

Die Tabelle zeigt die Anzahl der Mitarbeiter pro Phase (E1 bis E6) und die Anzahl der Mitarbeiter pro Rolle (US-Arzt bis Ana P). Die Anzahl der Mitarbeiter pro Phase ist durch die Größe der Zellen und die Anzahl der Kreise (O) und Kreuzen (X) dargestellt.

Abbildung 15 Referenzimplementierung der Zeiterfassung in der Endoskopie mit Erfassung aller Mitwirkenden an der Untersuchung (GZF) mit ihrer Personalbindungszeit (mindestens E2 und E4)

Es taucht immer wieder die Frage auf, wie auszubildende Personen zu dokumentieren sind:

1. Wer am Patienten „Hand anlegt“, wird über den Gleichzeitigkeitsfaktor dem Fall zugerechnet.
2. Ausbildungspersonal, das „keine Hand anlegt“ geht nicht verloren, sondern geht über die Zuordnung zur Endoskopie in die Gesamtkosten ein und verstärkt somit die Spreizung.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die DGVS-Kommission über drq@dgvs.de oder direkt an den Projektpartner inspiring-health GmbH über 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

Projektpartner:
Markus Rathmayer, inspiring-health GmbH, München
Dr. Wolfgang Heinlein, inspiring-health GmbH, München
Dr. Martin Braun, Dr. Martin Braun GmbH, Mannheim