

VOM CODE ZUR RECHNUNG

KURZER LEITFADEN ZUM DRG-SYSTEM

Dr. med. Harald Brost

Medizinisches Controlling

Universitätsklinikum Aachen

Ausgabe 2010

(7. Auflage)

INHALT

VORWORT	3
POLITIK/HISTORIE.....	4
GRUNDLAGEN DER DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRGS) ..	7
STRUKTUR DES DRG-SYSTEMS.....	7
SYSTEMATIK DER DRGS	12
ABRECHNUNG IM DRG-SYSTEM	14
BASISFALLWERT - RELATIVGEWICHT	14
CASEMIX INDEX.....	16
ZUSATZENTGELTE	18
KODIERQUALITÄT	19
FREIGABEMODUS FÜR VERSCHLÜSSELTE FÄLLE	23
ANHANG	24
MITARBEITER DES GESCHÄFTSBEREICHES MEDIZINCONTROLLING	24
POTENTIELL DRG-RELEVANTE DIAGNOSEN UND PROZEDUREN,	27
INTERNET-ADRESSEN.....	28
GLOSSAR.....	29

VORWORT

Die Umstellung der stationären Abrechnung auf DRGs führt im Krankenhaus zu tiefgreifenden Änderungen der Behandlungsabläufe und Strukturen. Diese Veränderungen mit der Absicht einer Kosteneinsparung sind das ausdrückliche gesundheitspolitische Ziel. Seit ihrer Einführung in den USA im Jahr 1983 haben sich DRGs international etabliert, denn durch sie können unterschiedliche Behandlungsfälle hinsichtlich ihres medizinischen Schweregrades und ihres ökonomischen Aufwandes mit einer zuvor nicht gekannten Genauigkeit bewertet werden.

Mangels eigener deutscher Erfahrungen und wegen des großen Reformdrucks, beschlossen die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums im Juni 2000, das australische DRG-System, als das zu dem damaligen Zeitpunkt weltweit modernste DRG-System, für Deutschland zu übernehmen. In vielen Einzelschritten wurde das australische DRG-System an die deutschen Verhältnisse angepasst und schließlich in ein deutsches DRG-System überführt. Weitere Modifikationen des Systems werden, wie gesetzlich vorgesehen, im jährlichen Turnus durch das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg) vorgenommen.

DRG-Systeme sind inzwischen so komplex geworden, dass man sich längere Zeit mit ihnen befassen muss, um ihre innere Struktur und Logik zu verstehen. Vor einfachen Betrachtungsweisen oder vorschnellen Urteilen sei ausdrücklich gewarnt! Der vorliegende Leitfaden soll dem Leser eine kurze Einführung in die Systematik des DRG-Systems geben und ermuntern, sich näher mit DRGs zu befassen, da die DRGs ein wichtiger und dauerhafter Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems bleiben werden.

Prof. Dr. med. Walter Behrendt, Leiter des Medizinischen Controllings

Warum wurde ein Fallgruppensystem in Deutschland eingeführt?

Der Grundstein für die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) wurde im Gesundheitsreformgesetz 2000 gelegt. Es wurde beschlossen, dass „für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ einzuführen ist (§17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).

Im März 2002 wurde das **Fallpauschalengesetz** verabschiedet, das die Abrechnung aller stationärer und teilstationärer Leistungen nach Fallpauschalen regelt. Das Uniklinikum Aachen rechnet seit dem 1.5.2003 nach DRG ab. Nach einer „Konvergenzphase“ sollen ab dem Jahr 2011 landesweit einheitliche Preise für gleiche Krankenhausleistungen gelten.

Daneben enthält das Fallpauschalengesetz folgende Eckpunkte:

- Es wurden **Zuschläge** für bestimmte Krankenhäuser vereinbart, u.a. für die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten. Auch für Notfallversorgung, Aufnahme von Begleitpersonen, Finanzierung von Ausbildungsstätten und die Einführung innovativer Verfahren in Diagnostik und Therapie können Zuschläge berechnet werden.
- Krankenhäuser sind künftig verpflichtet, **Qualitätsberichte** zu erstellen. Seit dem Jahr 2005 werden diese Berichte im Internet veröffentlicht. Damit soll eine Transparenz geschaffen werden, die dem Patienten und dem einweisenden Arzt die Suche nach dem geeigneten Krankenhaus erleichtert.
- Die Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (**MDK**)

wird gestärkt, indem Stichprobenprüfungen aktueller und abgeschlossener Fälle ermöglicht werden.

- Der Umfang der **Zusatzentgelte** für kostspielige Therapien (z.B. Dialysen, Blutprodukte, Chemotherapie, teure Medikamente, beschichtete Stents uvam.) wurde mit den jährlichen Anpassungen des DRG-Systems deutlich erweitert.
- Hinzukommt eine steigende Zahl von „**Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**“ (**NUB**), die von den Kliniken beantragt und ebenfalls zusätzlich zu den DRGs abgerechnet werden können.

Die Mutter aller DRG-Systeme stammt aus den USA. Ausgehend von dem im Jahr 1977 an der Yale University entwickelten Model entstanden Fallgruppensysteme, die an die Eigenarten der Gesundheitssysteme verschiedener Länder adaptiert wurden. Der Ursprung des deutschen DRG-Systems (G-DRG) liegt in der australischen Systematik (AR-DRG), die an die Gegebenheiten der deutschen Krankenhauslandschaft angepasst wurde. Seit 2002 wird das G-DRG-System jährlich aktualisiert.

Die Einführung der DRGs hatte ausdrücklich die **Kostendämpfung** im Krankenhaussektor zum Ziel. Dies soll über einen „effizienten Ressourceneinsatz“ und vor allem über die Senkung der Behandlungszeiten erreicht werden. So sank die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern von 12,5 Tagen im Jahr 1993 auf 8,1 Tage in 2008. Trotz dieser Absenkung der Verweildauer liegt sie aber immer noch um mehrere Tage höher als in vielen anderen europäischen Ländern. (Im UKA liegt die Verweildauer zurzeit bei 7,2 Tagen [Mai 2010].)

Die DRGs schaffen eine bisher nicht gekannte Transparenz der Leistungen im medizinischen und wirtschaftlichen Bereich. Diese Transparenz ermöglicht erstmals einen Leistungsvergleich verschiedener Krankenhäuser, ja sogar auf Fachabteilungsebene (Benchmarking). Das UKA nimmt zur Zeit an Benchmarking-Projekten auf regionaler Ebene („*Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region*“) und auf Ebene der deutschen Universitätsklinika teil.

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren – anders als in anderen Ländern – eine ärztliche Aufgabe ist. Nach Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit ist „*eine fristgerechte Einführung des Fallpauschalengesetzes möglich*“ und „*die Einführung des Fallpauschalengesetzes muss keinesfalls ... zur Erhöhung des Aufwandes für die Krankenhäuser führen*“ (Information des Bundesministeriums für Gesundheit vom 26. März 2002). Dennoch werden in einer wachsenden Zahl von Krankenhäusern Kodierfachkräfte eingesetzt, die die Ärzte entlasten und die Kodierqualität steigern sollen.

GRUNDLAGEN DER DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRGS)

Wie funktioniert das DRG-System?

Mit der Einführung des DRG-Systems gelten Fallpauschalen für alle stationären Krankenhausfälle (mit Ausnahme der psychiatrischen Fächer und der Palliativmedizin). Die Krankenhausfälle werden nicht mehr nach Pflegetagen abgerechnet. Vielmehr wurden Fallgruppen gebildet, die auf medizinischen und demographischen Daten beruhen und sich im Ressourcenverbrauch, also den Kosten, unterscheiden.

STRUKTUR DES DRG-SYSTEMS

Mit Hilfe der DRGs werden stationäre Behandlungsfälle in Fallgruppen zusammengefasst, die einen ähnlichen **Kostenaufwand** haben. Weil das DRG-System regelmäßig an die Krankenhauswirklichkeit angepasst wird, d.h. Fallgruppen gestrichen werden und andere neu dazu kommen, ändern sich Anzahl und Bewertung der DRGs von Jahr zu Jahr. Mit den Anpassungen wird versucht, eine möglichst aufwandsgerechte ökonomische Bewertung der Krankenhausfälle zu erreichen.

In den letzten Jahren ist die Anzahl der Fallgruppen kontinuierlich gestiegen. Das G-DRG-System des Jahres 2010 definiert 1200 Fallgruppen, davon 41 Krankenhaus individuell bepreiste und 5 teilstationäre.

Entscheidend für die Einsortierung in die DRGs sind:

- Hauptdiagnose (HD)
- Nebendiagnosen (ND)

- Operationen und andere Prozeduren
- Weitere, den Aufwand der Behandlung beschreibende Faktoren (z.B. Alter, Beatmungsdauer, Aufwand bei Intensivaufenthalten Geburtsgewicht, Schwangerschaftsdauer etc.)

Diagnosen und Operationen/Prozeduren werden mit Hilfe von Codes erfasst, die in Katalogen (**ICD-10** und **OPS**) zusammengestellt sind. Die Verschlüsselung ist die Arbeit, die der behandelnde Arzt auf der Station oder im Op. (nach den Vorgaben des Gesetzgebers) zu erledigen hat.

Um die Verschlüsselung zu erleichtern und eine Basis für ein korrektes Kodieren zu schaffen, wurden verbindliche **Kodierrichtlinien (DKR = Deutsche Kodierrichtlinien)** zusammengestellt, die wie die ICD- und OPS-Kataloge jährlich aktualisiert werden. Viele Fachgesellschaften haben fachspezifische Empfehlungen zur Kodierung zusammengestellt, die auf den DKR beruhen.

Wie erfolgt - ausgehend von den verschlüsselten Diagnosen und Prozeduren sowie anderen Informationen - die Einteilung in die zugehörige Fallgruppe?

Nachdem die Daten eines Patienten vollständig erfasst und die Diagnosen und Prozeduren verschlüsselt sind, sucht die Software (der „Grouper“) nach einem festgelegten Algorithmus die entsprechende DRG. Mittlerweile spielt eine Vielzahl von Informationen für die Eingruppierung eine Rolle, wodurch das ganze System sehr komplex wird:

1. **Hauptdiagnose**

Die Hauptdiagnose bewirkt die Zuordnung des Behandlungsfalles in eine „**Major Diagnostic Category**“ (**MDC**). Die Einteilung in die MDCs erfolgt meist organbezogen. So bezeichnet z.B. der Buch-

stabe „B“ die MDC-Gruppe Nervensystem, der Buchstabe „F“ das Herzkreislaufsystem.

2. **Nebendiagnosen**

Jeder Nebendiagnose wird im DRG-System eine Schweregradstufe zugewiesen („**CCL** = complication and comorbidity level“). Der Grouper errechnet aus dem kumulativen Effekt der Komplikationen und Komorbiditäten den **patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL)**. Es werden fünf PCCL-Stufen unterschieden (von 0 = keine CC bis 4 = äußerst schwere CC)

3. **Prozeduren**

Die verschlüsselten Prozeduren entscheiden über die Eingruppierung in „operative“, „medizinische“ oder „andere“ DRGs. Bestimmte Prozeduren bestimmen unabhängig von Diagnosen die Fallgruppe.

4. **Komplizierende Konstellationen**

Zur besseren Abbildung von aufwändigen Konstellationen werden bestimmte „Komplizierende Konstellationen“ (Diagnosen und/oder Prozeduren) besonders gewichtet.

5. **Mehrzeitigkeit von Operationen**

Seit 2007 gibt es DRGs, bei denen die Mehrzeitigkeit von Eingriffen das entscheidende Kriterium ist („mehrzeitige komplexe OR-Prozedur ...“).

6. **Mehrfacheingriffe**

Auch Eingriffe an mehreren Lokalisationen (z.B. linkes und rechtes Knie) werden bei einigen DRGs berücksichtigt. Im Jahr 2009 wurde die neue Funktion „Multiviszeraleingriff“ (mindestens zwei Eingriffe an unterschiedlichen Organen) eingeführt.

7. **Beatmungsstunden**

Die Anzahl der Beatmungsstunden bestimmt die Zuordnung zu verschiedenen „Beatmungs-DRG“ (z.B. Prä-MDC).

8. **Verweildauer**

In zunehmendem Maße entscheidet auch die Verweildauer über die Eingruppierung. So gibt es derzeit 19 explizite „Ein-Belegungstag-DRG“ (Bsp.: DRG B70I, „*Apoplexie, ein Belegungstag*“).

9. **Altersplit**

Auch das Alter des Patienten spielt bei einer zunehmenden Anzahl (meist pädiatrischer) DRGs eine Rolle.

10. **Intensivmedizinische Komplexbehandlung**

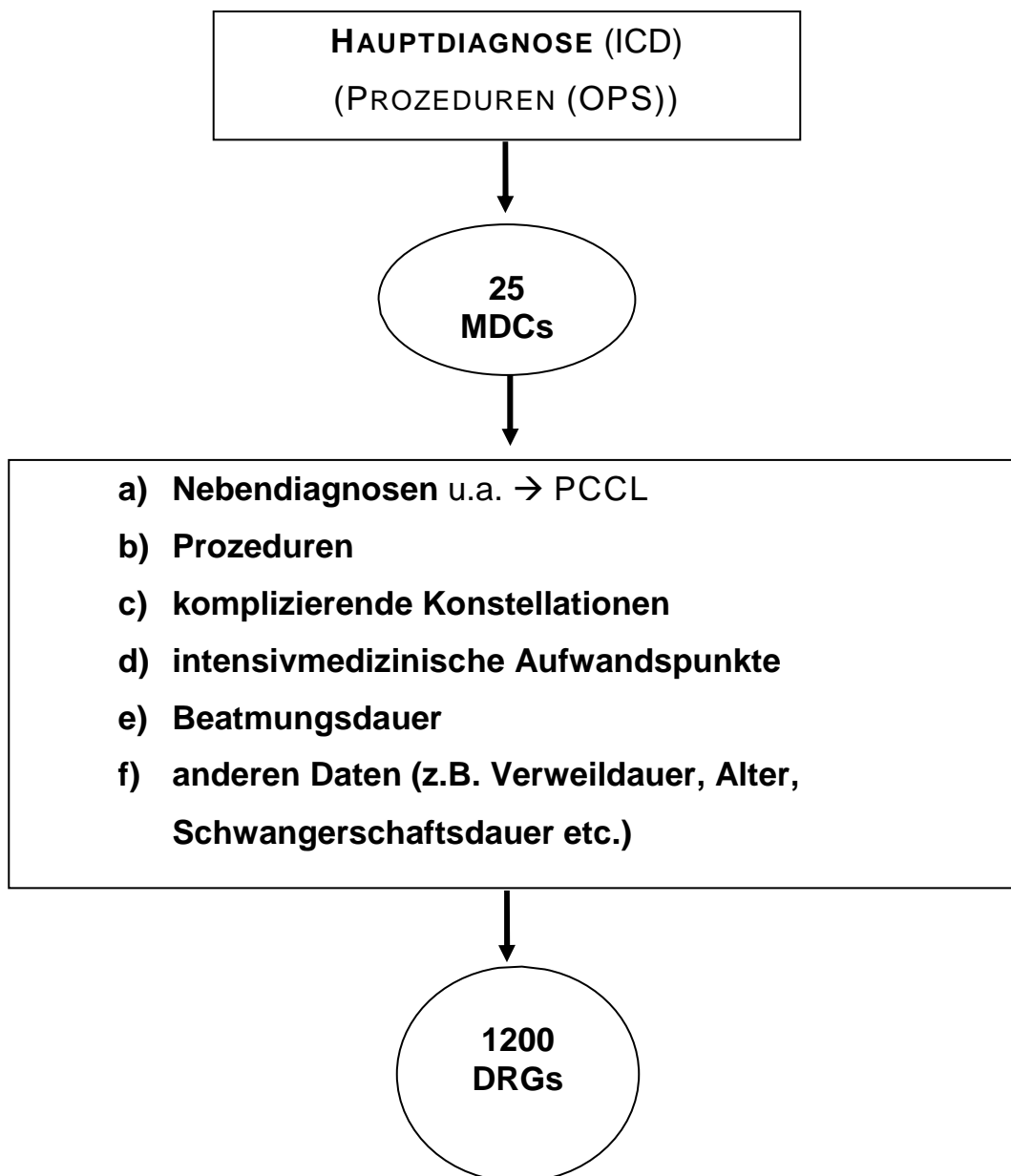
Die Erfassung der TISS- und SAPS-Scores, die den Aufwand einer intensivmedizinischen Behandlung widerspiegeln, determiniert eine Gruppe von („teuren“) Fallgruppen.

11. **Andere Komplexbehandlungen**

Unter genau definierten Bedingungen (beteiligte Fachabteilungen, Kontrollintervalle, apparative Voraussetzungen etc.) können andere Komplexbehandlungen verschlüsselt werden, die Schweregrad steigernd sein können (z.B. neurologische Komplexbehandlung).

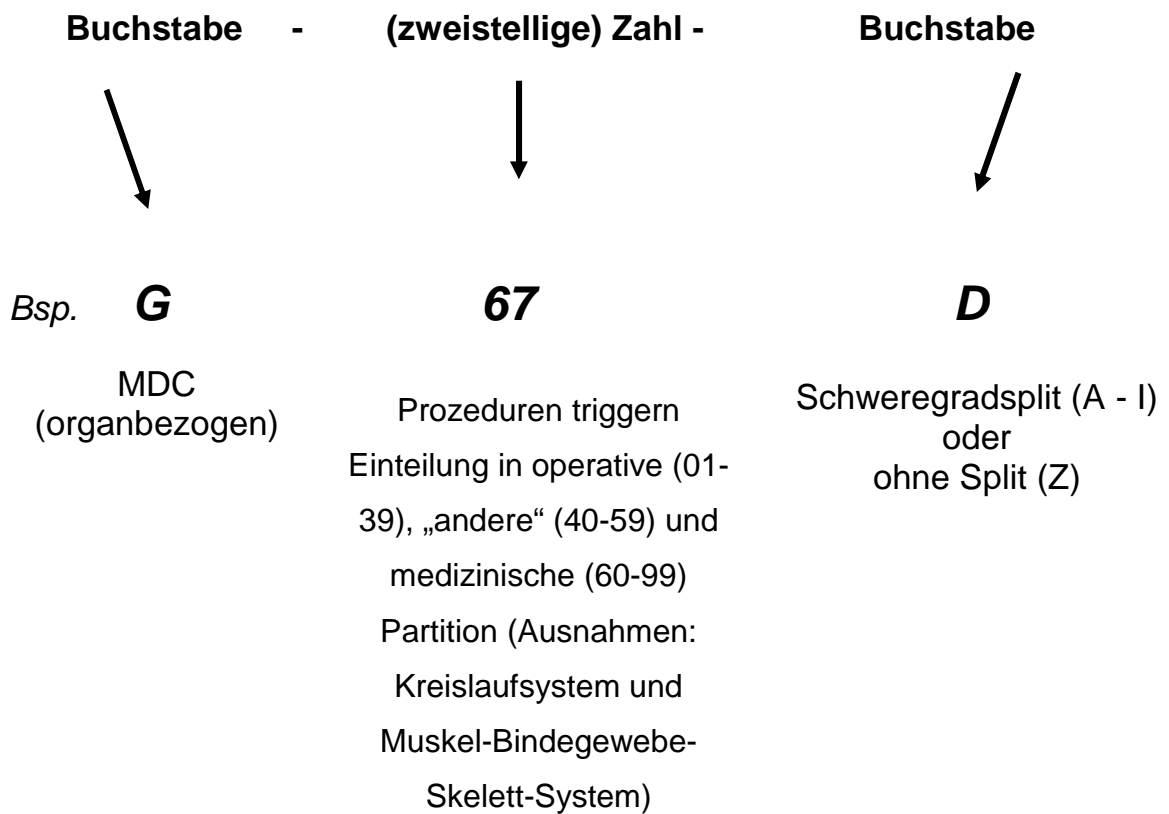
Aus allen diesen Informationen errechnet der Grouper die richtige DRG. Bei manchen DRGs schlägt sich der individuelle Schweregrad („PCCL = patient clinical complexity level“) in einer Differenzierung nieder, dem sogenannten Schweregradsplit (Bsp.: DRG P67A, P67B, P67C, P67D). Andere Fallgruppen werden allein durch Hauptdiagnose, Prozedur oder andere Informationen festgelegt.

Schematische Darstellung von der Verschlüsselung zur DRG:



SYSTEMATIK DER DRGS

Jede einzelne Fallgruppe wird durch einen vierstelligen Code charakterisiert. Trotz der Überarbeitungen der letzten Jahre ist die Unterscheidung der Fallgruppen nach Organsystemen und – bei einigen DRGs – nach Schweregrad geblieben:



J	11	A
Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut oder Mamma		<u>mit</u> komplizierender Diagnose oder bei Para-/ Tetraplegie
<hr/>		
J	11	B
Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut oder Mamma		<u>ohne</u> komplizierende Diagnose <u>außer</u> bei Para-/ Tetraplegie <u>mit</u> mäßig komplexer Prozedur
<hr/>		
J	11	C
Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut oder Mamma		<u>ohne</u> komplizierende Diagnose <u>außer</u> bei Para-/ Tetraplegie <u>ohne</u> mäßig komplexe Prozedur

J	01	Z
Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankungen der Haut, Unterhaut oder Mamma		

ABRECHNUNG IM DRG-SYSTEM

Wie wird mit Hilfe des DRG-Systems abgerechnet?

BASISFALLWERT - RELATIVGEWICHT

Der Erlös eines Krankhausfalles wird im DRG-System aus dem Basisfallwert („Baserate“) und dem Relativgewicht berechnet. Jährlich kalkuliert das *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)* aus den Kostendaten von über 300 Krankenhäusern (sog. Kalkulationsdaten) für jede DRG ein **Relativgewicht**.

So hat in der G-DRG Version 2010 die Fallgruppe G22C („*Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre*“) ein Relativgewicht von 1,050, die „*Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre*“ (A05A) dagegen ein Relativgewicht von 40,002. Das bedeutet, dass die durchschnittlichen Kosten einer Herztransplantation mit Langzeitbeatmung 40-mal höher sind als bei der o.g. Appendektomie. Die Relativgewichte spiegeln also den ökonomischen Aufwand der unterschiedlichen Fallgruppen wider.

Weitere Beispiele:

DRG	Text	Relativgewicht
F60B	<i>Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC</i>	0,941
I46B	<i>Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne allogene Knochentransplantation</i>	2,581
J01Z	<i>Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankungen der Haut, Unterhaut und Mamma</i>	4,566

Der **Basisfallwert** wurde bei den jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern individuell festgelegt. Er entspricht dem wirtschaftlichen Aufwand eines Falles mit dem Relativgewicht von 1.

Ab dem Jahr 2009 gilt in jedem Bundesland ein einheitlicher Basisfallwert, der für alle Krankenhäuser verbindlich ist. Dieser Landesbasisfallwert soll schrittweise in einen bundeseinheitlichen Basisfallwert überführt werden. Der Landesbasisfallwert für Nordrhein Westfalen beträgt im Jahr 2010 2895€, der Bundesbasisfallwert zurzeit 2935,78€.

Wie bereits erwähnt, berechnet sich der **Erlös** einer DRG aus der Multiplikation des Basisfallwertes mit dem Relativgewicht. Für den Basisfallwert von 2895 € ergibt sich für eine Appendektomie (G22C) ein Erlös von 3035,79 €:

$$\begin{array}{rcccccc} 2895 \text{ €} & & \times & & 1,05 & & = & & 3035,79 \text{ €} \\ \text{(Basisfallwert)} & & \times & & \text{(Relativgewicht)} & & = & & \text{(Erlös)} \end{array}$$

Für jede DRG wurde aus den Kalkulationsdaten eine untere und eine obere Grenzverweildauer ermittelt. Bei einer Behandlungsdauer innerhalb dieser Zeitspanne wird der volle DRG-Erlös fällig. Wird ein Patient vor Erreichen der **Unteren Grenzverweildauer (UGVD)** aus dem Krankenhaus entlassen, so wird der DRG-Erlös um einen Abschlag vermindert. Analog erhöht sich der DRG-Erlös bei Überschreiten der **Oberen Grenzverweildauer (OGVD)** um einen Zuschlagsbetrag. Pauschal kann man sagen, dass weder die Unterschreitung der UGVD noch die Überschreitung der OGVD ökonomisch günstig sind.

Mittlerweile hinterfragt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Gründe für eine Überschreitung der Oberen Grenzverweildauer ganz genau. In anderen Fällen wird versucht, die Verweildauer unter die Untere Grenzverweildauer „zu drücken“. Nur eine gute Dokumentation in der Patientenakte, die die Notwendigkeit der stationären Behandlung Tag für Tag belegt, hat vor den MDK-Prüfungen Bestand! Andererseits sollte es durch eine intelligente Planung der stationären Abläufe vielfach gelingen, ein Überschreiten der OGVD und ein Unterschreiten der UGVD zu vermeiden.

CASEMIX INDEX

Für die Berechnung des wirtschaftlichen Erlöses und die Darstellung der medizinischen Leistungsfähigkeit einer Abteilung oder eines Krankenhauses spielt der „**Casemix Index**“ (CMI) eine herausragende Rolle. Er errechnet sich aus der Summe aller Relativgewichte eines Krankenhauses (oder einer Abteilung) geteilt durch die Fallzahl:

$$**CMI = \sum \text{Relativgewichte} : \text{Fallzahl}**$$

Beispiel eines fiktiven Krankenhauses:

Fall	Diagnosen	DRG	Relativgewicht
1	<i>Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre</i>	A05A	40,002
2	<i>Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre</i>	G22C	1,050
3	<i>Apoplexie, ein Belegungstag</i>	B70I	0,295
Summe Relativgewichte			41,347
Fallzahl			3
CMI			13,782
<small>(41,347 : 3 = 13,782)</small>			

Der CMI ist ein Maß für die durchschnittliche Schwere der Krankheitsfälle eines Krankenhauses oder einer Abteilung und kann somit zum Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäuser oder Abteilungen herangezogen werden.

Der DRG-Erlös eines Krankenhauses/einer Abteilung lässt sich bestimmen, indem man den Casemix Index mit der Fallzahl und dem Basisfallwert multipliziert:

$$\text{DRG-ERLÖS} = \text{CMI} \times \text{Fallzahl} \times \text{Basisfallwert}$$

Beispiel:

Szenario	CMI	Fallzahl	Basisfallwert	Budget
1	1,5	50.000	3.000 €	225.000.000 €
2	1,0	50.000	3.000 €	150.000.000 €

Aus dem Beispiel wird die Bedeutung des Casemix Index für die Leistungsbeurteilung deutlich. Wenn der CMI eines (fiktiven) kleineren Krankenhauses bei 1,0 liegt, der einer Universitätsklinik dagegen etwa bei 1,5, so bedeutet dies, dass in der Universitätsklinik im Mittel die aufwändigeren Patienten behandelt werden, die einen höheren ökonomischen Aufwand erfordern und entsprechend besser vergütet werden.

Im Jahr 2009 betrug der Casemix Index im UKA 1,51, was genau dem Durchschnitt aller deutschen Uniklinika entspricht. Der CMI eines (nicht universitären) Hauses der Maximalversorgung lag etwa bei 1,20, der eines mittleren Krankenhauses bei 1,0 und der eines kleinen Krankenhauses bei 0,9.

ZUSATZENTGELTE

Mittlerweile gibt es mehr als 140 Zusatzentgelte für die Vergütung besonders teurer Leistungen, die im DRG-System nicht adäquat abgebildet sind. Zusatzentgelte können für Medikamente, Blutprodukte und Materialien, aber auch für bestimmte aufwändige Therapien in Rechnung gestellt werden (z.B. „Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“). **Voraussetzung ist aber auch hier die korrekte Erfassung im Klinikinformationssystem.**

KODIERQUALITÄT

Wie kann der einzelne Arzt zur Sicherung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses beitragen?

Die Relativgewichte sind unmittelbar abhängig von der Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren. Der Kodierqualität fällt also eine entscheidende Rolle für die Erlöse zu. Eine gute Kodierqualität ist dann erreicht, wenn die Haupt-, Nebendiagnosen, Prozeduren, Beatmungsdauer, Intensivpunkte etc. eines Patienten so dokumentiert werden, dass eine Eingruppierung in die Fallgruppe erfolgen kann, die den medizinischen und ökonomischen Aufwand am besten abbildet.

Wegen der zentralen Rolle für die wirtschaftliche Situation eines Krankenhauses hier einige **Regeln zur Sicherung der Kodierqualität:**

1. Grundlage der Verschlüsselung sind die ***Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)*** sowie die **ICD- und OPS-Kataloge**.
2. Die Wahl der richtigen **Hauptdiagnose** ist Voraussetzung für eine korrekte DRG-Zuordnung. In den Deutschen Kodierrichtlinien ist die Hauptdiagnose definiert als ***„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“***
3. Alle für den Krankenhausaufenthalt relevanten **Nebendiagnosen** müssen verschlüsselt werden. Die Nebendiagnosen bestimmen in vielen Fällen die „ökonomische Schwere“ des Behandlungsfalles. Besonders bei langer Verweildauer sollten die Nebendiagnosen den besonderen Aufwand der Behandlung erklären.

Die Nebendiagnose ist definiert als

„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand“ (DKR 2010).

Aber: Es dürfen nur die Diagnosen als Nebendiagnosen verschlüsselt werden, die für den aktuellen stationären Aufenthalt von Bedeutung sind, i.e. einen Mehraufwand bedeuten. „Historische“ Diagnosen dürfen nicht wahllos verschlüsselt werden!

4. Diagnosen-Verschlüsselungen der Form „---.8“ oder „---.9“ („sonstige“ oder „nicht näher bezeichnet“) sollten möglichst vermieden werden. Das Gleiche gilt für Operations- und Prozeduren-Codes der Form „----.x oder „----.y“.
5. Enorm an Bedeutung gewonnen hat die korrekte und vollständige Verschlüsselung der **Operationen und Prozeduren**. Einerseits entscheidet bei vielen DRGs allein die richtige Auswahl der Operations- und Prozeduren-Codes über die Eingruppierung. Andererseits wird über die Verschlüsselung der Prozeduren die Möglichkeit eröffnet, **Zusatzentgelte** abzurechnen (Hämodialyse, Blutprodukte, teure Medikamente, beschichtete Stents uvam.). Jeder Prozedur sollte eine geeignete Diagnose zugeordnet werden können. Bei bestimmten Prozeduren spielen auch das Op-Datum und die Lokalisation eine Rolle (**Mehrzeitigkeit** und **Mehrfacheingriffe**, s. S. 9)

6. Daten, welche die Schwere des Behandlungsfalles widerspiegeln (z.B. **Aufnahmegewicht, Beatmungsdauer, Intensivscores**) müssen dokumentiert werden.
7. Die endgültigen DRGs müssen innerhalb von 3 - 5 Tagen nach der Entlassung des Patienten an die Krankenkassen übermittelt werden. Das bedeutet, dass die Verschlüsselung der Entlassdiagnosen und Prozeduren zügig abgeschlossen werden muss.

Es kann nicht oft genug wiederholt werden:

Die Kodierqualität ist entscheidend für den Erlös, den das Krankenhaus, aber auch die einzelne Abteilung erzielen kann.

Kodierfehler oder unpräzise Verschlüsselungen (---.9 oder ----.y) können den DRG-Erlös mindern und geben dem Medizinischen Dienst und den Krankenkassen Anlass, die erbrachten Leistungen der Fachabteilungen zu überprüfen und die Rechnungen zurück zu weisen.

Zudem hinterfragt der MDK in zunehmendem Maße die Verweildauer der stationären Behandlung. **Das unterstreicht die Bedeutung einer lückenlosen Dokumentation in der Patientenakte, aus der hervorgeht, warum ein Patient im Krankenhaus behandelt werden muss.** Pro Jahr werden im UKA fast 6000 Fälle (15% aller stationären Fälle) durch die Krankenkassen und/oder den MDK geprüft. Dies bedeutet für alle Beteiligten (Medizincontrolling, Klinikärzte, Verwaltung etc.) einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand.

Um die Kodierung einfacher und präziser zu machen, wird der Diagnosen- und Prozedurethesaurus DIACOS ständig aktualisiert und in seiner Funktion erweitert. Neben einer Freitextsuche enthält das

Programm ein Karteikartensystem, in dem fachabteilungsbezogen wichtige Diagnosen und Prozeduren mit ihren Codes hinterlegt werden können. Diese Neuerung kann als Ergänzung zu den bestehenden Registerkarten genutzt werden.

Inzwischen gibt es eine Integration von DIACOS in medico über eine neu konzipierte, bidirektionale Schnittstelle. Damit ist es möglich, die Eingabe von Diagnosen und Prozeduren anhand der Deutschen Kodierrichtlinien „online“ zu überprüfen. Im DRG-Arbeitsplatz kann der User simulieren, wie sich Änderungen der Diagnose- und Prozedurencodes auf die DRG auswirken (Button: „Gruppen simulieren“).

In allen Fachabteilungen können die meisten Fälle mit einer begrenzten Anzahl von Diagnosen und Prozeduren adäquat dokumentiert werden. Das bedeutet, dass jede(r) Arzt/Ärztin mit wenig Aufwand seine persönliche Kodierqualität steigern kann, indem er/sie zumindest für häufige Krankheitsbilder (z.B. „Top 20“) die Verschlüsselung beherrscht.

Das DRG-System ist in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Zudem hat in einigen Bereichen (z.B. Intensivmedizin) hat der Aufwand der Verschlüsselung sehr stark zugenommen. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, übernehmen hier Dokumentationsassistentinnen und Dokumentationsassistenten die Primärverschlüsselung.

FREIGABEMODUS FÜR VERSCHLÜSSELTE FÄLLE

Seit der Umstellung auf die Abrechnung nach DRGs bestimmt der zuständige DRG-Beauftragte einer Abteilung, welche Daten in die Gruppierung eines Falles eingehen. Um dieser wichtigen Aufgabe Rechnung zu tragen, wurden mehrere Kontrollschritte in das Krankenhausinformationssystem eingebaut. Das folgende Schema skizziert den aktuell gültigen Freigabemodus (Stand Juni 2010):

Masken: „Aufnahme“ + „Diagn. / Therapie“

- 1a. Eingabe von ICD - Codes (Diagnosen), Aufnahmegewicht etc. durch den Stationsarzt
- b. Eingabe von OPS - Codes (Operationen/Prozeduren) durch den Operateur/Untersucher
2. Jeweils Bestätigung mit den Häkchen „Angaben vollständig“



Maske: „Entlassung“

1. Eingabe/Kontrolle von ICD – und OPS - Codes, Aufnahmegewicht, Beatmungsdauer etc. durch den Stationsarzt
2. Kontrolle der medizinischen und der DRG-Hauptdiagnose und Bestätigung mit den Häkchen „Angaben vollständig“ durch den DRG-Oberarzt



„DRG-Arbeitsplatz“

1. Festlegung der DRG im *DRG-Arbeitsplatz* über den Button „DRG Ermitteln“ (nur bei externer Entlassung) durch den DRG-Oberarzt der entlassenden Abteilung
2. Freigabe an das Medizincontrolling über die Buttons „Aktionen ...“ und „Freigabe an med. Controlling“ im *DRG-Arbeitsplatz*
3. Freigabe zur Abrechnung durch das Medizinische Controlling

ANHANG

ÄRZTE UND DOKUMENTATIONSASSISTENTINNEN DES GESCHÄFTSBEREICHES MEDIZINCONTROLLING

(Stand Juni 2010)

Prof. Dr. med. Walter Behrendt

Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Telefon: +49 (0)241 80 89052
E-Mail: wbehrendt@ukaachen.de

Dr. med. Jurij Albrecht-Anoschenko

Arzt für Epidemiologie und Hygiene (RUS)
Telefon: +49 (0)241 80 85559
E-Mail: jalbrecht@ukaachen.de

Dr. med. Harald Brost

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie
Telefon: +49 (0)241 80 80562
E-Mail: hbrost@ukaachen.de

Dr. med. Christine Fellows

Telefon: +49 (0)241 80 88695
E-Mail: cfellows@ukaachen.de

Dr. med. Stefan Südfeld

Facharzt für Innere Medizin
Telefon: +49 (0)241 80 85559
E-Mail: ssuedfeld@ukaachen.de

Claudia Benz

Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon: 36480 (DECT)
E-Mail: cfiegen@ukaachen.de

Heike Clermont

Medizinische Fachangestellte
Telefon: 35178 (DECT)
E-Mail: hclermont@ukaachen.de

Andrea Haupt

Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon: 36623 (DECT)
E-Mail: ahaupt@ukaachen.de

Frank Keil

Fachpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon: 36652 (DECT)
E-Mail: fkeil@ukaachen.de

Manuela Meyer

Krankenschwester
Telefon: 36338 (DECT)
E-Mail: mameyer@ukaachen.de

Carmen Müntz

Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon: 35293 (DECT)
E-Mail: cmuentz@ukaachen.de

Iris Radtke

Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon: 35193 (DECT)
E-Mail: iradtke@ukaachen.de

Claudia Roßkamp

Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon: 35190 (DECT)
E-Mail: crosskamp@ukaachen.de

Bettina Werbelow

Bachelor of Health Communication (B.Sc.)
Fachschwester für Innere Medizin und Intensivmedizin
Telefon: +49 (0)241 80 80090
E-Mail: bwerbelow@ukaachen.de

POTENTIELL DRG-RELEVANTE DIAGNOSEN UND PROZEDUREN,

die oft vergessen werden.

D50.- bis D64.-	Anämien
I20.-	Angina pectoris
B95.- bis B97.-	Bakterien, Viren, und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B37.-	Candida-Lokalinfektionen
J44.-	COLD, ...
L89.-	Dekubitus
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung
I69.-	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
K91.3	Ileus, postoperativ
U80.- bis U85.-	Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika
R64	Kachexie
T80.- bis T88,-	Komplikationen bei chir. Eingriffen und med. Behandlung
I97.-	Kreislaufkomplikationen nach medizinischer Maßnahmen
K92.1	Meläna
B48.7	Mykosen durch opportunistisch-pathogene Pilze
J95.2	pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation, akut
J95.1	pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation, akut
J95.3	pulmonale Insuffizienz nach Operation, chronisch
J96.0	respiratorische Insuffizienz, akut , anderenorts nicht klassifiziert
J96.1	respiratorische Insuffizienz, chronisch, anderenorts nicht klassifiziert
R65.0	SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
Z93.0	Tracheostoma (Vorhandensein)
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation
8-857.--	CAPD ...
8-853.--	CAVH ...
8-390.-	Lagerungsbehandlung ...
8-148.0	Peritonealdrainage
8-144.0	Pleuradrainage (Bülaudrainage)
8-771	Reanimation

INTERNET-ADRESSEN

- www.mydrq.de

Bestes deutschsprachiges DRG-Forum. Enthält Neuigkeiten, Links und Downloads zu Themen der Gesundheitspolitik und DRGs in Deutschland.

- www.g-drg.de

Website der *Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)* dient als Referenz für Basisinformationen zum deutschen DRG-System.

- www.dkgev.de

Website der *Deutschen Krankenhausgesellschaft* mit Hintergrundinformationen zur deutschen Krankenhauslandschaft.

- www.wido.de

Die Website des *Wissenschaftlichen Institutes der AOK* liefert Informationen zum deutschen Gesundheitssystem.

- drq.uni-muenster.de

Die Website der *DRG-Research-Group der Uni Münster* gibt viele Hintergrundinformationen zum DRG-System sowie eine umfangreiche Liste von aktuellen Publikationen.

- www.dimdi.de

Die Website des *Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information* enthält u.a. eine Online-Version der ICD- und OPS-Kataloge

GLOSSAR

AR-DRG (Australian refined diagnosis related groups)	Australisches Fallgruppensystem; diene als Grundlage für deutsches DRG-System (G-DRG).
Basisfallwert (base rate)	Durchschnittlicher Fallwert; entspricht dem Entgelt einer Leistung mit dem → Relativgewicht von 1.
Casemix Index (CMI)	Summe der → Relativgewichte aller Behandlungsfälle eines Krankhauses/einer Abteilung geteilt durch die Anzahl der Behandlungsfälle pro Periode.
CC (complications and comorbidity)	Komplikationen und Begleiterkrankungen. Meistens Nebendiagnosen, die den besonderen Schweregrad des einzelnen Behandlungsfalles sowie den erhöhten Ressourcenverbrauch abbilden.
CCL (complications and comorbidity level)	Der CCL beschreibt den Schweregrad der Nebendiagnosen (reicht von 0 = keine → CC bis 4 = katastrophale CC).
DRG (Diagnosis Related Groups)	Fallgruppen auf Basis medizinischer Diagnosen. Patienten werden anhand von Diagnosen, Operationen, Prozeduren und anderer Daten in Gruppen eingeteilt, die einen vergleichbaren Ressourcenverbrauch haben.
Grouper	Software, die Patientendaten zur Eingruppierung in die → DRG auswertet.
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10 th Revision). Diagnose-schlüssel zur Verschlüsselung medizinischer Daten. Die deutscher Version heißt ICD-10 SGB V.
Major Diagnostic Category (MDC)	Organbezogene Einteilung der Hauptdiagnosen in das → DRG-System
OPS-301	Operationsschlüssel nach § 301 SGB V.
Patients Clinical Complexity Level (PCCL)	Schweregrad (5 Stufen) des einzelnen Krankenhausfalles. Der PCCL wird vom → Grouper aus dem → CCL berechnet. Alle Nebendiagnosen werden nach ihrer Bedeutung auf die Hauptdiagnose gewichtet und als PCCL summiert.