



Foto: © alphaspirit Fotolia.com

Wenig Aufregung – interessante Veränderungen

DRG-Katalog 2013: das InEK hat wieder ganze Arbeit geleistet

Spezielle Kodier- und Abrechnungsstrategien der Krankenhäuser fallen inzwischen schneller auf, so dass das InEK mit entsprechenden Bewertungsänderungen gegensteuern kann. Ebenso werden für die Kliniken unschöne Zuordnungen von Fällen mit sehr hohen Aufwänden in zu niedrig bewertete DRGs immer detailgenauer identifiziert und dann den entsprechend höherwertigen DRGs zugeordnet. Davon profitieren Universitätsklinika und andere Maximalversorger, die in der Fokussierung auf komplexe Leistungen bestärkt werden.

Trittbrettfahrer, die hoch bewertete DRGs mehr durch die Selektion von Fällen mit hohem Deckungsbeitrag (Skimming) und geschickte Kodierstrategien als durch tatsächlich komplexen Leistungsinhalt erreichen, werden zunehmend abgestraft.

Das System wird dadurch gerechter und die zunehmende Komplexität der Zuordnungen macht erlösoptimierende Kodierung immer schwieriger. Optimale Erlöse sind inzwischen das Ergebnis gut qualitätsgesicherter Dokumentation

und Kodierung. Abrechnungsstrategien, die mit einem winzigen Kanon von Nebendiagnosen nahezu die gesamte Fallschwere ihrer DRGs erzeugten oder bei hohen Anteilen ihrer Patienten erlösrelevante Komplikationen zur Abrechnung brachten, machen es dem InEK leicht, Schlupflöcher wirkungsvoll zu schließen.

Die Anzahl der DRGs bleibt inzwischen weitgehend unverändert. Auffällig ist lediglich die Zunahme um neun implizite Ein Tages-DRGs, welche die Problematik der Abschlüsse bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer (uGVD) an diesen Stellen ein wenig entschärfen. Nicht lösen kann das InEK an dieser Stelle den systematischen Streit von Kostenträgern und Krankenhäusern um die uGVD. Hier stehen Lösungsansätze der Selbstverwaltung weiter aus und werden vor allem von den Krankenhäusern mit Spannung erwartet. Das InEK kann und sollte die dafür notwendige Transparenz durch Veröffentlichung der Kalkulationsdaten der impliziten Einzels-DRGs schaffen.

Die Zeiten der großen Aufregung bei der Veröffentlichung eines neuen DRG-Kataloges sind vorbei. Die Anpassungen für 2013 zeigen dennoch, dass die Arbeit des InEK noch lange nicht beendet ist und wieder viele Veränderungen an Katalog- und Gruppierungssystematik vorgenommen wurden. Diese werden immer differenzierter und der Aufwand der Kalkulation im Hintergrund größer.



Dr. med. Nikolai von Schroeders
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling



Dr. med. Sascha Baller
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling

Klinikcheckliste Übergangsgrouping 2012/2013

Gesamteffekt des Katalogwechsels: Bleibt die Erlössituation stabil?

- Thematische Auf- und Abwertungen von Leistungen
 - In welchen Gruppen gibt es systematische Erlösverluste oder Gewinne?
 - Passt der Erlös weiterhin zu den Kosten der Leistung oder müssen Kodierung oder Leistungserbringungsprozesse angepasst werden?
 - Haben Leistungen aus ökonomischer Sicht an Attraktivität gewonnen oder verloren?

Inwieweit die veränderte Erlössituation Auswirkungen auf das Leistungsangebot eines Krankenhauses haben darf oder soll werden die Kliniken je nach Zielrichtung des sich selbst gesetzten Zieles individuell beurteilen müssen.

- Auswirkungen veränderter uGVD / oGVD Grenzen
 - Verändern sich die Summen der Zu- und Abschläge? Gibt es Leistungsgruppen, in denen derartige Effekte besonders stark auftreten?
 - Müssen verweildauerte Prozesse ggf. angepasst werden?
 - Werden Fälle verschiedener DRGs systematisch auffällig durch Verweildauern nahe der uGVD?
- Veränderung des PCCL
 - Ist das eigene Haus überproportional von den CCL-Matrix Effekten betroffen?
 - Gibt es Leistungsgruppen mit besonders starken PCCL Verlusten?
 - Gibt es hausinterne Kodierstrategien, die nach der Matrix-Anpassung überarbeitet werden müssen?

Anpassung der Nebendiagnosenbewertung

Geschickt identifiziert das InEK Bereiche, in denen es durch besonders effektvolle Abrechnungsmöglichkeiten oft zu Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen kommt. Diese Situation entsteht vor allem, wenn kleinere operative Leistungen hoch bewerteten DRGs zugeordnet oder medizinisch nicht eindeutig definierte Nebendiagnosen Einfluss auf die Gruppierung haben.

Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang die Anpassung der CCL-Matrix, in der definiert wird, welche Nebendiagnosen innerhalb welcher Basis-DRG höhere oder niedrigere Werte haben. Hier hat man sich für eine wesentliche Differenzierung der Systematik entschieden und für viele Basis-DRGs die Werte der Nebendiagnosen neu festgelegt. Neben allgemeiner Neubewertung von Nebendiagnosenwerten kommt es hier zu Anpassungen, wenn für Nebendiagnosen bei unterschiedlichen Basis-DRGs eine erheblich unterschiedliche Kostenrelevanz nachgewiesen werden konnte.

Abgewertet wurden Nebendiagnosen, bei denen die dargestellte Erkrankung der Hauptdiagnose, welche DRG-bestimmend wird, sehr ähnlich ist (z.B. Nebendiagnose Sepsis bei Sepsis-DRG). Aufgewertet bzw. neu aufgenommen wurden Nebendiagnosen für besonders schwere Erkrankungen, wie z.B. EHEC (A04.3) oder die Mediastinitis (J98.50). In beiden Fällen ist davon auszugehen, dass die selten auftretenden Erkrankungen eindeutig identifiziert und kodiert werden können, so dass wenig Auseinandersetzungen über diese Themen erwartet werden. Die Kliniken sollten sich durch solche Neuaufnahmen daran erinnern, dass auch die Kodierung aktuell nicht erlösrelevanter Nebendiagnosen wichtig ist, um eine Aufnahme in die DRG-Systematik erreichen zu können.

Thematische Anpassungen der DRG-Systematik

In nahezu allen Fächern gibt es Verschiebungen zwischen den DRGs und Auf- sowie Abwertungen

spezieller Konstellationen, auf die nicht im Einzelnen eingegangen werden kann.

Exemplarisch werden einige Bereiche dargestellt, in denen es zu relevanten Veränderungen der Systematik kam. Je nach Leistungsspektrum des einzelnen Krankenhauses werden die Auswirkungen der Veränderungen unterschiedlich groß sein. Auffällig ist, dass einzelne Krankenhäuser, die bisher mit einer geringen Auswahl von Nebendiagnosen und Begleitprozeduren sehr hohe Erlöse erzielten, durch die vorgenommenen Anpassungen teilweise empfindliche Reduktionen der Erlöse hinnehmen müssen. Jedes Krankenhaus muss hier selbst bewerten, ob die neue Abbildung nun sachgerecht ist oder ob Maßnahmen im Sinne einer differenzierten Kodierung und Leistungsabbildung eingeleitet werden müssen, um auch weiterhin die Gesamtsumme der Erlöse sicher zu stellen.

Komplett umgebaut im Bereich der Gefäßchirurgie wurden die Basis-DRGs F54 und F59 (komplexe/mäßig komplexe Gefäßeingriffe). Dabei wurden CC Neubewertungen sowie Zusatzentgelte für medizinisch beschichtete Ballonkatheter berücksichtigt. Die pAVK mit Ulceration und die pAVK mit Gangrän verursachen jetzt unterschiedliche DRG-Gruppierungen. Für viele Kliniken bedeutet dies in einem überwiegenden Anteil der Fälle eine Abwertung. Bei den komplexen Gefäßeingriffen ist hier die sorgfältige Kodierung der Diagnosen auch im letzten Detail und der Prozeduren mit genauer Berücksichtigung der Anzahl verwendeter Stents und der Art verwendeter Stents/Ballonkatheter besonders wichtig. Neu aufgenommen wurde die Abbildung der Radiofrequenzablation über die Arteria renalis zur Behandlung von Patienten mit therapieresistenter Hypertonie. Diese Fälle werden 2013 durch eine Zuordnung in die DRG F19C aufgewertet.

Wesentliche Veränderungen erfordern die Eingriffe an der Wirbelsäule. Hier zeigten sich in der Kalkulation Auffälligkeiten einzelner Krankenhäuser. Besonderheiten

bei der Leistungserbringung, aber auch Besonderheiten bei der Verschlüsselung durch die einzelnen Leistungserbringer konnten hier besser abgebildet werden. Das InEK weist darauf hin, dass auch die Leistungsentwicklung in diesem Bereich den grundsätzlichen Umbau notwendig gemacht hat.

Eine wesentliche Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung konnte erreicht werden durch Aufwertung vor allem großer Eingriffe mit Operationen über mehrere Segmente (je nach Verfahren Mindestanzahl von zwei, vier oder sechs Segmenten). Abgewertet wurden Eingriffe über ein oder wenige Segmente sowie verschiedene andere Operationen an der Wirbelsäule. Im Ergebnis ist die Basis-DRG I09 damit wesentlich differenzierter geworden. Kliniken mit Schwerpunkt im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie müssen prüfen, ob die gewohnten Prozesse und Kodierstandards noch zum DRG-System 2013 passen.

In der Abdominalchirurgie wurden insbesondere Eingriffe am Dickdarm neu strukturiert und eingeordnet. Aufgewertet wurden Ileozökal- und Transversumresektionen, subtotale Kolonresektionen, multiple Segmentresektionen und erweiterte rechts- und links-

seitige Hemikolektomien. Diverse andere Eingriffe im Bereich der Kolonchirurgie wurden abgewertet. Im Bereich der Eingriffe an Haut- und Unterhaut konnte eine bessere Abgrenzung von Verfahren mit deutlichen Aufwandsunterschieden erreicht werden. Insbesondere ist die Kodierung der „Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut- und Unterhaut ohne Anästhesie“ (OPS 8-192) nur noch in bestimmten Situationen gruppierungsrelevant.

„Jedes Krankenhaus wird sich intensiv mit den Effekten der geänderten DRG-Systematik auf die Erlössituation des eigenen Leistungsspektrums auseinandersetzen müssen.“

Im Bereich der Gastroenterologie wurden bestimmte endoskopische Eingriffe mit hohen Sachkosten gerechter abgebildet. Die Gesamtbeträge pro DRG sind jedoch eher gering. Ein selten auftretendes, dann aber ärgerliches Problem der „Mindervergütung bei Mehrleistungen“ wurde im Bereich der aufwändigen ERCPs durch Umsortierung der DRGs gelöst. Hier konnte es passieren, dass Fälle mit komplizierenden Konstellationen die besser bewertete DRG der ERCP nicht erreichten. Im schlimmsten Fall führte dies zu bewussten Unterkodierungen von einzelnen Fäl-

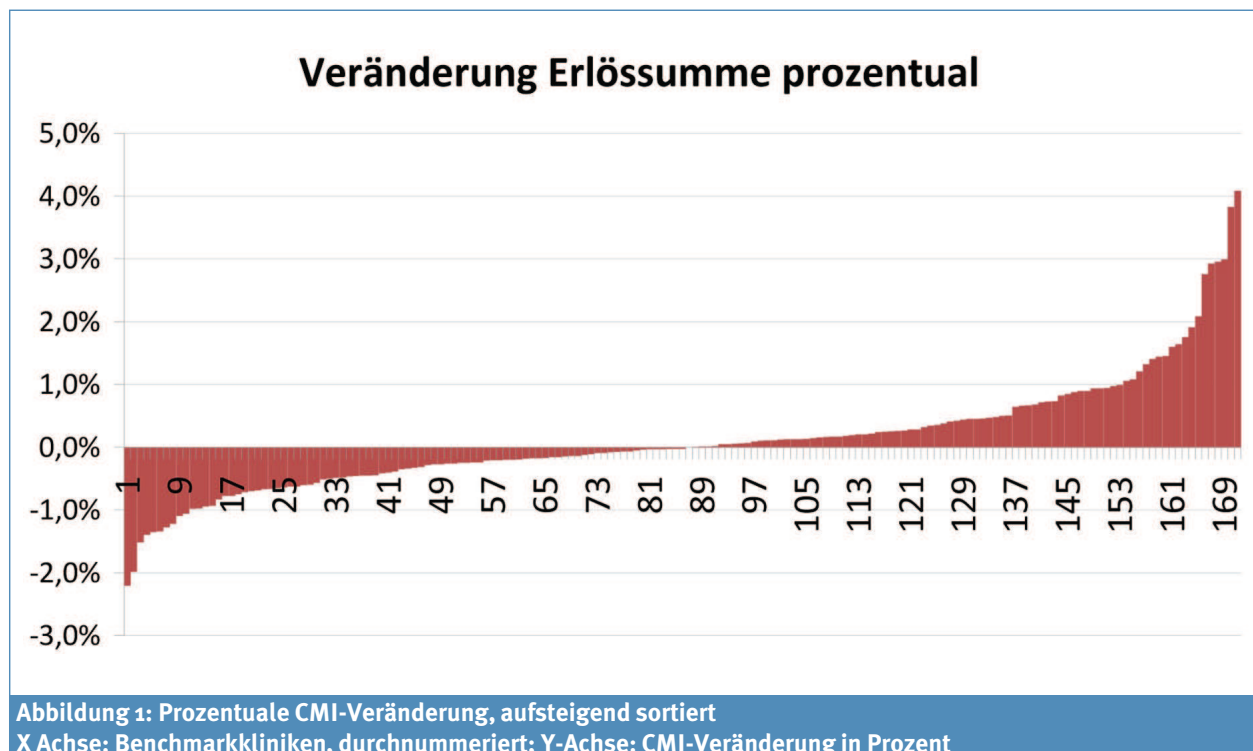
len, um dann den höheren Erlös doch zu erreichen. Dies konnte durch die Neusortierung der DRGs besser abgebildet werden. Zu erwähnen ist noch, dass die Anästhesie bei Koloskopien (DRG G48A) keinen Einfluss mehr auf die Gruppierung hat.

Effekte des Übergangsgroupings

Jedes Krankenhaus wird sich auch in diesem Jahr intensiv mit den Effekten der geänderten DRG-System-

matik auf die Erlössituation des eigenen Leistungsspektrums auseinandersetzen müssen. Die in der Checkliste (siehe Kasten linke Seite) aufgeführten Fragen wird sich ein Krankenhaus dabei stellen.

Um die Relevanz der hier genannten Fragen und Effekte an einer repräsentativen Fallzahl bewerten zu können, wurden die aggregierten Daten von ca. 2.000.000 stationären Fällen aus 170 Krankenhäusern (Datenquelle: Benchmarkprojekt der Firma INMED, Hamburg) analysiert. Die Auswertung erfolgte anonym. Strukturelle Einfluss- ►



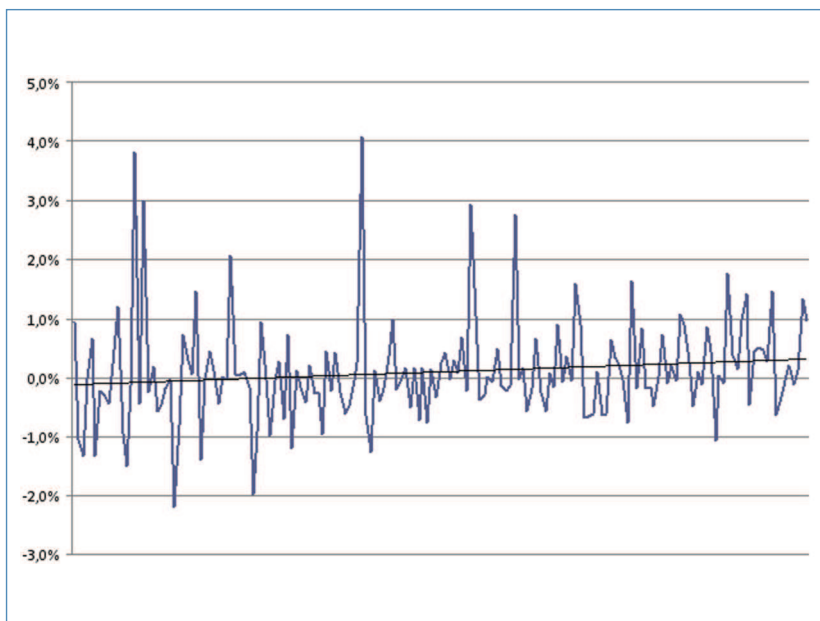


Abbildung 2: CMI-Veränderung, sortiert nach Fallzahlen aufsteigend
 X Achse: Benchmark-Kliniken, nach Fallzahlen ($\frac{1}{1000}$ - $\frac{1}{100.000}$);
 Y-Achse: CMI-Veränderung in Prozent

faktoren (Hausgrößen, regionale Besonderheiten) waren den Auswertenden ebenfalls nicht bekannt.

Vom Erlöseffekt zeigt sich, dass der Katalogeffekt in Summe zwar

gering ist (0,3% positiv), die Unterschiede zwischen den Häusern jedoch recht groß sind. Nicht berücksichtigt sind dabei Effekte, die erst durch Verwendung der Klassifikationen und Kodierrichtlinien 2013 entstehen können (s. Abb. 1).

Erlösveränderungen nach Fallzahlen

Betrachtet man die prozentualen CMI Veränderungen der Benchmark-Kliniken (Datenquelle: IN-MED Benchmark) nach Fallzahlklassen lässt sich ein Trend hin zu Verbesserungen bei Kliniken mit großen Fallzahlen ausmachen. Abbildung 2 zeigt aber deutlich, dass die Effekte in Kliniken aller Größenklassen erheblich schwanken. Es gibt Gewinner und Verlierer gleichermaßen bei kleinen wie bei großen Krankenhäusern.

Einen besonderen Focus bei der Analyse der Katalogeffekte werden die Kliniken naturgemäß auf die Gruppen der Gewinner und Verlierer setzen. Ein Auszug aus der Analyse der Kliniken mit den höchsten CM-Verlusten zeigt die Auswirkungen der oben beschriebenen systematischen Veränderungen (Abbildung 3). Betroffen sind besonders stark die Leistungen der Wirbelsäulenchirurgie und der Endoprothetik. Hier schlagen die Umstellung der Zuordnungslogik und die Nebendiagnosenabwertungen gleichermaßen zu Buche.

Basis-DRG	Δ CMI eff.	Δ CM	Δ CM %
I10 – Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	-0,09	-159,6	-5,9%
I09 – Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	-0,13	-149,1	-4,3%
B02 – Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation	-0,22	-89,4	-5,7%
I03 – Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Alter ≥ 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff	-0,41	-50,5	-11,2%
I08 – Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur	-0,08	-43,3	-3,8%
E06 – Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum	-0,16	-34,9	-7,2%
B20 – Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation	-0,09	-34,7	-3,4%
B44 – Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	-0,05	-33,3	-2,2%
D06 – Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	-0,03	-29,4	-3,6%
I06 – Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals	-0,18	-28,1	-2,9%

Abbildung 3: Basis-DRGs mit den höchsten Summen an Casemix-Verlust

Für die einzelne Klinik transparent werden die Ursachen durch eine Analyse der DRG-Wanderungen (Identifikation der relevanten Änderungen im Algorithmus), die Betrachtung der PCCL-Änderungen pro Basis-DRG (Identifikation der CCL-Matrix Auswirkungen) sowie durch die Auswertung von Abschlagsveränderungen (uGVD). Medizinische Prozesse und die Abläufe bei Dokumentation und Kodierung müssen in der Konsequenz überprüft und ggf. optimiert werden. Manche Klinik wird auch 2013 wieder versuchen, Leistungsschwerpunkte auf besonders erlösattraktive DRGs zu legen. Ob diese Strategie letztlich ein Hase-und-Igel-Spiel ist – und ob eine Klinik dieses gewinnen kann –, sei der Bewertung des Lesers überlassen. ■

Für die Verfasser:
 Dr. med. Nikolai von Schroeders
 Mittelstrasse 8
 45549 Sprockhövel
nikolai.schroeders@medizincontroller.de