

A. Liedtke-Dyong¹ · W. Fiori¹ · H.-J. Lakomek² · J. L. Hülsemann³ · N. Köneke⁴
 W. Liman⁵ · N. Roeder¹

¹ Stabsstelle Medizincontrolling, Universitätsklinikum Münster

² Klinik für Rheumatologie und Physikalische Medizin mit Schwerpunkt
 Endokrinologie und Diabetologie, Klinikum Minden

³ Abteilung Rheumatologie, Medizinische Hochschule Hannover

⁴ Lahn-Dill-Kliniken GmbH, Wetzlar

⁵ Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH, Hagen

Was ändert sich für die Rheumatologie im G-DRG-System 2006?

Mit der Veröffentlichung des G-DRG-Fallpauschalenkataloges 2006 [2] wurde die 4. überarbeitete Version des Deutschen G-DRG-Systems gültig. Diese Version bedeutet für den Anwender noch einmal mehr DRGs, eine höhere Zahl von Zusatzentgelten und eine gesteigerte Komplexität. Durch die erneut umfassende Erweiterung ergibt sich nochmals eine bessere und exaktere Abbildung spezialisierter Leistungen. Für die Rheumatologie ist insbesondere die mit dieser Version neu eingeführte DRG I97Z (Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) zur Abrechnung der rheumatologischen Komplexbehandlung als besonderer Fortschritt zu einer besseren Leistungsdarstellung zu werten [12, 13].

► **Bessere und exaktere Abbildung spezialisierter Leistungen**

Darüber hinaus kommt es speziell für die Rheumatologie auch im Vergleich mit dem Vorjahr zu eher geringgradigen Veränderungen, die in ihrer Konsequenz allerdings im Kodier- und Abrechnungsallday von größerer Bedeutung sein können.

Die 2005 ursprünglich für 2 Jahre geplante Konvergenzphase wurde mit dem

zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz [21] auf 4 Jahre verlängert und entschärft. Durch Einführung der so genannten Kappungsgrenze, die konvergenzbedingte Budgetverluste auf ein bestimmtes Ausmaß begrenzt, liegt die maximale konvergenzbedingte Budgetminderung im Vergleich zum Vorjahr für 2006 bei 1,5% des Vorjahresbudgets (bei gleicher Leistungsmenge) und damit um 0,5% höher als 2005. Diese Kappungsgrenze gilt allerdings nur für konvergenzbedingte Budgetverluste. Budgetsteigerungen sind im Rahmen der geplanten Konvergenzschritte ohne Einschränkungen möglich. Trotz des reduzierten Umverteilungsvolumens durch die Obergrenze bei DRG-Verlierern kommt es im zweiten Jahr der Konvergenzphase zu einer deutlichen und zunehmend Budget-wirksamen Umverteilung. Der daraus resultierende finanzielle Druck auf die Konvergenzverlierer macht ein sachgerechteres System mit daraus resultierender leistungsgerechter Vergütung notwendig. Das Ziel der schrittweisen Optimierung des Systems ist die sachgerechte Abbildung der deutschen Behandlungsrealität. Ein „freies“ DRG-System mit Echtabrechnung über einen landeseinheitlichen Durchschnittspreis (Landes-Basisfallwert) ist ab 01.01.2009 geplant.

Berücksichtigung der akutrheumatologischen Komplexbehandlung im G-DRG-System 2006

Ein entscheidender Durchbruch zur sachgerechten Abbildung der spezialisierten akutrheumatologischen Behandlung konnte durch die Einführung einer eigenen G-DRG für die rheumatologische Komplexbehandlung erreicht werden [12, 13]. Seit 2005 kann durch die Einführung eines OPS-Kodes für die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983) diese Besonderheit der akustationären rheumatologischen Therapie klar definiert abgebildet werden. 2005 war dieser Komplexcode noch nicht DRG-gruppierungsrelevant. Die Zuordnung zu einer abrechenbaren DRG erfolgte unabhängig von der Kodierung dieser Prozedur. Mit der Version 2006 der G-DRGs wurde die G-DRG I97Z (Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) eingeführt, die dieses spezielle Fallkollektiv in einer eigenen DRG abbildet.

Das Zuordnungskriterium zu dieser neuen DRG I97Z ist die im OPS definierte multimodale rheumatologische Komplexbehandlung mit einer Dauer von mehr als 13 Tagen (8-983.1/8-983.2) bei Erwachsenen sowie die ebenfalls 2006 erstmals be-

Tab. 1 Auszug aus dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2005/2006 [2]

DRG	Bezeichnung	BWR	BWR	VWD	VWD	Erster Tag mit Abschlag	Erster Tag mit Zuschlag
		2005	2006	2005	2006	(2006)	(2006)
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit mehreren komplexen Diagnosen oder mit komplexer Diagnose, mit Dialyse	1,338	1,181	12,2	11,5	3	23
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne mehrere komplexe Diagnosen und ohne komplexe Diagnose, mit Dialyse	1,12	0,964	10,9	9,8	2	22
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag	0,204	0,214	1,0	1,0	-	-
I69Z	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien	0,932	0,864	11,6	10,4	2	22
I79Z	Fibromyalgie	1,008	0,931	13,6	12,8	3	24

BWR Bewertungsrelation; VWD Verweildauer.

rücksichtigte multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung mit einer Dauer von mehr als 13 Tagen (8-986.1/8-986.2) bei Kindern [7, 10].

Die 2006 für die rheumatologische Komplexbehandlung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern abrechenbare DRG I97Z befindet sich in der Anlage 3 des Fallpauschalenkatalogs [2] und muss daher gemäß § 6.1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) hinsichtlich der Vergütung krankenhausesindividuell kalkuliert und verhandelt werden. Dabei ist eine Tagespauschalierung oder eine Fallpauschalierung möglich [19]. Da die Erlösvolumina für krankenhausesindividuell zu verhandelnde DRGs einem anderen Budgetbereich (§ 6 Abs. 3 KHEntgG) zuzuordnen sind, ist die genaue Abgrenzung der betroffenen Fälle von der Gesamtmenge aller stationären Behandlungsfälle sehr wichtig, um ökonomische Nachteile zu vermeiden.

Anhand der Daten aus dem Vorjahr sollte genau geplant werden, wie viele Patienten über diese DRG im kommenden Jahr abgerechnet werden sollen.

— Da mit der krankenhausesindividuell verhandelten DRG-Vergütung aufgrund der Fallkomplexität wahrscheinlich ein für den Kostenträger höheres Entgelt abgerechnet wird, ist eine verstärkte Rechnungsprüfung zu erwarten.

Bei Nachfragen der Kostenträger wird vor allem die Indikation und die Notwendigkeit des definierten Leistungsumfanges (z. B. Behandlungsdauer) sowie der akut-

stationären Behandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V im Vordergrund stehen.

Weitere Änderungen in der DRG-Systematik

Grundsätzlich haben sich in der DRG-Systematik beim Übergang zur Version 2006 weitere Verschiebungen und Veränderungen ergeben. Zunächst kaum sichtbar, aber im Endeffekt wesentlich, wirkt sich eine Änderung der Abfragehierarchie im Gruppierungsprozess aus [5, 7, 20]. Mit dem Ziel, für jeden Behandlungsfall die Eingruppierung in der höchstmöglich abrechenbaren DRG zu erreichen, kommt es zu einer Partitions- und Basis-DRG-übergreifenden Umsortierung der DRG-Fallgruppen. Durch die daraus resultierende so genannte Migration der Fälle wird zu Lasten der Übersichtlichkeit eine verbesserte Leistungsgerechtigkeit erzielt. Ein Vergleich der Systeme 2005/2006 allein anhand von Bewertungsrelationen einzelner G-DRGs wird durch die resultierende Umverteilung der Fälle innerhalb der abrechenbaren DRGs schwierig, da nicht mehr Gleiches mit Gleichem verglichen wird und auch die Kalkulationen auf den nun z. T. grundlegend veränderten Fallkollektiven innerhalb der DRG basieren.

Die speziell rheumatologischen DRGs sind allerdings von diesen umfassenden Änderungen im Gruppierungsalgorithmus kaum betroffen.

Auffällig in den wichtigsten DRGs, in die rheumatologische Fälle gruppiert werden (I66A/B, I69Z, I79Z), ist neben den inhaltlichen Aspekten eine Reduktion der Verweildauern. Da das G-DRG-System

2006 auf der Basis von Krankenhausdaten aus dem Jahr 2004 kalkuliert und weiterentwickelt wurde, ist dieser Effekt wahrscheinlich Folge der veränderten Leistungserbringung in rheumatologischen, jedoch aufgrund der fehlenden Spezifität der G-DRGs auch allgemeininternistischen und konservativ-orthopädischen Kliniken. Zukünftig ist durch die Verlagerung der tendenziell länger verweilenden Fälle mit rheumatologischer Komplexbehandlung in die spezifische DRG I97Z mit einem weiteren Absinken der Verweildauern für die DRG-Splits der Basis-DRGs I66, I69 und I79 zu rechnen.

— Die meisten rheumatologischen Fälle werden in die beiden Basis-DRGs I66 (Andere Erkrankungen des Bindegewebes) und I69 (Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien) gruppiert.

In der Basis-DRG I66 sammeln sich überwiegend Fälle mit systemischen Verlaufsformen und Begleiterkrankungen der chronischen Polyarthritiden, juvenilen rheumatischen Erkrankungen, Kollagenosen und Vaskulitiden. Der I69Z werden insbesondere die klassische chronische Polyarthritiden, die Gicht und nichtentzündliche rheumatische Erkrankungen wie z. B. Arthrose und Osteoporose zugeordnet.

Während die Basis-DRG I66 auf Grundlage der Verweildauer und bestimmter Haupt- (z. B. Formen der Amyloidose, bestimmte Kollagenosen und Vaskulitiden) und Nebendiagnosen (Gelenkkontraktur oder -erguss) oder einer durchgeführten Dialyse nochmals in 3 ab-

rechenbare G-DRG gesplittet ist, werden Fälle, die der Basis-DRG I69 zugeordnet werden, nicht weiter differenziert.

In der Basis-DRG I66 führen neben der Vaskulitis bei juveniler Arthritis, mehrere Lokalisationen (Mo8.70) ab 2006 auch die seronegative juvenile chronische Arthritis, polyartikuläre Form (Mo8.3) sowie die juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form an mehreren Lokalisationen (Mo8.40) ebenfalls in den höher bewerteten A-Splitt [7]. Für diesen Splitt kam es zu einem Abfall der mittleren Verweildauer um 0,7 Tage und der oberen Grenzverweildauer um 3 Tage. Die bei allen in **Tab. 1** aufgeführten DRGs zu beobachtende Verweildauerverkürzung spiegelt sich auch in einer Reduktion der DRG-Bewertungsrelationen wider. Innerhalb des niedriger bewerteten B-Splitts der Basis-DRG I66 resultierte ein Absinken der mittleren Verweildauer um 1,1 Tage. Ebenso sanken die Grenzverweildauern, das bedeutet die Tage, ab denen Zu- bzw. Abschläge zum Standarderlös der DRG-Fallpauschale berechnet werden müssen. Die obere Grenzverweildauer liegt nun um 2 Tage und die untere Grenzverweildauer um einen Tag niedriger als im Vorjahr. Abzugrenzen sind hier unverändert die Fälle mit nur einem Belegungstag, die unabhängig von anderen Kriterien über den C-Splitt (I66C) abgerechnet werden.

Nach Analyse und Anregung durch den Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) wurden die Codes für die unspezifischen chronischen Polyarthritiden von der Basis-DRG I66 (Andere Erkrankungen des Bindegewebes) in die Basis-DRG I69 (Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien) verschoben [7]. Eine Erlössteigerung durch eine strategisch-unspezifische Kodierung der diagnostizierten chronischen Polyarthritiden ist daher nicht mehr möglich.

In der I79Z (Fibromyalgie), der ausschließlich Fälle mit den Hauptdiagnosen aus M79.0- (Rheumatismus, nicht näher bezeichnet) und M79.70 (Fibromyalgie) zugeordnet werden, kam es zu einem Absinken der mittleren Verweildauer um 0,8 Tage sowie der unteren Grenzverweildauer um einen Tag.

Nicht mehr der Hauptdiagnosekategorie für Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Z Rheumatol 2006 · 65:333–339 DOI 10.1007/s00393-006-0064-1
© Springer Medizin Verlag 2006

A. Liedtke-Dyong · W. Fiori · H.-J. Lakomek · J. L. Hülsemann · N. Köneke · W. Liman · N. Roeder
Was ändert sich für die Rheumatologie im G-DRG-System 2006?

Zusammenfassung

Durch die erneut umfassende Überarbeitung des G-DRG-Fallpauschalenkatalogs 2006 wird eine nochmals exaktere Darstellung insbesondere spezialisierter Leistungen möglich. Die neu eingeführte DRG I97Z (Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) erlaubt eine sachgerechtere Darstellung der Behandlungsrealität rheumatologischer Fachkliniken und -abteilungen in Deutschland. Durch die spezifischere Abbildung kann der finanzielle Druck, der aus der zunehmend Budget-wirksamen Umverteilung im zweiten Jahr der Konvergenzphase resultiert, abgemildert

werden. Voraussetzung ist, dass sich die betroffenen Krankenhäuser mit der Fallmenplanungs- und Kalkulation unbewerteter DRGs für die Entgeltverhandlung 2006 auseinandersetzen.

Darüber hinaus werden die weiteren relevanten Änderungen des neuen DRG-Systems im Bereich der Zusatzentgelte, der Abrechnungsregeln und der Kodierung vorgestellt und ihre Bedeutung für rheumatologische Kliniken diskutiert.

Schlüsselwörter

G-DRG 2006 · DRG I97Z · Rheumatologie

What changes for rheumatologists in the G-DRG system 2006?

Abstract

Once more, the revision of the German DRG catalogue 2006 provides for more accurate reimbursement, particularly for specialised medical services. The newly established DRG I97Z (Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) for the complex and multimodal treatment of rheumatic diseases allows an accurate picture of clinical practice in specialized rheumatologic departments and hospitals. Using this specific DRG-description, it will be possible to reduce the financial pressure which results from the redistribution of budgets in the sec-

ond year of the period of convergence. A precondition for the affected hospitals is to deal with budget planning and calculation of G-DRGs without calculated cost weights for 2006.

In addition, this article discusses the relevance of other modifications to the G-DRG system, additional payments, the conditions for payment, the coding standards, and the classification systems for diagnosis and procedures.

Keywords

G-DRG 2006 · DRG I97Z · Rheumatology

Tab. 2 2006 neu in die CCL-Matrix aufgenommene Codes

ICD	Titel	Anzahl Codes
A 08.1	Akute Gastroenteritis durch Norwalk-Agens (Norwalk-Virus)	1
J 09	Grippe durch nachgewiesene Vogelgrippeviren	1
K 77.1-*	Beteiligung der Leber bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit	4
M 07.4-*	Arthritis bei Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)	10
M 07.5-*	Arthritis bei Colitis ulcerosa	10
M 08.1-	Juvenile Spondylitis ankylosans	10
M 09.1-*	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)	10
M 09.2-*	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa	10
M 62.0-	Muskeldiastase	10
M 62.1-	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch)	10
M 62.3-	Immobilitätssyndrom (paraplegisch)	10
M 62.4-	Muskelkontraktur	10
M 62.5-	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert	10
M 86.3[1–9]	Chronische multifokale Osteomyelitis	9
M 86.4-	Chronische Osteomyelitis mit Fistel	10
M 86.5-	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis	10
M 90.1-*	Perioditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten	10
M 90.3-*	Knochennekrose bei Caisson-Krankheit	10
M 90.4-*	Knochennekrose durch Hämoglobinopathie	10
M 90.6-*	Osteodystrophia deformans bei Neubildungen	10
S 28.0	Brustkorbzerquetschung	1
S 42.23	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum	1
S 72.4[0–4]	Distale Fraktur des Femurs	5
U 80.0!	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone	1
U 80.1!	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone und Streptogramine	1
Summe		184

(MDC 08) zugeordnet wird die thrombotische Mikroangiopathie (M31.1), die jetzt in einen eigenen Splitt (L72A) der Basis-DRG L72 (thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom) führt und damit der MDC 11 (Krankheiten und Störungen der Harnorgane) angegliedert wird [7]. Bislang wurden Fälle mit dieser Hauptdiagnose ebenfalls über die Basis-DRG I66 (Andere Erkrankungen des Bindegewebes) in der MDC 08 abgebildet.

In der I69Z (Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien) sammeln sich, wie bereits oben angeführt, Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne weitere Differenzierung in Schweregradsplitts. Hier kam es zu einem Absinken der mittleren Verweildauer um 1,2 Tage, der unteren Grenzverweildauer um einen Tag und der oberen Grenzverweildauer um 2 Tage.

Weitere Änderungen der DRG-Klassifikation

Zur Abbildung des Mehraufwands durch Komplikationen und Komorbiditäten nutzt das G-DRG-System ein eigenes Schweregradsystem. Anhand des so genannten PCCL („patient clinical complexity level“) können DRG-Splitts vorgenommen bzw. eigene DRGs definiert werden. Der PCCL berechnet sich aus den CCL-Bewertungen der Nebendiagnosen eines Falles.

Bei der CCL-Schweregradbewertung sind zur Version 2006 184 Codes neu in die CCL-Matrix aufgenommen worden, von denen viele die Rheumatologie betreffen (■ Tab. 2).

Intention zur Aufnahme dieser großen Zahl von Diagnosen war die Tatsache, dass in den vergangenen Versionen eine Reihe von unspezifischen Codes bewertet waren, während sich spezifische Codes

der gleichen Gruppe oder Kategorie nicht Schweregrad-steigernd wirksam zeigten [5]. Um hier den Anreiz des unspezifischen Kodierens zu nehmen, wurden somit Codes wie M62.0-/1- und M62.3-bis 5-, (Muskeldiastase, sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch), Immobilitätssyndrom (paraplegisch), Muskelkontraktur und Muskelschwund und -atrophie, anders nicht klassifizierbar) die jeweils spezifisch verschiedene Muskelerkrankungen beschreiben, neu aufgenommen, da zuvor bereits der unspezifische Code M62.8- (sonstige/nicht näher bezeichnete Muskelkrankheiten) in der CCL-Matrix wirksam war.

Dieses Vorgehen wird, so konsequent es auch scheint, allerdings eher zur Verwässerung der Schweregrad-steigernden Codes beitragen. Dies ist zum einen darin begründet, dass ein Teil der neuen Codes nicht tatsächlich mit einem höheren Aufwand korrelieren dürfte, zum anderen sind eine Reihe von Stern-Codes dabei, die häufig zur näheren Beschreibung der Hauptdiagnose dienen und damit das Konstrukt der Berücksichtigung von Komorbidität und Komplikationen unterlaufen wird. Besonders hervorzuheben ist die Hinzunahme der Codes für Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen U80.0!/U80.1! Hier ist es allerdings schwer nachvollziehbar, dass der Code für multiresistente Keime (U81!) nicht berücksichtigt wurde.

Wenige Codes (9) sind aus der PCCL-Matrix entfernt worden. Besonders positiv zu bewerten ist hier die Herausnahme des Nikotinabusus (F17.2), der in den vergangenen Jahren vielfach im Rahmen der Abrechnungsprüfungen durch die Kostenträger hinterfragt wurde.

■ Für 2006 ist bezüglich der PCCL-Bewertung allerdings abschließend zu bemerken, dass die meisten Fälle des Fachbereichs Rheumatologie über DRGs abgerechnet werden, die nicht Schweregrad-gesplittet sind und somit in der Regel die Schweregradbewertung der Nebendiagnosen zur Zeit wenig Relevanz besitzt.

Änderung bei den Zusatzentgelten

Zusatzentgelte (ZE) dienen dazu, hochaufwändige nicht bei allen Leistungserbringern eingesetzte Leistungen zusätzlich zur DRG sachgerecht zu finanzieren. Fälle mit Leistungen, für die Zusatzentgelte abgerechnet werden können, streuen über mehrere DRGs. Somit ist es nicht sinnvoll, diese zusätzlichen Leistungen in eigenen DRGs zusammenzufassen. Liegen dem DRG-Institut (InEK) ausreichende und homogene Daten zu ZE-fähigen Leistungen vor, kann ein Zusatzentgelt bundesweit bewertet werden.

Das zuvor unbewertete Zusatzentgelt für die Plasmapherese (ZE 36) wurde im Fallpauschalenkatalog 2006 [2] von Anlage 4 (nicht bewertete Zusatzentgelte, die krankenhausesindividuell verhandelt werden müssen) in Anlage 2 des Katalogs verschoben, da jetzt eine bundeseinheitliche Bewertung vorgenommen werden konnte. Die Vergütung erfolgt gestaffelt abhängig von der Anzahl der Sitzungen pro Aufenthalt (8-820.0 bis 8-820.w; [14]). Gleiches gilt z. B. auch für die Gabe von Humanimmunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalievirus (ZE 38, 8-810.no bis 8-810.nc).

Außerdem kam es bei einigen Zusatzentgelten zu einer Kodeverschiebung [14, 15]. So sind 2006 polyvalente Humanimmunglobuline nicht mehr mit Codes aus der Kategorie 8-810.m-, sondern mit Codes aus 8-810.r- zu verschlüsseln. Ergänzt wurden hier zudem Dosierungen zwischen 10 und 25 g für Patienten mit einem Alter von unter 15 Jahren, was auch in der Kinder- und Jugendrheumatologie von Bedeutung sein kann.

Eine Abrechnung von Blutprodukten wie Erythrozyten- (EK) und Thrombozytenkonzentrate (TK) als Zusatzentgelt ist für Erwachsene unverändert erst ab 16 EKs bzw. TKs (Ausnahme: Apherese- oder patientenbezogene TKs) möglich (Für Kinder unter 10 Jahren können EKs ab einer Gabe von 6 Einheiten abgerechnet werden). Die im Vorjahr zusätzlich eingeführten Codes für niedrigere Dosierungen dienen also vornehmlich einer korrekteren Dokumentation und Abbildung.

Die Immunadsorption (8-821), die 2005 nur einmal pro stationärem Aufent-

Tab. 3 Zusatzentgelte in der Rheumatologie

ZE 25	8-012.f0-fe	Rituximab, parenteral
ZE 2006–28	8-012.30-3a	Adalimumab, parenteral
ZE 2006–32	8-012.70-7e	Infliximab, parenteral
ZE 41	8-810.r0-rq	Humanimmunglobuline, polyvalent
ZE 54	8-800.70-7e	Erythrozytenkonzentrate
ZE 33	8-800.80-8r	Thrombozytenkonzentrate
ZE 34	8-800.90-9u	Apherese-Thrombozytenkonzentrate
ZE 35	8-800.60-6f	Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
ZE 2006–13	8-821	Immunadsorption (für jede Sitzung zu kodieren)
ZE 36	8-820.10-1w	Therapeutische Plasmapherese mit kryodepletiertem Plasma
ZE 36	8-820.00-0w	Therapeutische Plasmapherese mit normalem Plasma/Albumin

halt zu kodieren war, ist ab 2006 für jede durchgeführte Sitzung zu verschlüsseln. Diese Änderung bedeutet sicherlich eine sachgerechtere Abbildung des realen Ressourcenverbrauchs.

Für Plasmapheresen mit mehr als 21 Sitzungen pro stationärem Aufenthalt sind sowohl für therapeutische Plasmapheresen mit Albumin als auch für Sitzungen mit kryodepletiertem Plasma spezifische Codes bis zu 50 Sitzungen ergänzt worden (8-820.00–0w bzw. 8-820.10–1w).

In der Rheumatologie 2006 möglicherweise relevante Zusatzentgelte werden in **Tab. 3** aufgelistet [2].

Änderung der Abrechnungsregeln (FPV 2006)

Krankenhausindividuell zu vereinbarende DRGs der Anlage 3 des Fallpauschalenkatalogs [2], wie z. B. die rheumatologische Komplexbehandlung (I97Z), können ab 2006 erstmalig auch ohne krankenhausesindividuelle Vereinbarung nach Budgetabschluss abgerechnet werden (FPV 2006 § 7 Abs. 4; [3]). Die von der Selbstverwaltung festgelegte Vergütung beträgt dann pauschal 450 EUR pro Tag. Liegt keine Vereinbarung aus dem Vorjahr vor, dürfen diese DRGs wie im vergangenen Jahr bis zum Vorliegen einer Vereinbarung mit 600 EUR pro Tag im Sinne einer Abschlagszahlung auf das noch zu vereinbarende Erlösbudget abgerechnet werden (FPV 2006 § 10 Abs. 1; [3]).

Ergänzend dazu ist es ab 2006 auch möglich, krankenhausesindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelte ebenfalls ohne weitere Vereinbarung vor und auch nach Budgetabschluss pauschal mit 600 EUR pro Zusatzentgelt abzurechnen (FPV 2006 § 5 Abs. 2; [3]).

Dabei ist zu beachten, dass Erlöse aus verhandelten und nichtverhandelten DRGs/ZE (nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) Abschlagszahlungen auf das noch zu vereinbarende Erlösbudget darstellen und damit Erlösausgleichen unterliegen. Entsprechend erhöht sich das vereinbarte Budget dadurch, dass nach Budgetabschluss Erlöse für nicht vereinbarte Leistungspositionen erzielt werden, nicht. Gerade in diesem Budgetbereich kann eine ungezielte Mengenausweitung mit erheblichen Verlusten für das Krankenhaus einhergehen.

Fallzusammenlegung

Eine weitere Neuerung im Rahmen der Fallpauschalenvereinbarung 2006 [3] ist der Ausschluss von Fallzusammenlegungen bei Wiederaufnahmen bzw. Rückverlegung über den Jahreswechsel. § 2 Abs. 4 Satz 7 FPV [3] besagt, dass eine Fallzusammenführung ausgeschlossen ist, sofern das Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes nicht im Geltungsbereich des aktuellen Fallpauschalenkatalogs liegt. Konkret bedeutet dies, dass ein Fall des Jahres 2005, der formal nach den gel-

tenden Wiederaufnahme- oder Rückverlegungsregelungen mit dem 2006 aufgenommenen Folgefall zusammengeführt werden müsste, aufgrund des Jahres- und damit auch des Fallpauschalenkatalogwechsels nicht zusammengelegt werden muss. Dies erübrigt das technisch hochaufwändige Umkodieren und Gruppieren nach einem bereits nicht mehr geltenden System.

Nicht hinreichend genau definiert sind weiterhin die Komplikation im Rahmen der Wiederaufnahmeregelungen sowie die medizinisch begründete Mitaufnahme von Begleitpersonen. Auch hier konnte keine einheitliche Lösung für die Interpretation der Begrifflichkeiten erzielt werden.

Beurlaubung

Mit Zustimmung des behandelnden Arztes kann ein Krankenhausaufenthalt zeitlich befristet durch eine Beurlaubung (Fallpauschalenvereinbarung 2006 § 1 Abs. 7; [3]) unterbrochen werden, auch wenn die stationäre Behandlung eigentlich noch nicht abgeschlossen ist. Bei der DRG-Abrechnung sind vollständige Tage der Beurlaubung nicht in der DRG-relevanten Verweildauer zu berücksichtigen und auf der Rechnung gesondert auszuweisen. Der Tag, an dem der Patient das Krankenhaus zur Beurlaubung verlässt, wie auch der Tag der Rückkehr werden der Verweildauer als normale Behandlungstage zugerechnet.

Streng abzugrenzen von einer solchen Beurlaubung ist eine komplette Entlassung mit anschließender geplanter oder auch nicht geplanter Wiederaufnahme, da hier unterschiedliche Abrechnungsregeln greifen und in diesen Fällen eine neue DRG-Eingruppierung vorzunehmen ist. Eine weiterreichende Definition des Begriffs Beurlaubung hinsichtlich z. B. der Dauer wurde jedoch nicht formuliert, sodass in Einzelfällen sicherlich eine individuelle Entscheidung zur Abgrenzung getroffen und mit den Kostenträgern diskutiert werden muss. Besonders bei chronischen Erkrankungen dürfte eine Abgrenzung zu geplanten mehrzeitigen Behandlungskonzepten schwer zu erzielen sein.

In der Diskussion mit den Kostenträgern sollte dabei darauf hingewiesen werden, dass die Bewertungsrelationen des Fallpauschalenkatalogs auf Daten des Jahres 2004 (Jahr der Kalkulationsdaten für das System 2006) beruhen und auch die damalige Abrechnungspraxis widerspiegeln. Wird z. B. bei einem Patienten eine Cyclophosphamid-Bolustherapie mit 6-wöchigen Behandlungszyklen durchgeführt, ist eine Zusammenführung von 2 stationären Aufenthalten nach der Beurlaubungsregel sicher nicht sachgerecht. Die Aufnahme der Definition der Beurlaubung in die FPV 2006 [3] hingegen soll primär dem Missbrauch durch gezielten Fallsplitt bei G-DRGs, die von der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 Abs. 1 und 2 FPV 2006 [3] ausgenommen wurden, vorbeugen.

Teilstationäre Fortsetzung einer vollstationären Behandlung

Für die Abrechnung der I97Z ist in einigen Einrichtungen sicherlich problematisch, dass nach Abschluss einer vollstationären Behandlung im Rahmen einer teilstationären Weiterbehandlung im selben Krankenhaus erbrachte Prozeduren weiterhin nicht in die DRG-Gruppierung eingehen. Daraus folgt im konkreten Fall einer 12 Tage durchgeführten rheumatologischen Komplexbehandlung, dass trotz Fortsetzung der Behandlung in der rheumatologischen Tagesklinik des Krankenhauses, die erst ab 14 Komplexbehandlungstagen abzurechnende DRG I97Z nicht in Rechnung gestellt werden kann.

Änderungen der Kodierrichtlinien

Die Änderungen der Kodierrichtlinien zur Version 2006 [1] sind vor allem durch eine erneute Verschlanung in Form von Straffungen und Streichungen geprägt. Inhaltliche Redundanzen und Widersprüche wurden abgebaut und z. T. durch Klarstellungen ergänzt. Neue Richtlinien wurden nicht aufgenommen. Es erfolgte die notwendige Anpassung an die Versionen 2006 für ICD-10-GM, OPS und die G-DRG-Klassifikation, wobei prinzipiell kodierrelevante Änderungen nicht zu verzeichnen sind.

Änderungen OPS und ICD

Neben den bereits erwähnten OPS-Kodes für die multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (8-986.-), die 2006 anlog zu dem entsprechenden Code für die Erwachsenenbehandlung ergänzt wurden, haben sich im Bereich der Prozeduren- und Diagnosenerfassung für die Rheumatologie kaum relevante Änderungen ergeben [8, 9, 14, 15].

Zu erwähnen ist ein mit der Version 2006 neu eingeführter optionaler OPS-Kode für die Knochendichtemessung (3-900), unter dem alle gängigen Verfahren, unabhängig von der unterschiedlichen Kostenintensivität, subsumiert werden. Optionale OPS dienen lediglich der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und werden nicht an die Krankenkassen übermittelt.

Außerdem erfolgten 2 kleine, aber in der Kodierpraxis bedeutungsvolle redaktionelle Änderungen des Hinweistextes für die Prozeduren aus 8-561.- (Funktionsorientierte physikalische Therapie).

— So wurden die physikalische Therapie und die Physiotherapie, die in Version 2005 zu einem Therapiebereich zusammengefasst waren, getrennt.

Zur Dokumentation der Anwendung dieser Therapien ist damit die Möglichkeit, den OPS-Kode 8-561.2 (Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie) zu kodieren, erweitert worden.

Bei den speziell für die Rheumatologie relevanten ICD-Kodes ist es nur zu vereinzelten Neuerungen gekommen [8, 9]. Lediglich bei der Kodierung der Fibromyalgie wurde nach Antrag des VRA und der DGRh die in der Version 2005 noch vorgesehene klinisch unsinnige weitere Differenzierung in verschiedene Körperregionen an 5. Stelle gestrichen. Zu kodieren ist hier 2006 ausschließlich die M 79.70 (Fibromyalgie: an mehreren Lokalisationen). Des Weiteren wurden unter dem ICD-Kode für die Fibromyalgie die Fibromyositis, die Myofibrositis und die juvenile Fibromyalgie als synonym zu verschlüsselnde Erkrankungen ergänzt.

Als Änderungen bei häufigen Nebendiagnosen zu erwähnen sind die Codes

aus D 70.1- (Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie), die zum einen neben der Agranulozytose nun auch die Neutropenie umfassen und zum anderen jetzt anhand der Dauer der kritischen Phase in Tagen weiter differenziert werden. Ebenso wurde der Kode J 44.- (Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit) an 4. Stelle durch eine weitere Differenzierung (nach FEV₁) erweitert.

Gesamtbewertung

Die für die Rheumatologie sicher bedeutendste Neuerung im G-DRG-System 2006 ist die Einführung einer eigenen G-DRG (I97Z) für die fachrheumatologische Komplexbehandlung, über die nicht nur die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung bei Erwachsenen, sondern anhand eines ebenfalls für 2006 neu eingeführten OPS-Kodes auch bei Kindern und Jugendlichen abgebildet werden kann. Diese Anpassung im G-DRG-Fallpauschalensystem führt zu einer sachgerechteren Abbildung der Behandlungsrealität rheumatologischer Akutkliniken. Der ökonomische Anpassungsdruck, der aus der bisherigen unspezifischen Abbildung resultierte, dürfte dadurch abgemildert werden.

Darüber hinaus sind sowohl Veränderungen, die die Kodierung wie auch die Gruppierungen der rheumatologischen Fälle betreffen, zumindest auf den ersten Blick, eher als geringfügig einzustufen.

Tendenzen, wie die alle rheumatologische DRGs betreffenden Verweildauerreduktionen, sind ein insgesamt zu beobachtendes Phänomen nach Einführung der Fallpauschalierung und spiegeln die Entwicklungen in der deutschen Behandlungsrealität wider.

Inwieweit sich die Änderungen der Abrechnungsregeln tatsächlich auf die Abrechnungsbeträge auswirken, bleibt abzuwarten. Nicht eindeutige Definitionen, wie z. B. bei der Beurlaubungsregelung, können unverändert zu uneinheitlichen Interpretationen bei behandelnden Ärzten und Kostenträgern führen.

Insgesamt geht die Entwicklung auch in der Rheumatologie mit der Version 2006 erneut einen großen Schritt auf das Ziel einer sachgerechten und ökonomisch an-

gemessenen Abbildung der Behandlungsrealität im deutschen DRG-System zu.

Korrespondierender Autor

Dr. A. Liedtke-Dyong
Stabsstelle Medizincontrolling,
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 20, 48129 Münster
anke.dyong@smc.uni-muenster.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Versionen 2002/2003/2004/2005/2006, Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK gGmbH), 2001/2002/2003/2004/2005
- Fallpauschalen-Katalog G-DRG Version 2006 nebst Anlagen (Katalog ergänzender Zusatzentgelte, Katalog noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen sachgerecht vergüteter Leistungen, Zusatzentgelt-Katalog nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) – Fassung vom 29.09.2005, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK gGmbH) (<http://www.gdrg.de>)
- Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006, GKV, PKV, DKG (2005) (<http://www.gdrg.de>)
- Fiori W, Franz D, Roeder N (2003) DRG-Evaluationsprojekt Rheumatologie: Abbildungsqualität und Anpassungsbedarf akutrheumatologischer Behandlungen im G-DRG-System. Schöling, Münster
- Fiori W, Bunzemeier H, Franz D et al. (2005 a) G-DRG-Version 2006 – Komplexer aber gerechter? Arzt und Krankenhaus 11: Sonderdruck
- Fiori W, Roeder N, Lakomek H-J et al. (2005 b) Veränderungen für die Rheumatologie im G-DRG-System 2005. Z Rheumatol 64: 58–69
- G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2006, Definitionshandbuch Band 1–5, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK gGmbH), (<http://www.gdrg.de>)
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM), Version 2006, Systematisches Verzeichnis, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Stand 1. Oktober 2005
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM), Version 2005, Systematisches Verzeichnis, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Stand 15. August 2004
- Kodierleitfaden Rheumatologie Version 2006. Ein Leitfaden für die klinische Praxis. Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) DRG-Research-Group, 4. aktualisierte Aufl. Universitätsklinikum Münster
- Lakomek H-J, Roeder N, Liman W, Gross WL (2004) Sachgerechte Abbildung der Rheumatologie im G-DRG-System. Z Rheumatol 63: 57–58

- Lakomek H-J, Fiori W, Buscham K et al. (2005) Die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983) – Herausforderungen, Lösungen und Perspektiven. Z Rheumatol 64: 557–563
- Lakomek H-J, Fiori W, Buscham K et al. (2006) Zunehmend sachgerechte Abbildung der Rheumatologie im G-DRG-Fallpauschalensystem 2006. Z Rheumatol 65: 46–51
- Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS-301 SGB V), Version 2006, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Stand 20. Oktober 2005
- Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS-301 SGB V), Version 2005, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Stand 15. Oktober 2004
- Rau F (2004) Start in die Konvergenzphase auf Kompromissweg: Vermittlungsausschuss erzielt Einigung zum 2. FPÄndG. Das Krankenhaus 12: 979–985
- Roeder N (2005) Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. DRG-Research-Group, Münster
- Roeder N, Fiori W, Hülsemann JL et al. (2004) Rheumatologie im G-DRG-Fallpauschalensystem. Z Rheumatol 63: 43–56
- Roeder N, Fiori W, Wenke A (2006) Methodik zur Bewertung von nicht bewerteten DRGs. Das Krankenhaus 2: 120–123
- Schlottmann N, Fahlenbrach C, Köhler N, Simon C (2005) G-DRG-System 2006: Ein erster Überblick aus medizinischer Sicht. Das Krankenhaus 10: 846–858
- Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004, BgBl 2004 Teil 1 Nr. 69: 3429–3444