



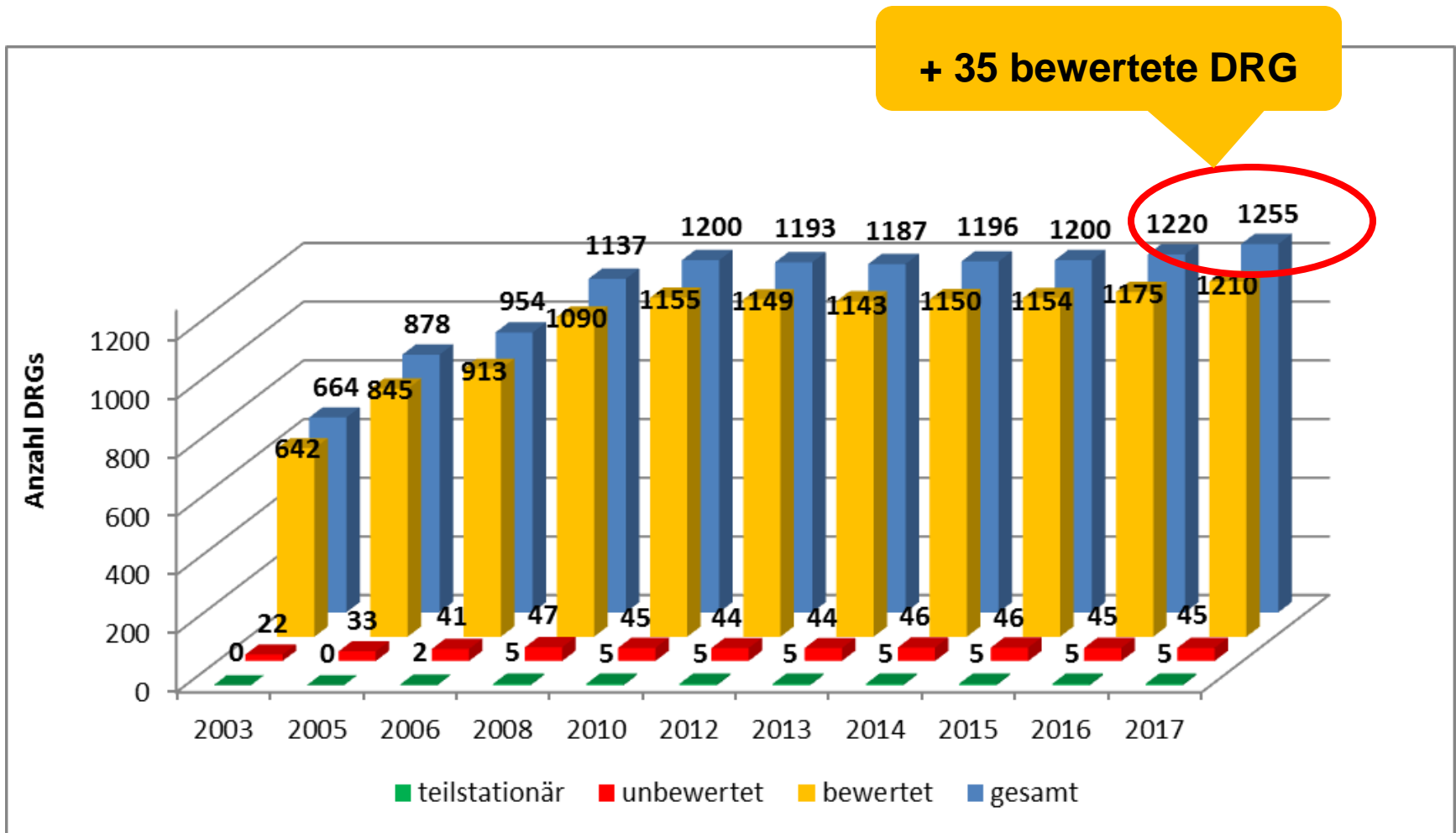
Das G-DRG-System 2017

G-DRG und PEPP-Entgelt-Systementwicklung aus
medizinischer Sicht

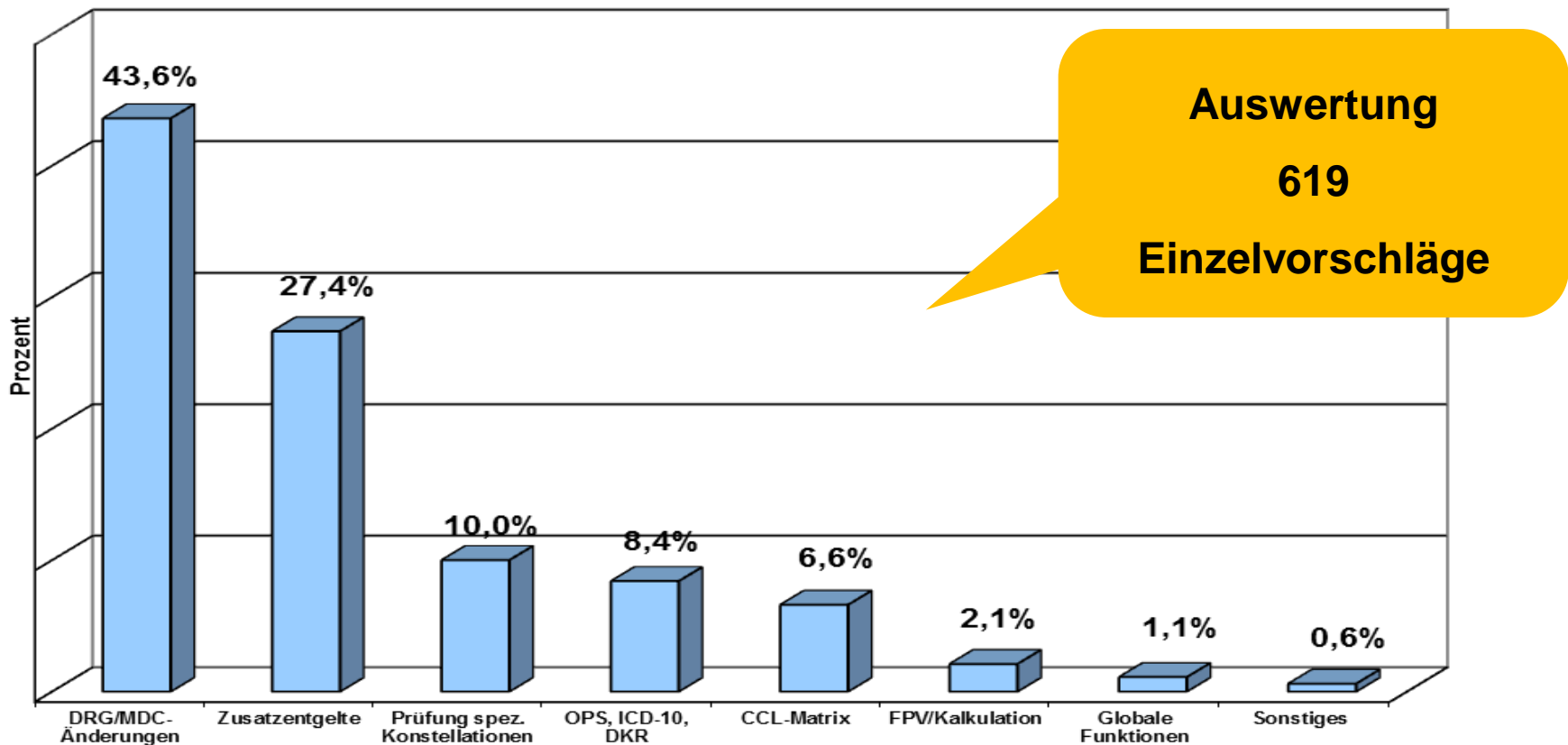
Düsseldorf, 14. November 2016

Dr. N. Schlottmann
Geschäftsführerin Dezernat Medizin I
Deutsche Krankenhausgesellschaft

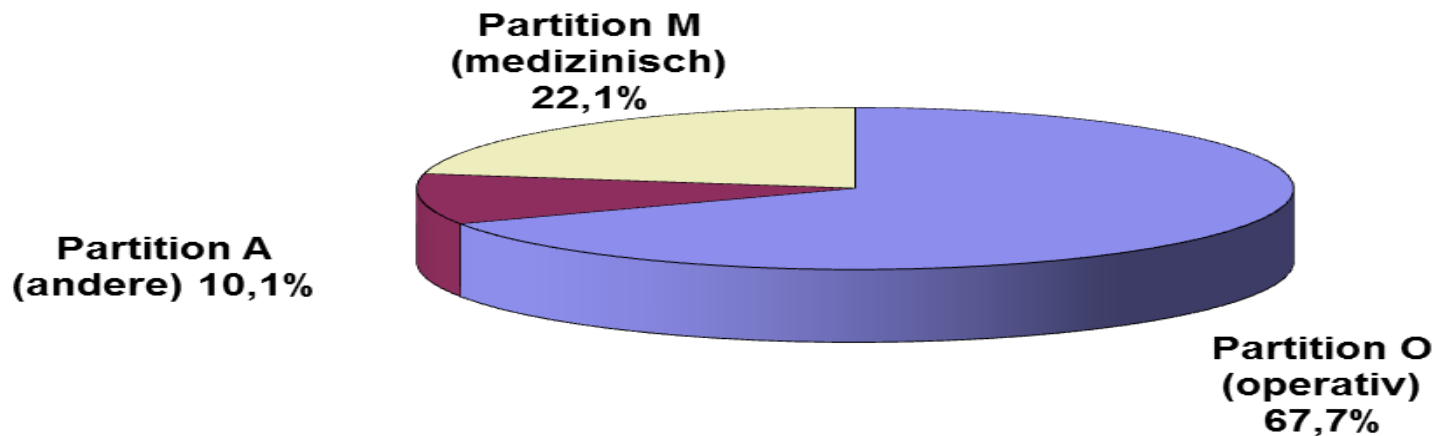
-
- **G-DRG-System 2017**
 - **NUB-Verfahren 2017**
 - **Deutsche Kodierrichtlinien 2017**
 - **Schlichtungsausschuss Bund**
 - **Psych-Entgeltsystem 2017**
 - **Deutsche Kodierrichtlinien - Psych 2017**
 - **OPS-Psych 2017**



Häufigkeitsverteilung der Vorschläge mit identifizierbaren MDC



Vorschläge nach Partitionen



Vorschläge für zusatzentgeltfähige Leistungen

Art des Vorschlages	Anteil 2013	Anteil 2014	Anteil 2015	Anteil 2016	Anteil 2017
Neue ZE für therapeutische Verfahren	26 %	36 %	17 %	16 %	11 %
Neue ZE für Medikamente, Blutprodukte	28 %	15 %	37 %	43 %	50 %
Neue ZE für Sachmittel	33 %	36 %	33 %	26 %	25 %
Neue ZE für diagnostische Verfahren	9 %	8 %	3 %	5 %	2 %
Änderung/Prüfung bestehender ZE	3 %	3 %	10 %	9 %	11 %
ZE, sonstige Themen	0 %	2 %	0 %	1 %	1 %

Relevante Änderungen

- Neue MDC 24 „Sonstige DRG“ durch Trennung der Fehler-DRG von den sonstigen DRG (Operative (OR-) Prozeduren ohne Bezug zur Hauptdiagnose)
- Orthopädie/Unfallchirurgie: Differenzierung der DRG I47B „*Revision und Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose...*“ in HD Frakturen DRG I47B und HD Coxarthrose DRG I47C
- Strahlentherapie: Differenzierung in mehreren MDC nach Kriterium „Anzahl Tage“ (viele neue DRG entstanden)
- InEK: weitere Schwerpunkte in Gastroenterologie, Kardiologie/Herzchirurgie, Atmungsorgane, Endokrinologie, Eingriffe an der Schilddrüse.

Relevante Änderungen

Neues Splitkriterien „**bestimmte aufwendige Behandlung**“ für kostenauffällige Leistungen, z.B.

- Anzahl an Transfusionen, Ery- bzw. Thrombozytenkonzentrate
kontinuierliche Dialyseverfahren
parenterale Ernährung ab einer bestimmten Dauer
intensivmedizinische und palliativmedizinische Komplexbehandlungen
Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalls
hochaufwendige Pflege PKMS (**erstmalig direkt gruppierungsrelevant, zusätzlich ZE 130 und 131**).

Differenzierung in „hochaufwendig“, „aufwendig“ und „mäßig aufwendig“.

Die Zuordnung der jeweiligen Leistungen bzw. Komplexbehandlungen zu den genannten Aufwandsgraden sind für die entsprechenden Basis-DRGs (B81, F65, E77, E79, F62, F67, F71, G60, K62, und L63) in spezifischen Prozedurentabellen hinterlegt

Relevante Änderungen

Berücksichtigung höhere Schweregrade abbildende Codes aus

U50.4- „*Schwere motorische Funktionseinschränkung*“,

U50.5- „*Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung*“

U51.2- „*Schwere kognitive Funktionseinschränkung*“,

Barthel-Index, FIM (Functional Independance Measure) und MMSE (Minimal Mental State Examination)

laut InEK in 22 Basis-DRGs erstmals bewertet (CCL 1)

gleichzeitig CCL-Bewertung einiger pflegerelevanter Diagnosen ab- und andere, wie Enterokolitis durch Clostridium difficile, aufgewertet

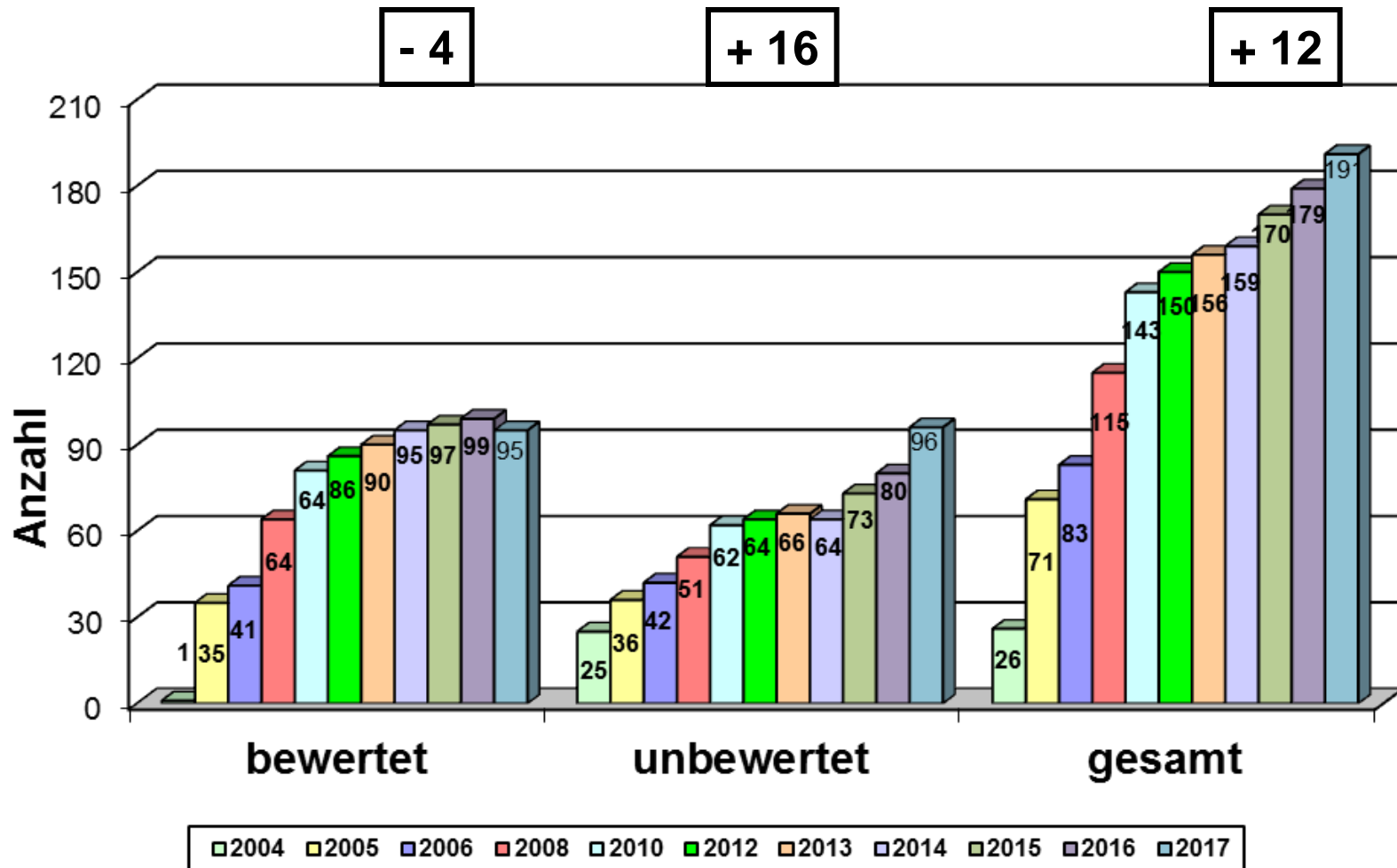
Künftige Ergänzung von OPS-Kodes für Pflegestufen bzw. Pflegegrade (9-984 ff.)?

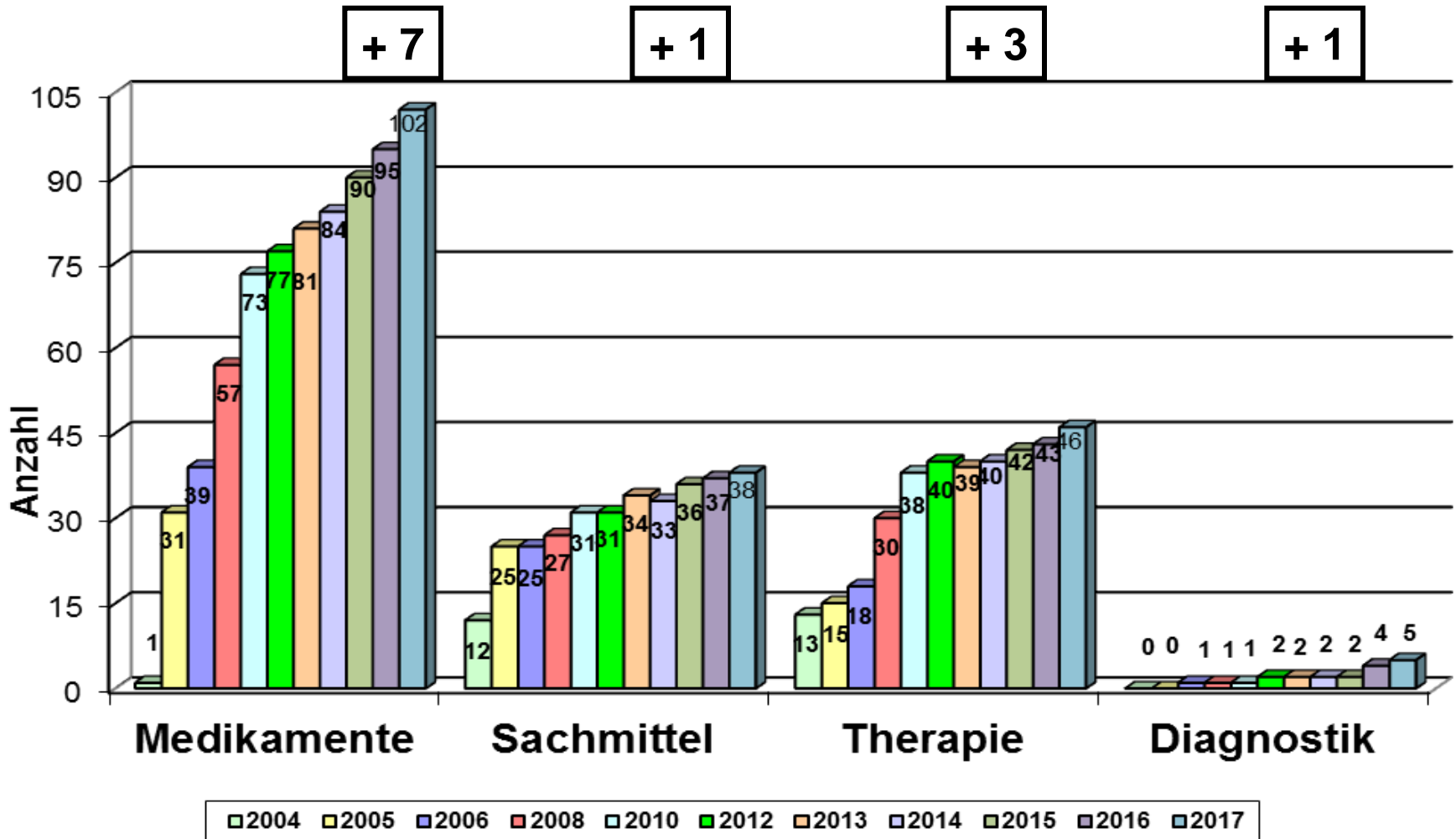


CCL-Matrix 2017

**Keine
PCCL-Formelanpassung**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anzahl untersuchter Diagnosen	ca. 350	ca. 450	ca.1.000	ca. 200	ca. 450	ca. 330	ca.1.010	ca.1.240	n.n.	ca.2.600	n.n.
Davon											
Abwertungen (auch DRG-spezifisch)	17	46	22	10	3	6	602	1098	338	1.694	1506
Aufwertungen	19	54	32	0	3	2				122	13
Streichungen	28	32	4	7	10	36	5		0		0
Neuaufnahmen	15	19	272	0	11	42	2	58	19	12	42
Summe	79	151	330	17	27	86	609	1.156	357	1.828	1561







Neue Zusatzentgelte 2017

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Bezeichnung	2017	Entgelt 2017 (€)
Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral	ZE160	203,49 - 3.471,78
Radiofrequenzablation Ösophagus	ZE161	1616,33
Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral	ZE2017-127	unbewertet
Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral	ZE2017-128	unbewertet
Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral	ZE2017-129	unbewertet
Gabe von Belimumab, parenteral	ZE2017-130	unbewertet
Gabe von Defibrotid, parenteral	ZE2017-131	unbewertet
Gabe von Thiotepa, parenteral	ZE2017-132	unbewertet
Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	ZE2017-133	unbewertet
Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst	ZE2017-134	unbewertet
Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen	ZE2017-135	unbewertet
Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen	ZE2017-136	unbewertet

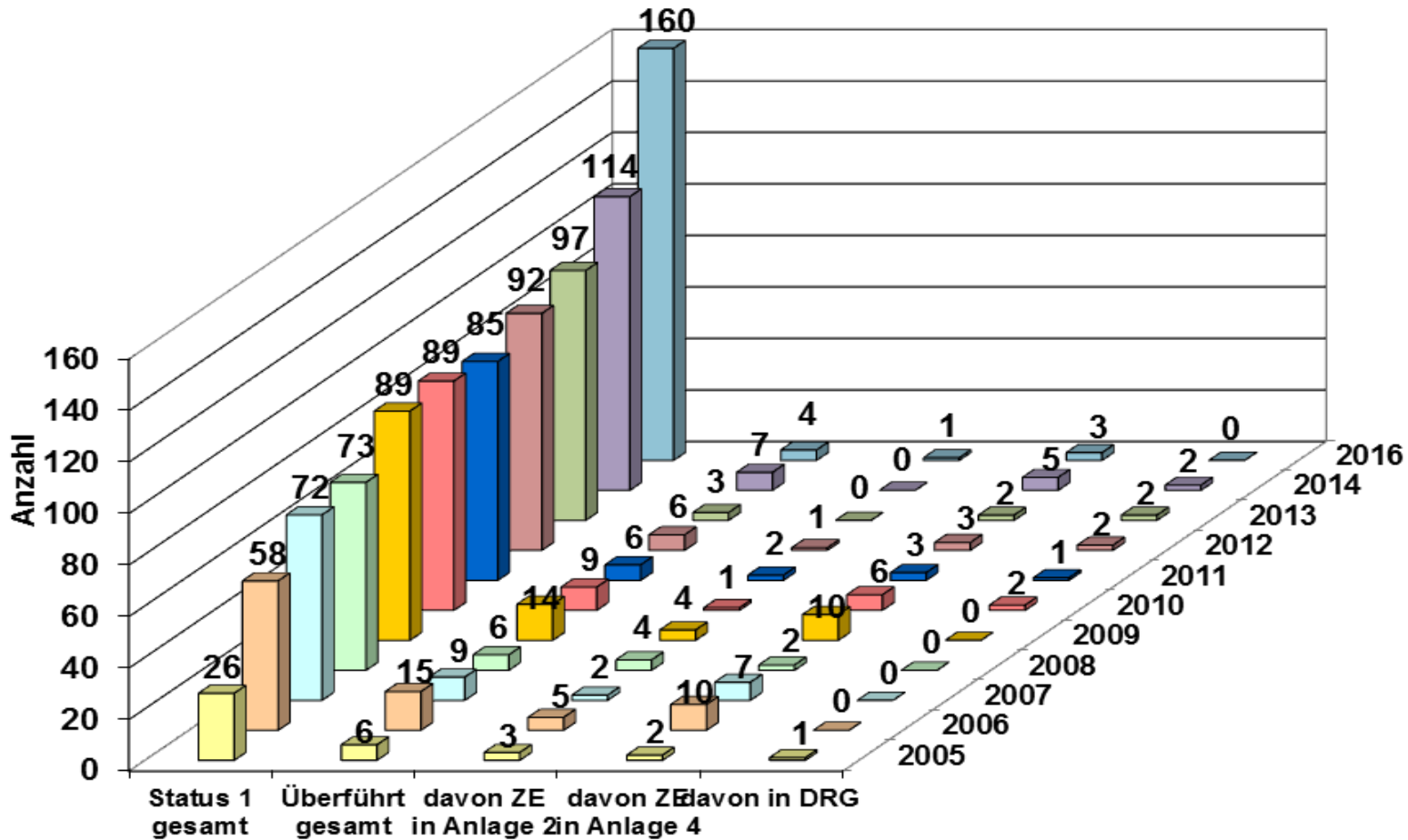


Unbewertete Zusatzentgelte 2017

(zuvor bewertete, Patentablauf)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

ZE 2016	Leistungsbeschreibung 2016	Entgelt 2016 (€)	ZE 2017	Leistungsbeschreibung 2017	Entgelt 2017 (€)
ZE53	Gabe von Pemetrexed, parenteral	2.136,17 - 13.491,62	ZE201 7-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	unbewertet
ZE76	Gabe von Etanercept, parenteral	264,12 - 2.377,09	ZE201 7-121	Gabe von Etanercept, parenteral	unbewertet
ZE92	Gabe von Imatinib, oral	244,53 - 9.641,60	ZE201 7-122	Gabe von Imatinib, oral	unbewertet
ZE109	Gabe von Caspofungin, parenteral	298,12 - 57.415,90	ZE201 7-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	unbewertet
ZE111	Gabe von Voriconazol, oral	246,78 - 9.311,66	ZE201 7-124	Gabe von Voriconazol, oral	unbewertet
ZE112	Gabe von Voriconazol, parenteral	295,48 - 59.941,20	ZE201 7-125	Gabe von Voriconazol, parenteral	unbewertet



§ 137 h SGB V (VSG)

- Einführung verpflichtender früher Nutzenbewertung bei neuen Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse (*systematisches, obligatorisches, fristgebundenes Verfahren*)
- Zeitnahe Verknüpfung NUB-Verfahren des INEK mit G-BA Methodenbewertung (Nutzen-/Potentialbewertung)
- Neue Erprobungsverpflichtungen/Studieninitiierung für den G-BA,
- Verpflichtende Beteiligung der Krankenhäuser an den Studien
- Verpflichtende Beteiligung der Medizinprodukteindustrie an den Kosten

Betroffen sind neue Methoden

mit Einsatz eines Medizinproduktes der Risikoklasse IIb und III und aktive implantierbare Medizinprodukte,

- deren technische Anwendung maßgeblich auf Einsatz eines Medizinproduktes beruht
- die ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweisen.
- deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist
- Erstmalige Anfrage nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

Konkretisierungen in der
Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung (MeMBV)

Klasse II b, hohes Risiko z.B.

- Intraokularlinsen
- Röntgengeräte
- Infusionspumpen

Klasse III, sehr hohes Risiko, z.B.

- Hüftprothesen
- Herzkatheter
- Arzneistoffe abgebende Stents

Aktive implantierbare Medizinprodukte, z.B.

- Herzschrittmacher

Besondere Invasivität liegt vor, wenn

MP mittels Aussendung von Energie oder Abgabe radioaktiver Stoffe gezielt auf wesentliche Funktionen von Organsystemen/Organen (insb. Herz, zentr. Herzkreislauf oder Nervensystem) einwirkt

MP erheblich in wesentliche Funktionen Organ/Organsystem, insb. Herz, zentr. Herzkreislauf oder Nervensystem eingreift, ersetzt oder langfristig verändert (= 30 Tage laut VO GBA)

alle

Woher weiß
Krankenhaus, dass
Anfrage erstmalig ist

Krankenhäuser, welche in bestimmten Fällen erstmalig eine Anfrage nach § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG beim InEK stellen (NUB-Anfrage), müssen zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode an den GBA übermitteln

- Laut Begründung zur MeMBV geht das BMG davon aus, dass das InEK für Auskünfte und Informationsaustausch bei etwaigen Fragen zur Erstmaligkeit zur Verfügung steht.
- Auskünfte des InEK hinsichtlich der Erstmaligkeit sind als verbindlich anzusehen (VO GBA)

**Einige Informationen
kennt nur der
Hersteller des
Produktes**

Kapitel 2, Verfahrensordnung des GBA

- Administrative Informationen (3)
- Angaben zur Methode und den Voraussetzungen einer Bewertung nach § 137 h SGB V (5)
- Weitere medizinproduktebezogene Angaben (sofern dem Krankenhaus bekannt) (2)
- Weitere medizinproduktbezogene Angaben des Herstellers (*optional durch den Hersteller auszufüllen*)
- Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse (9)
- Eckpunkte der Erprobungsstudie (optional) (1)
- Literaturverzeichnis (1)
- Unterschrift (1)

Erstmaligkeit ? - Hinweise was nicht erstmalig ist

- die ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweisen.
Trifft zu, wenn sich das Wirkprinzip oder das Anwendungsgebiet von anderen in der stationären Versorgung bereits eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheidet

bereits eingeführte systematische Herangehensweisen sind solche, die bereits im OPS Version 23.07.2015 spezifisch aufgeführt sind (MeMBV)

- Erstmalige Anfrage nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
Trifft zu, wenn sie bis 31.12.2015 noch nicht beim InEK gestellt wurde und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, und NUB, die nicht nach § 137 h geprüft wurde oder wird (VO GBA)

Kommt darauf an, dass insgesamt zu der Methode bisher noch keine Anfrage gestellt wurde (egal von welchem Krankenhaus) (VO GBA)

Erstmaligkeit - Unterstützungsangebote für Krankenhäuser

InEK: Schwierigkeiten erstanfragendes Krankenhaus zu identifizieren (insbesondere alte Anfragen aus Vergangenheit), Schwierigkeiten maßgeblichen Einsatz Medizinprodukt sicher zu identifizieren, deshalb

- Erweiterung Erfassungsmaske InEK-Datenportal (Medizinprodukt und alte Anfragen betreffende Ergänzungsfragen)
- Ergänzung der Erfassungsmaske um Informationen über bereits in den Jahren 2015 und 2016 gestellte NUB-Anfragen (vollständige Auflistung aller Bezeichnungen und Beschreibung der Methoden), (mehr als § 137 h SGB V relevante Methoden)
- Künftig Erweiterung der NUB-Informationen für die Krankenhäuser (Hinweis, welche Methoden sicher nicht erstmalig angefragt)
- Künftig Erweiterung der öffentlich zugänglichen NUB-Liste (Kennzeichnung der Methoden, zu denen bereits eindeutig NUB-Anfragen aus Vorjahren existieren)

Methoden, mit Informationsweiterleitung an den GBA nach § 137 h SGB V 2016

- *Minimalinvasive linksventrikuläre Rekonstruktion mittels Verankerungssystem bei Herzinsuffizienz (MP Revivent TC™ – Transcatheter-Ventricular Enhancement-System)*
- *Behandlung von erkranktem Gewebe und Neubildungen mittels ultraschallgesteuertem Hoch-intensivem fokussierten Ultraschall*
- *Gezielte Lungendeneravierung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen*





DKR-Anpassung für 2017 (DRG)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Angepasste DKR

Allgemeine DKR, Diagnosen: D012, D013, D015

Allgemeine DKR, Prozeduren: P003, P005

Spezielle DKR: 0201, 0801, 1105, 1510, 1806, 1905, 1917

Gründe

Inhaltliche Anpassung: D012, 1510, 1917 3

Inhaltliche Klarstellung: 0201, 0801 2

Redaktionelle Anpassung: D012, D013, D015, P003, 8
P005, 1105, 1806, 1905

(inkl. Anpassung an ICD oder OPS)

Insgesamt 12 DKR

- 0801 Schwerhörigkeit und Taubheit
Klarstellung, dass u.a. auch bei Aufnahme zur Einführung Cochlea- oder Hörimplantat H90.- Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung ... oder H91.- Sonstiger Hörverlust... als HD angegeben werden können
- 1510 Komplikationen in der Schwangerschaft
Verwendung von Diagnosen aus Z35.- Überwachung einer Risikoschwangerschaft auch unter dem Absatz Schwangerschaft als Nebenbefund
- 1917 Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln
Austausch des Beispiels 1 ohne Bezug zur Gerinnung
- 0201 Auswahl und Reihenfolge der Codes (Neubildungen)
Einfügen einer Fußnote zum Beschluss des Schlichtungsausschuss Bund gemäß § 17c KHG vom 27.07.2016

Kapitel 2, Neubildungen

0201 Auswahl und Reihenfolge der Codes

*„Der Malignom-Kode ist als Hauptdiagnose für **jeden** Krankenhausaufenthalt **zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen** (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) (siehe Beispiel 2) sowie **zur Diagnostik** (z.B. Staging) (siehe Beispiel 3) anzugeben, bis die Behandlung **endgültig** abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt. War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß DKR D002 Hauptdiagnose (Seite 4) zu wählen.“*

Kapitel 2, Neubildungen

(Beschluss vom 04.07.2016)

0201 Auswahl und Reihenfolge der Kodes

Antrag des GKV-SV vom 04.02.2015 zur Feststellung der Auslegungsregel

In Fällen, in denen während eines stationären Aufenthaltes ausschließlich die Komplikation oder Folge einer Therapie behandelt wird, sei dies keine Folgebehandlung der bösartigen Neubildung. Es wäre dann die Komplikation oder Folge als Hauptdiagnose anzugeben und der Tumor als Nebendiagnose.

DKG hat Antrag abgelehnt und Gegenantrag gestellt, wonach Versorgung von Komplikationen und Folgen einer Tumorthherapie auch als Folgebehandlung der bösartigen Neubildung gemäß DKR 0201 gelten.



Argumente DKG

- Keine Auslegung, sondern Neuregelung durch Antrag GKV
- Künstliche Trennung Tumorfolgen von Therapiefolgen, medizinisch nicht immer eindeutig möglich (z.B. Anämie, Übelkeit, Erbrechen), somit neues Konfliktpotential
- Therapiefolgen sind integraler Bestandteil einer aggressiven Tumorthherapie
- Ausführungen GKV konnten Antrag nicht begründen
- **U.v.m.**

Kapitel 2, Neubildungen, *0201 Auswahl und Reihenfolge der Kodes*

Mehrheitsbeschluss zu Vorschlag Unparteiische mangels Einigung

„Wird bei einem Patienten – mit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekanntem Malignom und bevor die Malignom-Behandlung endgültig abgeschlossen ist – während des stationären Aufenthaltes ausschließlich eine einzelne Erkrankung (oder Komplikation) als Folge einer Tumortherapie oder eines Tumors behandelt, wird in diesem Fall die behandelte Erkrankung als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor als Nebendiagnose.

Hiervon ausgenommen sind solche Fälle, bei denen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt werden“

Moderate klassifikatorische
Umbauten vor dem
Hintergrund des zu
erwartenden PsychVVG

- Neue Berücksichtigung der Geltungsdauer des Codes für die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (OPS 9-634) als alternatives Zugangskriterium in Entgelte für die Psychosomatik (bisher nur Fachabteilungsschlüssel)
- Erhöhter Betreuungsaufwand auch unter Berücksichtigung von Codes für den indizierten komplexen Entlassungsaufwand für Kinder, Jugendliche und Erwachsene ab mehr als 2 Stunden pro Tag
- Getrennte ergänzende Tagesentgelte (ET) für die Intensivbehandlung bei Erwachsenen mit 3 bzw. 4 Merkmalen
- Weitere diagnosebasierte Splitkriterien (z.B. Kachexie) für einzelne PEPP

9-984 Pflegebedürftigkeit

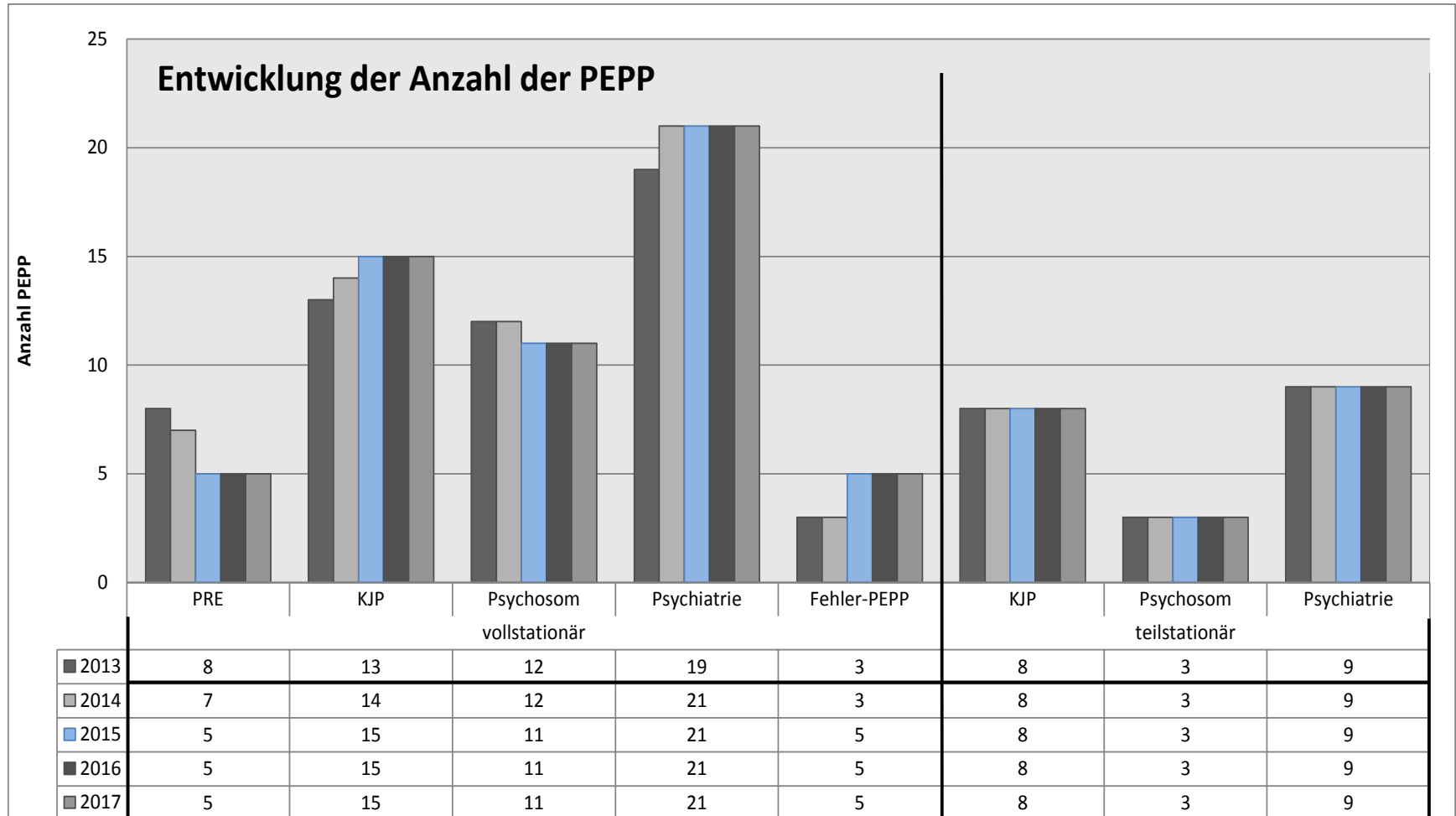
- Bis 2015 nur für § 17 d KHG, ab 2016 auch für DRG-Bereich

Für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einer Pflegestufe zugeordnet sind

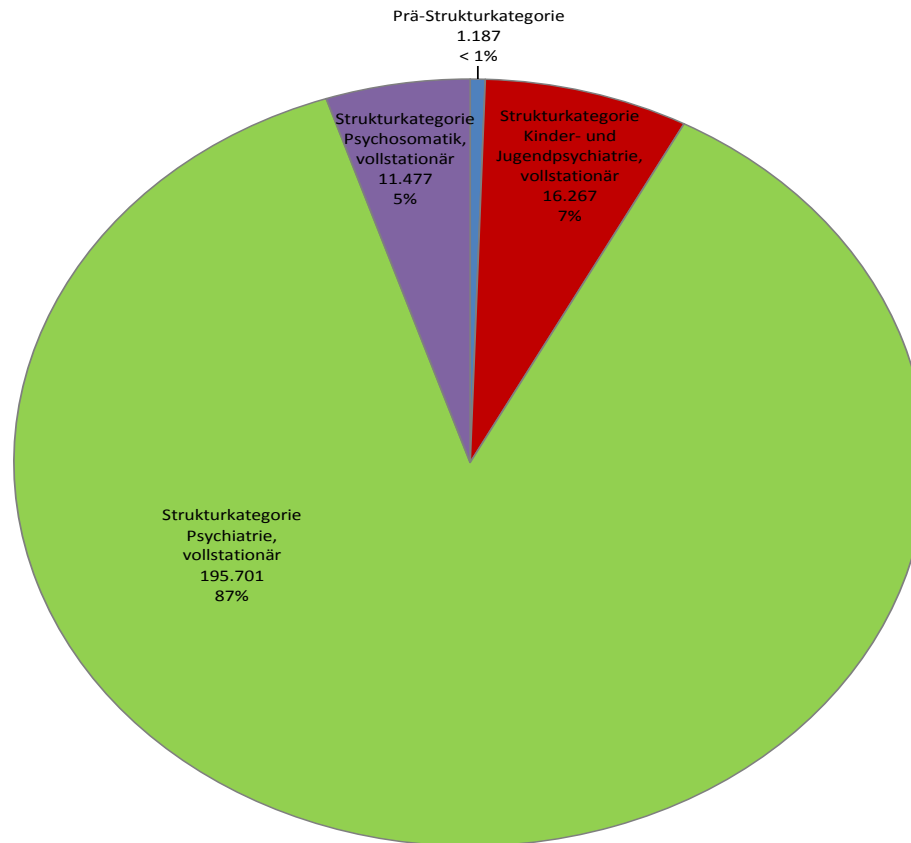
- .0 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürft.)
- .1 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürft.)
- .2 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)
- .3 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall)
- .4 Erfolgter **Antrag** auf Einstufung in eine Pflegestufe
- .5 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0

Berücksichtigung der Codes für die Pflegebedürftigkeit

		PEPP 2016	PEPP 2017
Psychiatrie	PA01A, Intellig.		Ab PS II
	PA02A, Psy u Ver		Ab PS II
	PA02B		Ab PS I
	PA03A, Schizoph		Ab PS I
	PA04A, Affektive	Ab PS II	AP PS II
	PA04B		Ab PS I
	PA14A, Persönli		Ab PS II
	PA15A, Organi		Ab PS III
	PA15B	Ab PS II	Ab PS II

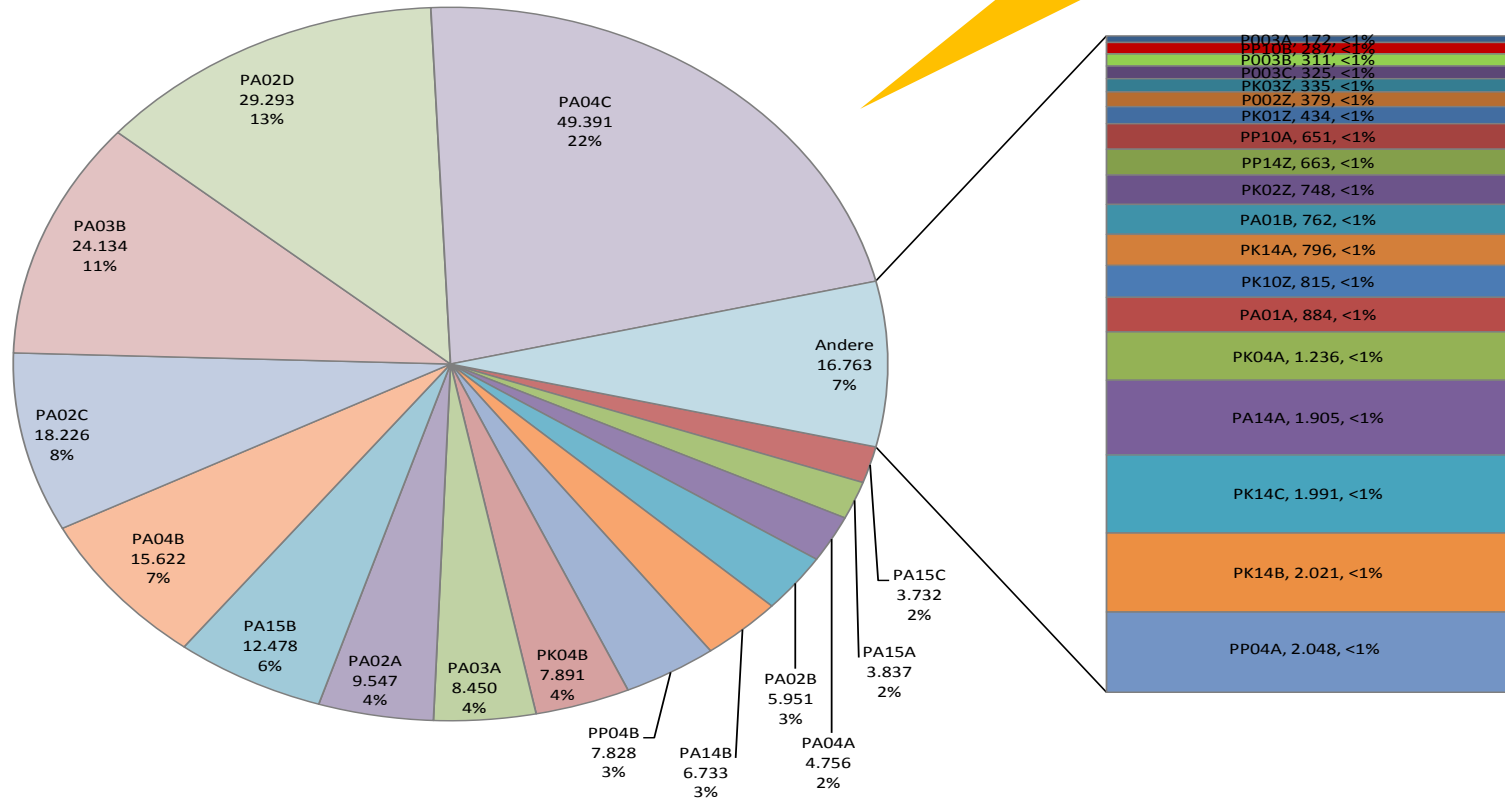


Fallverteilung bewerteter PEPP (Kalkulationsdaten)

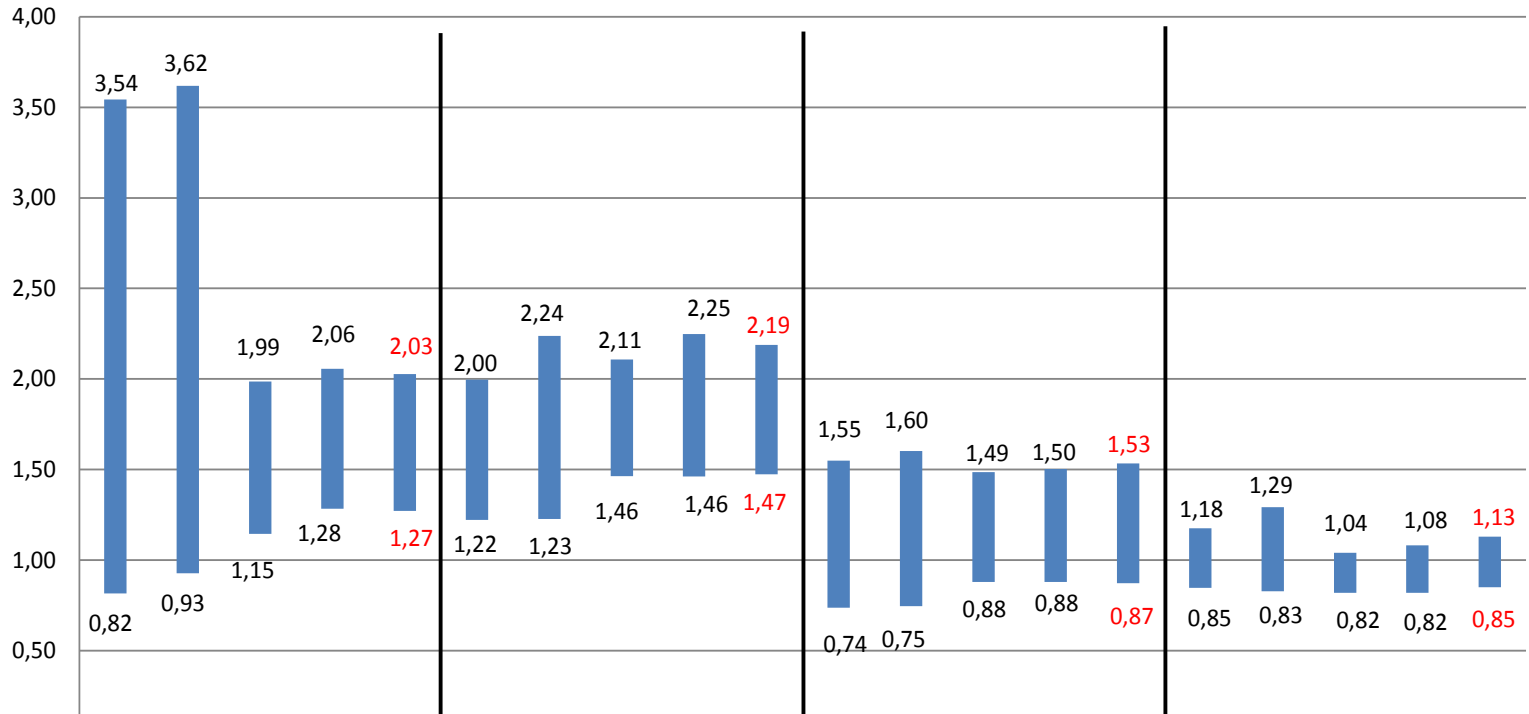


Weiterhin
4 PEPP für > 50 %
der Fälle

Fallverteilung
bewerteter PEPP
(Kalkulationsdaten)



Vergleich der Spannweiten 2013 - 2017



	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
	PRE					KJP					Psychiatrie					Psychosomatik				
Max BR/Tag	3,54	3,62	1,99	2,06	2,03	2,00	2,24	2,11	2,25	2,19	1,55	1,60	1,49	1,50	1,53	1,18	1,29	1,04	1,08	1,13
Min BR/Tag	0,82	0,93	1,15	1,28	1,27	1,22	1,23	1,46	1,46	1,47	0,74	0,75	0,88	0,88	0,87	0,85	0,83	0,82	0,82	0,85

- Weiterhin nur geringfügige Änderungen

Anpassungen 2017

- 3 Anpassungen an ICD und OPS



OPS-Anpassung 2016

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

- Umfassende Vorschläge beim DIMDI eingereicht durch DKG und andere Verbände
- Keine Beratung in der üblichen AG
- Codes nahezu unverändert
- Diskrepanz Vorschläge und Umsetzung
- Auftrag an Selbstverwaltung mit PsychVVG

-
- Viele normative Eingriffe in das DRG-System in 2016
 - Zahlreiche neue Aufgaben an die Selbstverwaltung mit kritischen inhaltlichen Vorgaben, hohem Konfliktpotential und unrealistischen Fristen
 - Systemkomplexität nicht mehr nachvollziehbar
 - Verhältnis von Aufwand und Nutzen i.V.m. Einführung DRG-System?
 - Überregulierung der Medizin und Pflege mit patientenferner Bürokratie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit