



2. Arbeitstreffen
DRGs in der Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde

DRG-Kommission der DG HNO/KHC

Das G-DRG System aus der Sicht des Medizincontrollings

Dr. Franz Metzger
GB-F-Medizincontrolling



Was bringen die DRGs 2004?

**G-DRG
German
Diagnosis
Related
Groups**

Version 2003/2004

**Definitions-
Handbuch
Band 1
(DRGs A01Z-H64B)**

Zwei Systeme:

**1. Überleitung 2003 auf 2004
ICD 10 2.0 und OPS 2.1**

**G-DRG
German
Diagnosis
Related
Groups**

Version 2004

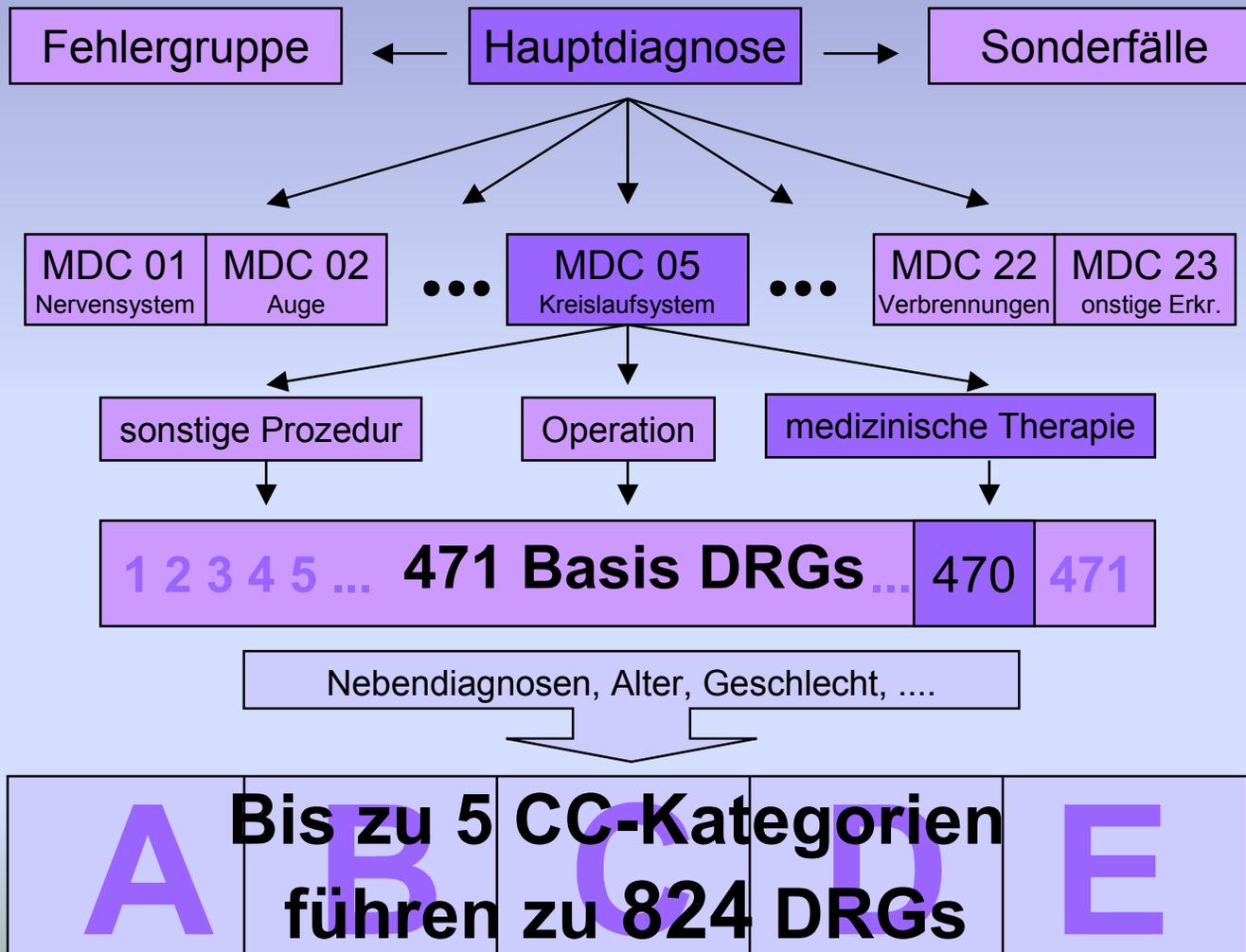
**Definitions-
Handbuch
Band 1
(DRGs A01Z-H64B)**

2. Abrechnung 2004

ICD 10 GM 2004 und OPS 2004



Gruppierungsalgorithmus im G-DRG-System 2.0





Gruppierungsalgorithmus im G-DRG-System 2.0

236 Basis DRGs keine Unterteilung nach Schweregraden: **Z**

235 Basis DRGs mit unterschiedlicher Unterteilung:

150 DRGs	2 Splitts	A/B
56 DRGs	3 Splitts	A/B/C
25 DRGs	4 Splitts	A/B/C/D
4 DRGs	5 Splitts	A/B/C/D/E

- A:** DRG mit höchstem Ressourcenverbrauch
- B:** DRG mit zweithöchstem Ressourcenverbrauch
- C:** DRG mit dritthöchstem Ressourcenverbrauch
- D:** DRG mit vierthöchstem Ressourcenverbrauch
- E:** DRG mit fünfhöchstem Ressourcenverbrauch



Änderung des Schweregradsplitts

ADRG D02

Eingriffe an Kopf und Hals

Prozedur in Tabelle TAB-D02-1

DRG D02A

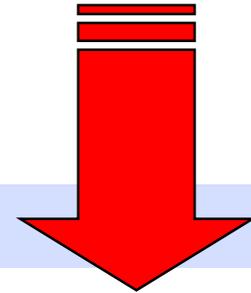
Eingriffe an Kopf und Hals mit CC

PCCL > 1

DRG D02B

Eingriffe an Kopf und Hals ohne CC

2003



ADRG D02

Große Eingriffe an Kopf und Hals

Prozedur in Tabelle TAB-D02-1

DRG D02A

Große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC

PCCL > 3

DRG D02B

Große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC

2004



Änderung des Schweregradsplitts

G-DRG 1.0	G-DRG 2.0	Fälle	
D02A	D02A	93	38%
D02A	D02B	133	55%
D02A	D06Z	15	6%
D02A	D14Z	3	1%
		244	100%



Änderung des Schweregradsplitts

Anhang C CCGs, CC-Ausschlüsse, CCLs und PCCL-Berechnung

173 „neue“ CCL relevante Nebendiagnosen,

damit gibt es **2.911 CCL relevante**

Nebendiagnosen.

Vorwiegend durch in 2004 differenziertere

Schlüssel bedingt:

ICD-10 Text	OP-CCG	Med-CCG	ICD-10 Text	OP-CCG	Med-CCG
A07.1 Salmonelleninf.	2	2	A39.2 Akute Meningokokkensepsis	3.4	3
A07.2 Infektion mit anderen flagellierten Bakterien	2	2	A39.3 Sepsis durch Meningokokken	3.4	3
A04.9 Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	2	2	A39.4 Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet	3.4	3
A07.3 Isosporose	2	2	A39.5 Herzkrankheit durch Meningokokken	1.2.3	1.2
A07.4 Entamoebiose	2	2	A39.8 Sonstige Meningokokkeninfektionen	3.4	3
A08.9 Diarrhoe u. Gasferments, vermutlich infektiöser Ursprung	2	2	A22.9 Meningitis, Bakterien, nicht näher bezeichnet	3.4	3
A08.1 Durchfall, Bakterien, durch Kultur nachw. d. Kult	3.4	3	A40.0 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	3.4	3
A15.1 Lungentuberkulose, nur durch Kultur	3.4	3	A40.1 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	3.4	3
A15.2 Lungentuberkulose, histologisch gesichert	3.4	3	A40.2 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D	3.4	3
A15.3 Lungentuberkulose, d. nbnbez. histologisch gesichert	3.4	3	A40.3 Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	3.4	3
A15.4 TB-Infektion, lymphknoten, bakt. od. histol. gesichert	3.4	3	A40.8 Sonstige Sepsis durch Streptokokken	3.4	3
A15.5 Tuberkulose, sonstige, bakt. od. histol. gesichert	3.4	3	A40.9 Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	3.4	3
A15.6 Tuberkulose, sonstige, nicht näher bezeichnet	3.4	3	A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus	3.4	3
A15.9 Nbnz. TB Atmungsorgane, bakt. od. histol. gesichert	3.4	3	A41.1 Sepsis d. sonstige nbez. Staphylokokken	3.4	3
A18.0 Lungentuberkulose, bakt. u. histol. r. gesichert	3.4	3	A41.2 Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	3.4	3
A18.1 Lungentuberkulose, bakt. u. histol. r. nbnbez.	3.4	3	A41.3 Sepsis durch Haemophilus influenzae	3.4	3
			A41.4 Sepsis durch Haemophilus influenzae, nicht näher bezeichnet	3.4	3
			A41.51 Sepsis, Escherichia coli [E. coli]	3.4	3
			A41.52 Sepsis, Pseudomonas	3.4	3
			A41.58 Sepsis, Sonstige gramnegative Erreger	3.4	3
			A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis	3.4	3
			A41.8 Sepsis, nicht näher bezeichnet	3.4	3
			A48.0 Gasbrand [Gasdän]	3.4	3





Anlage 3
(zu § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)

**Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog
vergütete Leistungen**

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistungen erbracht werden dürfen.

DRG	Parti-tion	Bezeichnung
1	2	3
Prä-MDC		
A16B	O	Transplantation von Darm oder Pankreas(gewebe), Pankreasinseltransplantation
A43Z	A	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
A61Z	M	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems		
B61A	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit äußerst schweren CC
B61B	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne äußerst schwere CC
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		
E76A	M	Tuberkulose mit äußerst schweren CC
E76B	M	Tuberkulose ohne äußerst schwere CC
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		
K01A	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane		
L61Z ¹⁾	M	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
MDC 19 Psychische Krankheiten		
U01Z	O	Geschlechtsumwandelnde Operation
MDC 21A Polytrauma		
W01A	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie mit Frührehabilitation
W05Z	O	Polytrauma mit signifikantem Eingriff ohne maschinelle Beatmung oder Kraniotomie mit Frührehabilitation
W40Z	A	Frührehabilitation bei Polytrauma
MDC 22 Verbrennungen		
Y01Z	O	Operative Eingriffe oder Langzeitbeatmung bei schweren Verbrennungen
Y61Z	M	Schwere Verbrennungen
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens		
Z41Z	A	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
Z42Z	A	Stammzellentnahme bei Fremdspender
Z43Z	A	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

¹⁾ auch teilstationär abrechenbar

Entgelte
nach
§6 Abs. 1
2004

18 nicht
kalkulierte DRGs

teilstationäre
Leistungen nicht
über DRGs
abrechenbar



Anlage 2 (zu § 5 Abs. 1)

Zusatzentgelte-Katalog

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004		Betrag
		OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5
ZE01 ¹⁾	Hämodialyse	8-854.0	Hämodialyse, intermittierend	225,05 Euro

Fußnoten:

- ¹⁾ Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 sowie für das nach Anlage 3 krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelt L61 nicht möglich.



Zusatz-entgelt ¹⁾	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE25	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	5-020.62	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-020.63	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-020.64	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), sehr komplexer Defekt
		5-020.71	Kranioplastik, Schädeldach, mit alloplastischem Material, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-020.72	Kranioplastik, Schädeldach, mit alloplastischem Material, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-774.71	Plastische Rekonstruktion der Maxilla, durch alloplastische Implantate, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-774.72	Plastische Rekonstruktion der Maxilla, durch alloplastische Implantate, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-775.71	Plastische Rekonstruktion der Mandibula durch alloplastische Implantate, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-775.72	Plastische Rekonstruktion der Mandibula durch alloplastische Implantate, mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
ZE26	Ramus-Distraktoren	5-776.6	Verlagerung des Unterkiefers durch Distraction mit Kontinuitätsdurchtrennung im aufsteigenden Mandibulaast
		5-776.7	Verlagerung der Mandibula durch Distraction nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast
		5-776.8	Verlagerung des Oberkiefers durch Distraction nach Osteotomie in Le Fort-I Ebene
		5-776.9	Verlagerung des Alveolarfortsatzes durch Distraction nach Osteotomie
		5-777.*1	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes, mit Distraction
ZE30 ²⁾	Dialyse	8-854.1*	Hämodialyse, Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)
		8-854.x	Hämodialyse, Sonstige
		8-854.y	Hämodialyse, N.n.bez.
		8-853.**	Hämofiltration
		8-855.**	Hämodiafiltration
		8-857.*	Peritonealdialyse

Zusatzentgelte 2004

25 nicht kalkulierte
„Zusatzentgelte“

krankenhausindividuelle
Entgelte zu vereinbaren



DRG Einführung Kostenkalkulation 2004

- Annähernd gleiche Anzahl von KH plus 12 Unikliniken
- 2,1 Mio. Datensätze, wesentlich bessere Qualitätskontrolle, davon 1,66 Mio. publiziert / verwertbar? (10 % aller Fälle!)
- Im internationalen Vergleich ist eine bereits hohe Kostenhomogenität erreicht (alle > 0,51, 601 DRG > 0,6)
- Wechsel von der geometrischen zur arithmetischen Mittelwertsberechnung (Kosten und Verweildauer)
- Erwartung:
Verbesserung der Gewichte der Maximalversorgung (Dekompressionseffekt)
Absinken des Basisfallpreises ?



Kostenkalkulation 2004

MDC Verteilung

IM_Text	DRG_Anzahl	Faelle_Anzahl
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	91	230.282
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	86	206.673
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	60	193.348
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	67	125.615
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	35	118.225
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	43	117.414
MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	17	81.712
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	38	78.570
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	41	70.285
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	21	60.719
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	33	59.015
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	31	57.919
MDC 15 Neugeborene	38	56.089
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	28	46.843
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	22	30.418
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	20	29.535
Fehler-DRG	7	28.072
MDC 21 Polytrauma / Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen...	26	19.379
MDC 18 HIV / Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	22	15.464
MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	12	11.021
MDC 19 Psychische Krankheiten	10	9.800
Prä-MDC	34	8.556
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere ...	10	6.922
MDC 20 Alkohol- und Drogengebr. u. alkohol- und drogeninduzierte psych. Störungen	8	6.024
MDC 22 Verbrennungen	6	1.171
		1.669.071



Kostenkalkulation 2004

MDC 03

DRG		Fälle	VWD_MW	VWD_STD	KOST_MW	KOST_STD
D11B	Tonsillektomie ohne äußerst schw ere oder schw ere CC	13891	6,3	1,4	2056,72	722,69
D06Z	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid und komplexe Eingriffe am Mittelohr	13374	6,5	2	2542,55	1012,95
D09B	Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schw ere CC	12164	5,2	2,4	2073,77	920,48
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	10785	5,9	2,9	1629,32	852,27
D63Z	Otitis media und Infektionen der oberen Atemw ege	9489	4,4	2,2	1341,85	750,06
D68Z	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag	8703	1	0	572,43	427,39
D10Z	Verschiedene Eingriffe an der Nase	8097	6	1,7	2272,52	913,19
D61Z	Gleichgew ichtsstörungen (Schw indel)	6544	6,9	3,3	1844,94	919,43
D14Z	Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag	4055	1	0	1097,8	718,93
D13Z	Adenotomie und Parazentese (Myringotomie) mit Einlegen eines Paukenröhrchens	3118	2,5	1,4	1219,14	553,51
D60D	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schw ere oder schw ere CC	3114	5,5	3,7	1903,16	1167,97
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle, ohne Zahnextraktion und -w iederherstellung	2582	5,1	2,7	1685,83	1054,55
D04Z	Operationen am Kiefer	2270	7,9	3,1	4173,82	2397,69
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung	2035	5,6	2,9	2404,86	1403,04
D02B	Große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schw ere CC	2031	13,6	6,5	6783,44	4061,1
D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	1778	6,5	4	2564,65	1430,93
D62Z	Epistaxis	1546	4,1	1,9	1061,39	677,86



Dekompression der Maximalversorgung?

- ❗ Keine wesentliche Verbesserung der Darstellung der Maximalversorgung.
- ❗ Abwertung der Gewichte der Regelversorgung.

DRG-Kategorie	Fälle	G-DRG 1.0	G-DRG 2003/2004
		CMI	CMI
Maximalversorgung	76904	1,550	1,720
Regelversorgung	92034	0,824	0,798
Tagesfall	28621	0,268	0,240

Daten: UKL BW 01-07 2003



Dekompression der Maximalversorgung?

Simulation: maximaler Fallschweregrad durch Hinzufügen von zwei PCCL relevanten Diagnosen und Neugruppierung

	IST Dokumentation		Simulation		Differenz	
	CMI	PCCL	CMI	PCCL	CMI	PCCL
G-DRG 2003/2004	0,876	1,74	1,048	3,64	19,67%	109,20%
G-DRG 1.0	0,928	1,73	1,038	3,62	11,84%	109,25%

Der ökonomische Puffer im AR-DRG System liegt bei etwa **40 %**

- ⇒ **Kostenverteilungsverfahren bei Kalkulation nicht ausreichend**
- ⇒ **Kodierung ???**



Kodierperformance

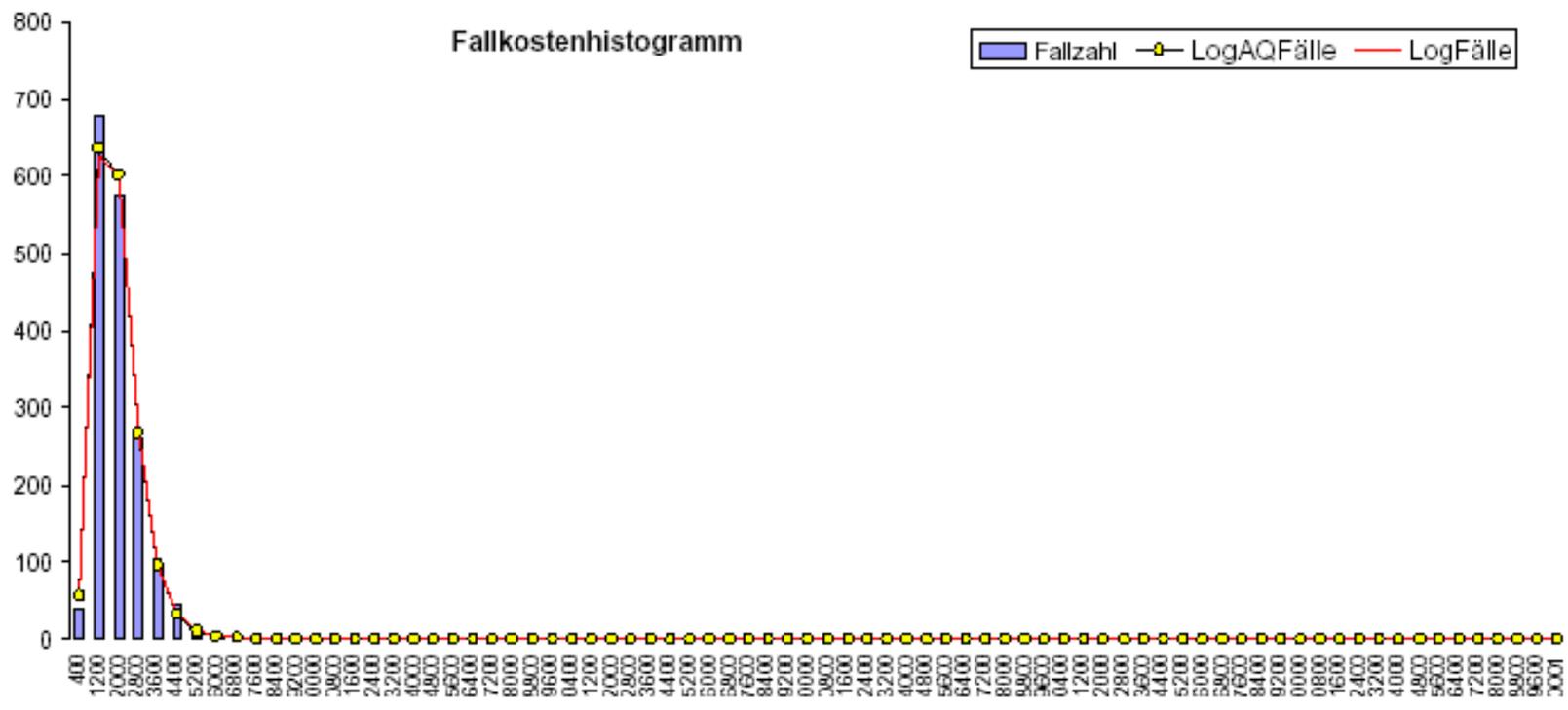
UKL 2003

	A	B	C	D	E
Fallzahl gesamt:	38.991	45.656	41.433	42.337	29.273
Fallzahl E1:	30.377	32.067	41.366	33.478	23.978
- davon prüfbare Fälle:	16.568 54,50%	20.304 63,30%	26.572 64,20%	20.660 61,70%	15.296 63,80%
-- davon auffällige Fälle:	6.297 38,00%	9.703 47,80%	9.276 34,90%	9.692 46,90%	8.700 56,90%
-- davon auffällige "A"-Fälle:	2.484 15,00%	3.909 19,30%	3.325 12,50%	4.602 22,30%	3.911 25,60%
Anwendbare PrüfregeIn:	124	128	130	121	127
Geprüfte Regeln:	47.308	64.941	94.776	59.029	51.927
- davon auffällige Regeln:	8.229 17,40%	14.497 22,30%	11.576 12,20%	12.253 20,80%	12.973 25,00%



D11B Tonsillektomie oh äuß schw od schw CC

Fälle	854	EBITg	0	HK/HK_Q	0,673 0,627	k1	0,816	0,6<=K1=<1,5	KFPVUnterlieger	0	
LogNormal	Fallkosten	Verwd*	Fallkostentyp	Kosten	Fallzahl	MtlVerwd	Stabw	0,432	0,1<=Stabw=<1,5	KFPVFrühverlegt	0
Untergrenze	3,0%	1,7%	Niedrigkosten	672 €	15	3,5	Qvh25	1.332 €		KFPVÜberlieger	47
AQTM	785 €	6	Normalkosten	1.883 €	810	6,7	Median	1.774 €	FallkostenKtIG	2.036 €	Bfw-Annahm 2.800 €
AQTM	1.950 €	6,9	Frühverlegte		0		MtlKost	1.969 €	VerwdKtg	6,3	
Untergrenze	4.136 €	8	Hochkosten	4.429 €	22	8,3	Qvh75	2.385 €			
Hochkosten	97,5 %	95,5%	Extremkosten	6.983 €	7	13,0	Max	10.605 €			
Obergrenze	4.847 €	9									
AQTM	99,0%	99,6%									

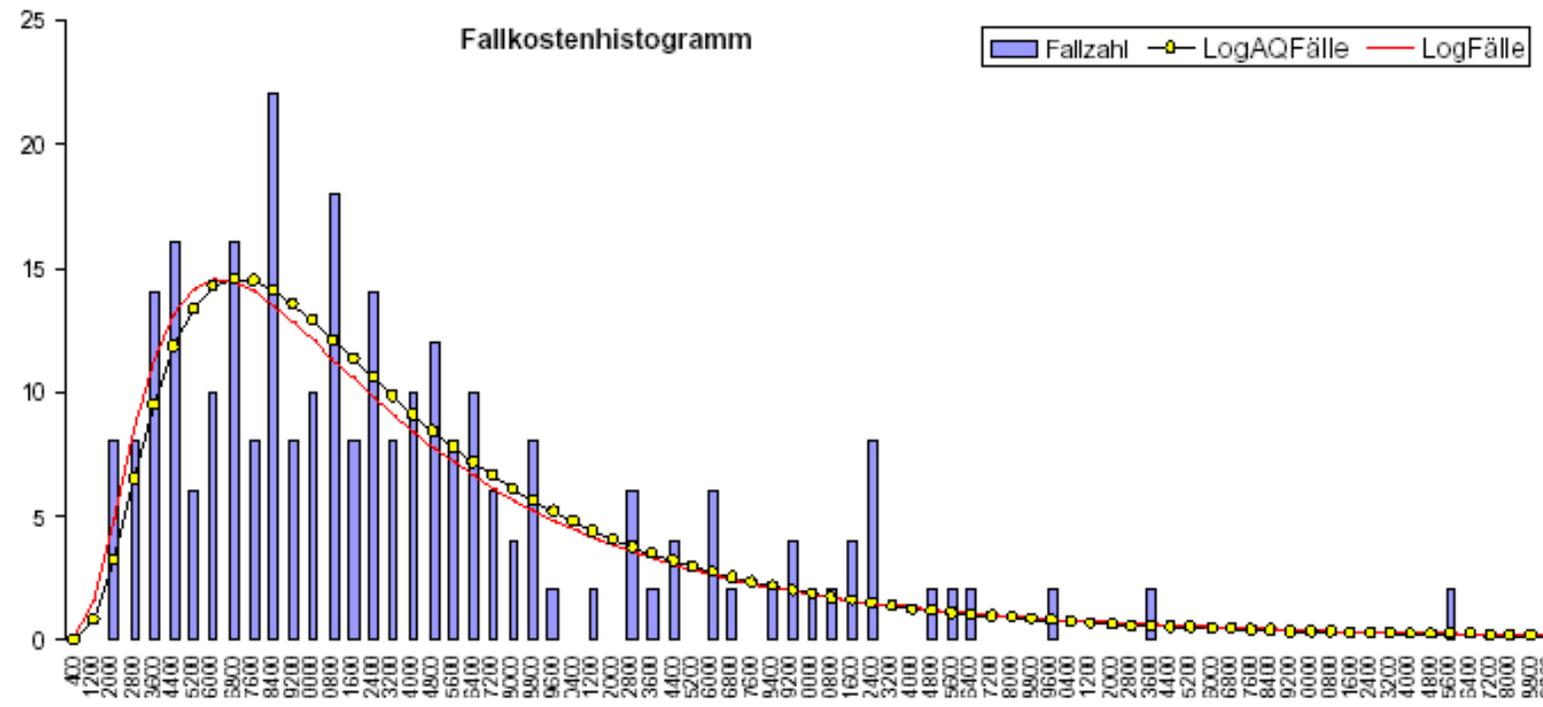


Daten: UKL BW 01-07 2003



D02A GrEingrKopfhals m äuß schw CC

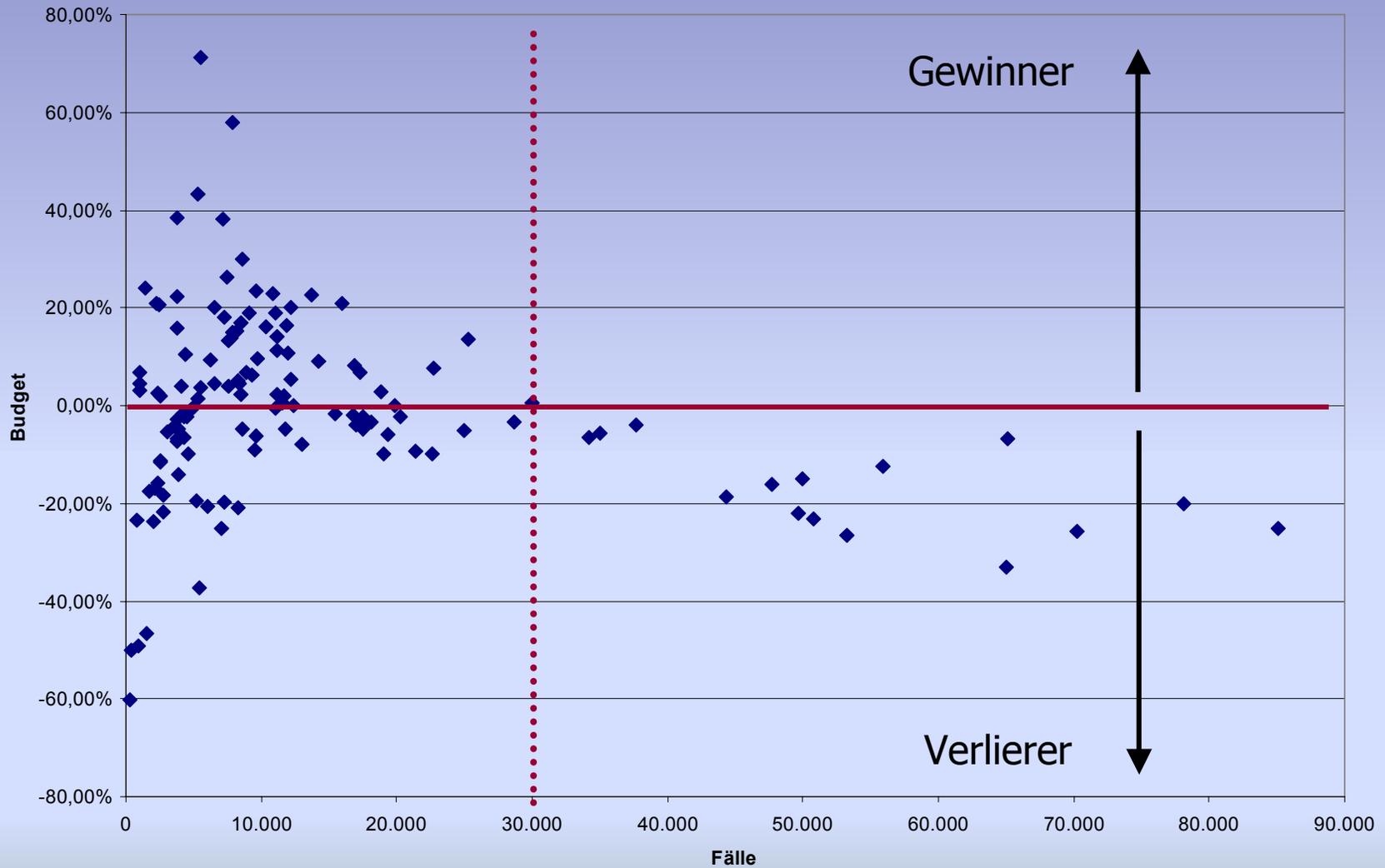
Fälle 148	EBITg 0	HK/HK_Q	0,527 0,513	k1	1,149	0,6<=K1=<1,5	KFPVUnterlieger	3			
LogNormal	Fallkosten	Verwd*	Falkkostentyp	Kosten	Fallzahl	MtlVerwd	Stabw	0,717	0,1<=Stabw=<1,5	KFPVFrühverlegt	4
Untergrenze	5,5%	5,1%	Niedrigkosten	2.731 €	12	8,6	Qvh25	6.800 €		KFPVÜberlieger	26
AQTM	3.701 €	8	Normalkosten	13.816 €	123	25,7	Median	11.676 €	FalkkostenKtIG	11.376 €	Bfw-Annahm 2.800 €
AQTM	15.226 €	24,5	Frühverlegte	8.578 €	4	15,8	MtlKost	15.182 €	VerwdKtg	20,9	
Untergrenze	32.768 €	51	Hochkosten	43.802 €	7	84,0	Qvh75	17.886 €			
Hochkosten	92,5 %	92,3%	Extremkosten	86.934 €	2	181,0	Max	108.912 €			
Obergrenze	61.909 €	90									
AQTM	99,0%	99,0%									



Daten: UKL BW 01-07 2003



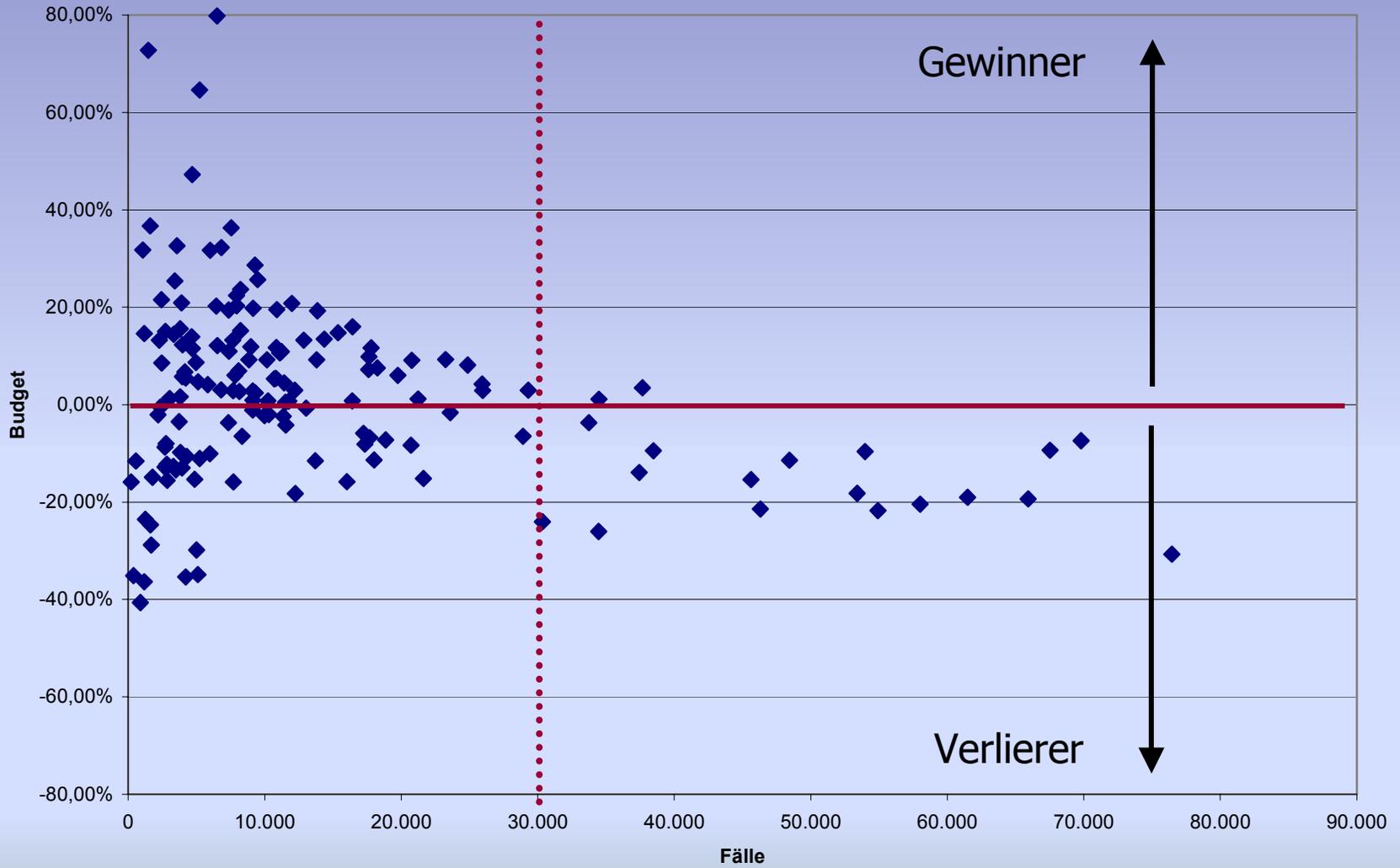
Budgetumverteilung 2001



Daten: Benchmarking Baden-Württemberg 2001, 130 Krankenhäuser
Benchmarking UKL Baden- Württemberg / Kommunale Groß-KH 2001, 11 Krankenhäuser



Budgetumverteilung 2002/03



Daten: Benchmarking Baden-Württemberg 1. HJ 2003, 139 Krankenhäuser
Kommunale Groß-KH 2002, 14 Krankenhäuser



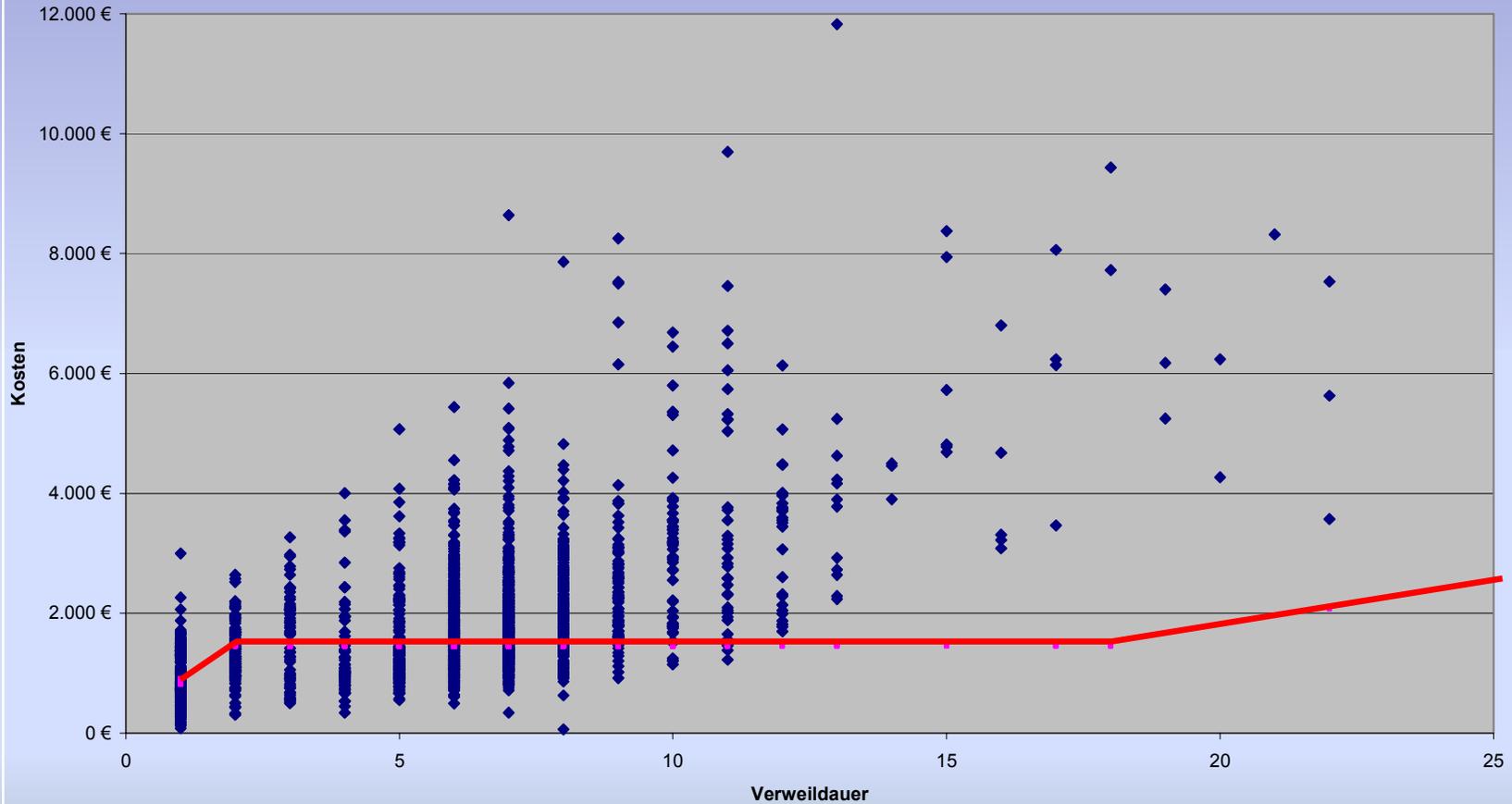
DRG Einführung Strategie

- **Verweildauer:**
 - Verweildauerverkürzungen planen:
Mindererlöse bei falscher Planung der Kurzlieger
 - Einhalten der unteren Grenzverweildauer:
Vermeiden von Abschlägen?
- **Fallsplitt:**
 - „Auftrennung“ der Behandlung in 2 Fälle
z.B. konservativer und operativer Fall
- **Leistungsanpassung:**
 - Deckungsbeitrag der Fallpauschale
 - Behandlungspfade



DRG D11Z: Tonsillektomie

Kosten-Erlös-Verweildauer Relationen

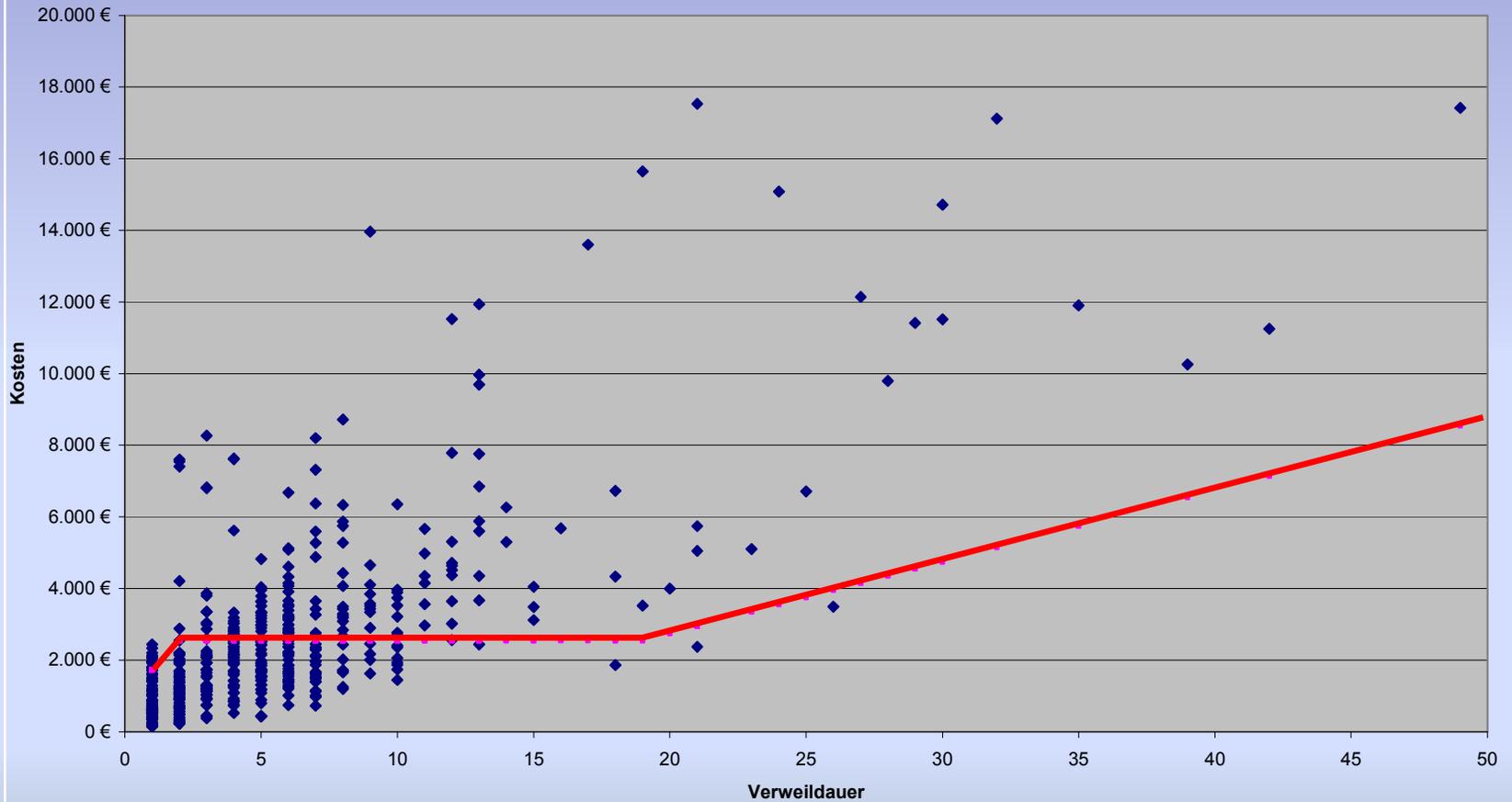


n=2297 Fälle
BR: 2980 €



DRG D12Z: Andere Eingriffe...

Kosten-Erlös-Verweildauer Relationen



n=531 Fälle
BR: 2980 €



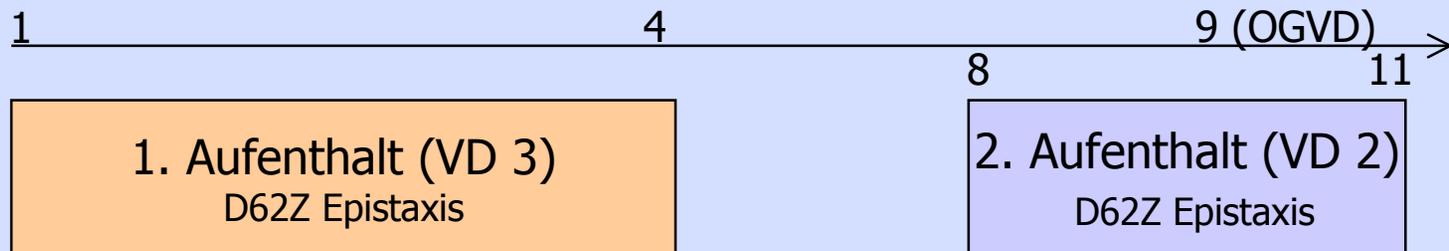
DRG Einführung Strategie

- **Verweildauer:**
 - Verweildauerverkürzungen planen:
Mindererlöse bei falscher Planung der Kurzlieger
 - Einhalten der unteren Grenzverweildauer:
Vermeiden von Abschlägen?
- **Fallsplitt:**
 - „Auftrennung“ der Behandlung in 2 Fälle
z.B. konservativer und operativer Fall
- **Leistungsanpassung:**
 - Deckungsbeitrag der Fallpauschale
 - Behandlungspfade



Unterbindung von Fallsplitts durch Abrechnungsregeln 2004

Fallzusammenführung (= nur eine Vergütung) bei Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer und gleicher Basis – DRG (mit diversen Ausnahmen: Onkologie, HIV, Geburtshilfe, Sondergruppen, Fehlergruppen)



Abrechnung:

D62Z Epistaxis (VD 5)



Fallzusammenführung (= nur eine Vergütung)
bei Wiederaufnahme 30 Tage nach Aufnahme
in **gleiche MDC** und Wechsel der Partition von
Medizinisch/Andere nach **Operativ**



Abrechnung:

D11A/B Tonsillektomie ... (VD 9)

Achtung: Abrechnungsregeln sind nicht kalkuliert!

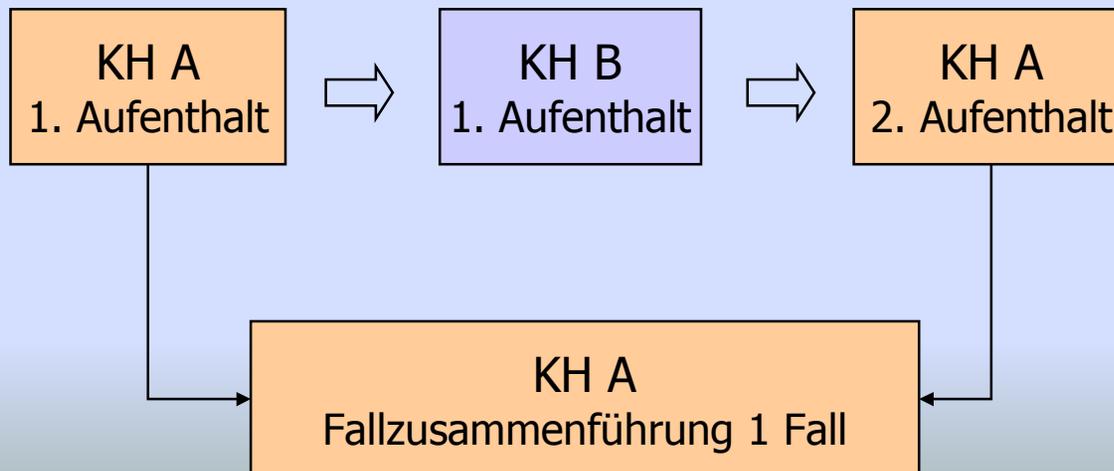


DRG Einführung

Fallsplitt

Fallzusammenführung bei

- Wiederaufnahme innerhalb der OGVD wegen Komplikationen (wie gehabt)
- Rückverlegungen aus anderen KH innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

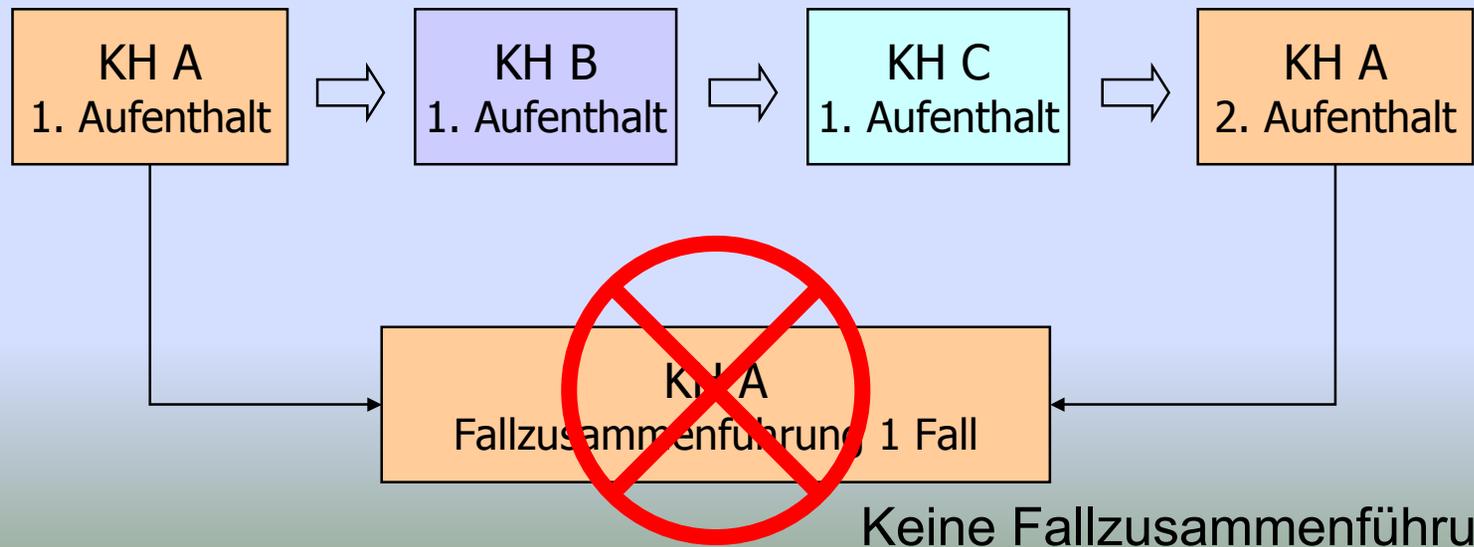




DRG Einführung Fallsplitt

Fallzusammenführung bei

- Wiederaufnahme innerhalb der OGVD wegen Komplikationen (wie gehabt)
- Rückverlegungen aus anderen KH innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung



Teilstationäre Fälle

§ 6

Abrechnung von teilstationären Leistungen

(1) **Teilstationäre Leistungen** sind mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes **krankenhausindividuell vereinbart** worden sind.

(2) Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine DRG-Fallpauschale abrechenbar ist, **innerhalb der oberen Grenzverweildauer**, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum der Fallpauschale, zur teilstationären Behandlung in dasselbe Krankenhaus wieder aufgenommen oder wechseln sie in demselben Krankenhaus von der vollstationären Versorgung in die teilstationäre Versorgung, kann für die Tage innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes **nicht zusätzlich berechnet** werden. Satz 1 gilt nicht für tagesbezogene teilstationäre Entgelte für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, die HIV-Behandlung sowie für Dialysen.



Herausforderung E1plus

- richtige Abschätzung des zu vereinbarenden Leistungsgerüsts (und VD)
- nicht ohne manuelle Korrekturen aus den Daten 2003 abzuleiten (Änderung DKR und OPS)
- **falsche Fallzahlvereinbarung durch Unterschätzung der Wiederaufnahmen** führt bei gleicher Leistung zu deutlichen **Mindererlösen** (100 Fälle entsprechen etwa 180.000 € fehlenden Erlösen).



Mindestmengen

§ 137 Abs. 1 Nr. 3 SGB V

Leistung	Jährliche Mindestmenge	
	pro KH	pro Arzt
Lebertransplantation	10	
Nierentransplantation	20	
Kompl. Eingriffe Ösophagus	5	5
Kompl. Eingriffe Pankreas	5	5
Stammzelltransplantationen	12 +/-2	

Vereinbarung vom 03.12.2003,
gültig ab 01.01.2004

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

