

3. Arbeitstreffen
DRGs in der Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde

DRG-Kommission der DG HNOKHC

Das G-DRG System 2005 aus der Sicht
des medizinischen Controllings

Franz Metzger
GB-F-Medizincontrolling



DRG Einführung

Zeitliche Eckpunkte

- **2003**
Optionsmodell: freiwillige Teilnahme, neue Relevanz durch die Nullrunde
- **2004**
verpflichtender Umstieg für alle Krankenhäuser, unterjährig möglich. Im Jahr 2004 noch „budgetneutral“

Konvergenzphase

- **2005**
erstmalige Vorgabe eines landesweiten Basisfallpreises mit 15% Budgetanpassung, Kappungsgrenze 1% des Budgets
- **2006-2008**
jeweils 20%ige Budgetanpassung an Baserate
- **2009**
„Scharfschaltung“ des Systems: reines Festpreissystem mit Wettbewerbskomponente bei gedeckeltem Gesamtbudget, kein KH Budget, Regulation der Mengenentwicklung über Baserate



Das deutsche DRG System 2005

✓ **ICD-10-GM**, Version 2005
13.097 Codes

✓ **OPS 301**, Version 2005 (Aktualisiert am 15.11.2005!)
22.424 offizielle Codes plus 493 optionale Codes



Ergänzungen zum OPS Version 2005, Stand 15.11.2004

Erstellt am: 15.11.2004

Das InEK hat am 4.11.04 mitgeteilt, dass im OPS Version 2005 noch weitere Codes für Erythrozytenkonzentrate und Thrombozytenkonzentrate für das DRG-System benötigt werden.

Folgende Codes müssen deshalb von den Anwendern im OPS Version 2005 noch ergänzt werden:

8-800.7f 1 TE bis unter 6 TE
8-800.7g 6 TE bis unter 11 TE
8-800.7h 11 TE bis unter 16 TE

8-800.8s 1 TE bis unter 6 TE
8-800.8t 6 TE bis unter 11 TE
8-800.8u 11 TE bis unter 16 TE

8-800.9v 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat

Das Einfügen neuer Codes in den OPS Version 2005 würde eine neue Gesamtproduktion aller OPS-Dateien erfordern. Da dies die dritte Produktion in diesem Jahr wäre und im DIMDI dafür keine Kapazitäten zur Verfügung stehen, können wir leider keine Update-Dateien zur Verfügung stellen.

Daher bitten wir die Softwarehersteller, diese Codes in den Klinikinformationssystemen bzw. in der Kodiersoftware noch zu ergänzen, damit sie in den Kliniken genutzt werden können. Alternativ können die Anwender die benötigten Codes auch selber nachpflegen.

Errata-Liste zum OPS Version 2005, Stand 15.11.04

In den Dateien zum OPS Version 2005 gibt es einige Fehler. Wir bitten dies zu entschuldigen.

- Bei den Codes 5-335.2 und 5-886.0 fehlt in allen Dateien des systematischen und alphabetischen Verzeichnisses die Markierung für das Zusatzkennzeichen.
- In der Anleitung zur "Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung" muss unter der Tabelle 1 der 2. Halbsatz "oder der kontinuierlichen Messung des pulmonalarteriellen Druckes" gestrichen werden. Diese Anleitung befindet sich in der PDF-Fassung der Buchversion sowie als Einzeldatei SAPSBuch.pdf in den ASCII-Dateipaketen der Buch- und der EDV-Fassungen.
- In der Überleitungstabelle "umsteiger.txt" müssen bei den folgenden Einträgen die Felder 4 und 5 korrigiert werden. Diese einzelne Datei steht korrigiert im Internet zur Verfügung.

Feld 1	Feld 2	Feld 3	Feld 4	Feld 5
OPS 2004	OPS 2005	Zusatzkennzeichen erforderlich	Überleitung 2004-->2005	Überleitung 2005-->2004
5-325.y	5-325.y	N	A	leer
5-326.y	5-325.y	N	A	leer
5-622.3	5-622.3	N	A	A
5-622.4	5-622.4	N	A	A
5-622.5	5-622.5	N	A	A

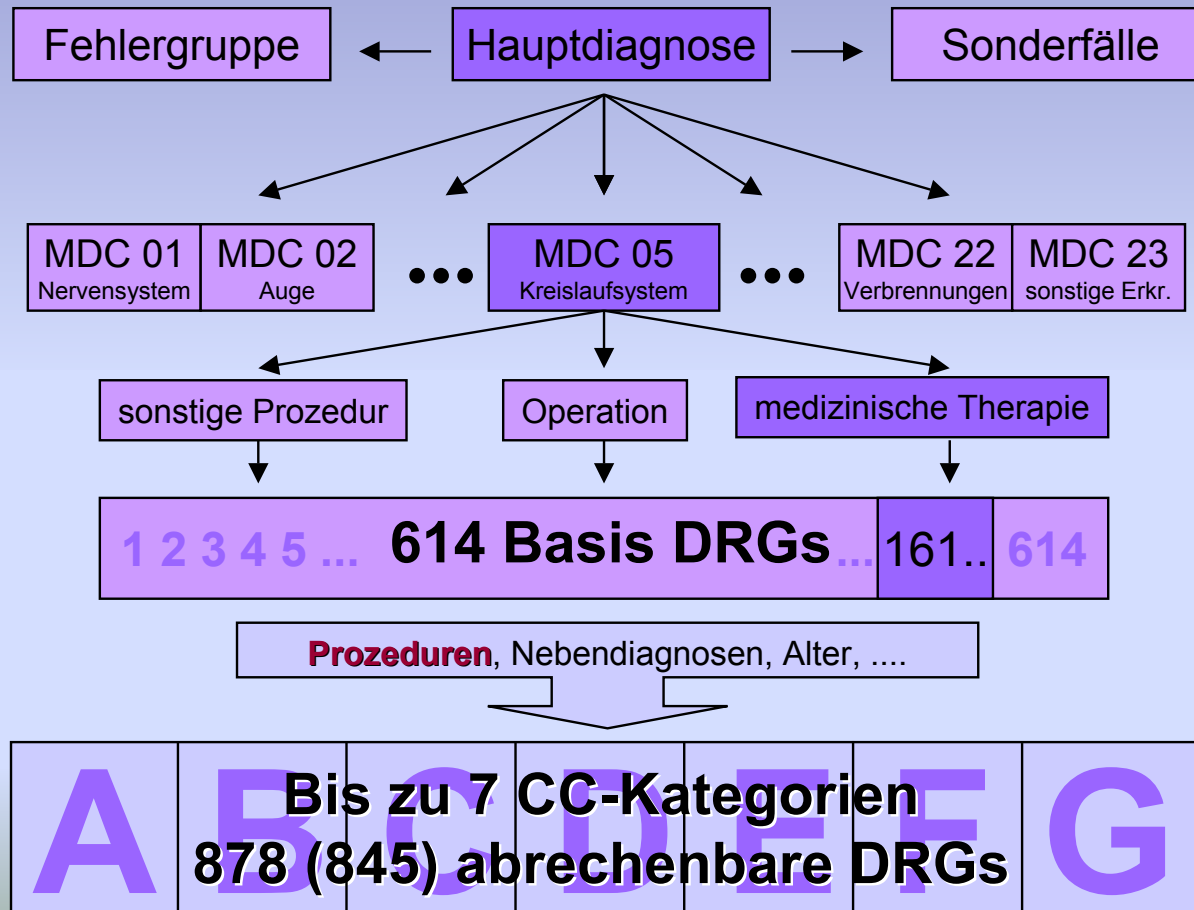


Das deutsche DRG System 2005

- ✓ **ICD-10-GM**, Version 2005
13.097 Codes
- ✓ **OPS 301**, Version 2005 (Aktualisiert am 15.11.2005!)
22.424 offizielle Codes plus 493 optionale Codes
- ✓ **G-DRG**: German Diagnosis Related Groups, Version 2003/2005; Version 2004/2005; Version 2005
- ✓ Fallpauschalenvereinbarung 2005 – (FPV 2005)
- ✓ Fallpauschalenänderungsgesetz: Verabschiedet am 26.11.2004 im Bundesrat



Gruppierungsalgorithmus im G-DRG-System 2005





G-DRG 2005

- Organtransplantation: Änderungen der DRG-Klassifikation
- Intensivmedizin: Splits anhand intensivmedizinisch relevanter Prozeduren und Diagnosen



KomplizierendeProzeduren

Mindestens zwei Prozeduren in Tabelle TAB-KOM-2 **oder** Prozedur mit Zusatzkennzeichen B in Tabelle TAB-KOM-3 **oder** (Prozedur in Tabelle TAB-KOM-2 oder Diagnose in Tabelle TAB-KOM-1 oder Dauer der maschinellen Beatmung > 24 Stunden und Dauer der maschinellen Beatmung < 96 Stunden) und Prozedur in Tabelle TAB-KOM-4 **oder** Prozedur in Tabelle TAB-KOM-2 und Diagnose in Tabelle TAB-KOM-1 **oder** Prozedur in Tabelle TAB-KOM-2 und Dauer der maschinellen Beatmung > 24 Stunden und Dauer der maschinellen Beatmung < 96 Stunden **oder** Diagnose in Tabelle TAB-KOM-1 und Dauer der maschinellen Beatmung > 24 Stunden und Dauer der maschinellen Beatmung < 96 Stunden

Diagnose TAB-KOM-1

D65.0 Erworb Afibrinogenämie
D65.1 Dissemin intravas Gerinn [DIG, DIC]

D65.2 Erworb Fibrinolyseblutung
D65.9 DefibrinatSynd, nnb

Prozedur TAB-KOM-2

5-3	Prozedur TAB-KOM-3	
5-3		
5-5		
8-1	8-144†↔ Ther Drainage Pleurahöh (z B Bülaudrainage)	
8-390†	Lagerungsbehandlung	8-800.94† Transfus 6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.1†	Transfusion von Vollblut, mehr als 5 TE	8-800.95† Transfus 8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.70†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE	8-800.96† Transfus 10 bis unter 12 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.71†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 24 TE bis unter 32 TE	8-800.97† Transfus 12 bis unter 14 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.72†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 32 TE bis unter 40 TE	8-800.98† Transfus 14 bis unter 16 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.73†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 40 TE bis unter 48 TE	8-800.99† Transfus 16 bis unter 18 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.74†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 48 TE bis unter 56 TE	8-800.9a† Transfus 18 bis unter 20 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.75†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 56 TE bis unter 64 TE	8-800.9b† Transfus 20 bis unter 24 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.76†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 64 TE bis unter 72 TE	8-800.9c† Transfus 24 bis unter 28 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.77†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 72 TE bis unter 80 TE	8-800.9d† Transfus 28 bis unter 32 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.78†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 80 TE bis unter 88 TE	8-800.9e† Transfus 32 bis unter 36 Apherese-Thrombozytenkonz
8-800.79†	Transfus Erythrozytenkonzentrat: 88 TE bis unter 104 TE	8-800.9f† Transfus 36 bis unter 40 Apherese-Thrombozytenkonz



G-DRG 2005

- Organtransplantation: Änderungen der DRG-Klassifikation
- Intensivmedizin: Splits anhand intensivmedizinisch relevanter Prozeduren und Diagnosen
- Onkologie: Überarbeitung der Abbildung der Strahlentherapie, Zusatzentgelte, 9 neue Splits operativer DRGs anhand „bösartige Neubildung“
- Schaffung von über 40 eigenen DRGs für typische Kombinations- und Mehrfacheingriffe, 9 neue DRGs für beidseitige Eingriffe
- Reduktion der CC-gesplitteten DRGs von 54% auf 41% (2004: 441 DRGs, 2005: 357 DRGs)
- Abtrennung von Frührehabilitation (nur noch 3 DRGs im Katalog)
- 146 DRGs mit höherem Langliegerzuschlag, aber auch höherer Kurzliegerabschlag: geschätzt 30%



Beispiele beidseitige Eingriffe

DRG	Partition	Text
E01Z	O	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie und erweiterte Lungenresektionen
F20Z	O	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F39A	O	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F39B	O	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC
G09Z	O	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre
G24Z	O	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre
I01Z	O	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I35Z	O	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff
I36Z	O	Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk
I37Z	O	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität ohne komplexe Diagnose, ohne komplexen Eingriff
J16Z	O	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma



MDC	Bezeichnung	Anzahl 2004	Anzahl 2005	Änderung absolut
Prä-MDC	Prä-MDC	37	54	17
MDC 01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	69	71	2
MDC 02	Krankheiten und Störungen des Auges	21	24	3
MDC 03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	35	41	6
MDC 04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	45	49	4
MDC 05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	91	102	11
MDC 06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	60	59	-1
MDC 07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	31	33	2
MDC 08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	86	88	2
MDC 09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	38	41	3
MDC 10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	29	27	-2
MDC 11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	42	41	-1
MDC 12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	22	20	-2
MDC 13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	33	31	-2
MDC 14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	17	18	1
MDC 15	Neugeborene	38	38	0
MDC 16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	12	9	-3
MDC 17	Hämatologische und solide Neubildungen	20	41	21
MDC 18A	HIV	6	6	0
MDC 18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	16	15	-1
MDC 19	Psychische Krankheiten und Störungen	11	10	-1
MDC 20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	8	8	0
MDC 21A	Polytrauma	11	10	-1
MDC 21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	18	14	-4
MDC 22	Verbrennungen	8	8	0
MDC 23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	13	11	-2
Fehler-DRGs	Fehler-DRGs	7	9	2
Gesamt		824	878	54



DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Mittlere Verweil- dauer
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses				
D01B	O	Kochleaimplantation, unilateral	9,260	8,1
D02Z	O	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals	6,158	26,8
D03Z	O	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte	1,626	7,2
D04Z	O	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer	2,698	11,1
D05Z	O	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen	1,226	7,1
D06Z	O	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	0,880	6,4
D08Z	O	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung	1,149	8,9
D09Z	O	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC	1,020	8,3
D10Z	O	Verschiedene Eingriffe an der Nase	0,821	6,2
D12Z	O	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	0,820	6,1
D13Z	O	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals	0,454	2,7
D15A	O	Tracheostomie mit äußerst schweren CC	2,571	18,0
D15B	O	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC	1,845	14,0
D16Z	O	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht	0,760	4,4
D17Z	O	Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel	1,405	7,4
D18Z	O	Strahlentherapie mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	4,982	36,4
D19Z	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen	3,825	32,9
D20Z	O	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter > 70 Jahre oder äußerst schwere CC	1,558	11,6
D21Z	O	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter < 71 Jahre ohne äußerst schwere CC	1,094	8,4
D22Z	O	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung	0,707	5,2
D24Z	O	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals	3,299	18,1
D25Z	O	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung	2,752	15,9
D26Z	O	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung	1,615	9,6
D27Z	O	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung	1,764	12,1
D28Z	O	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung	1,525	8,4
D29Z	O	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung	1,190	7,1
D30Z	O	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	0,718	5,8

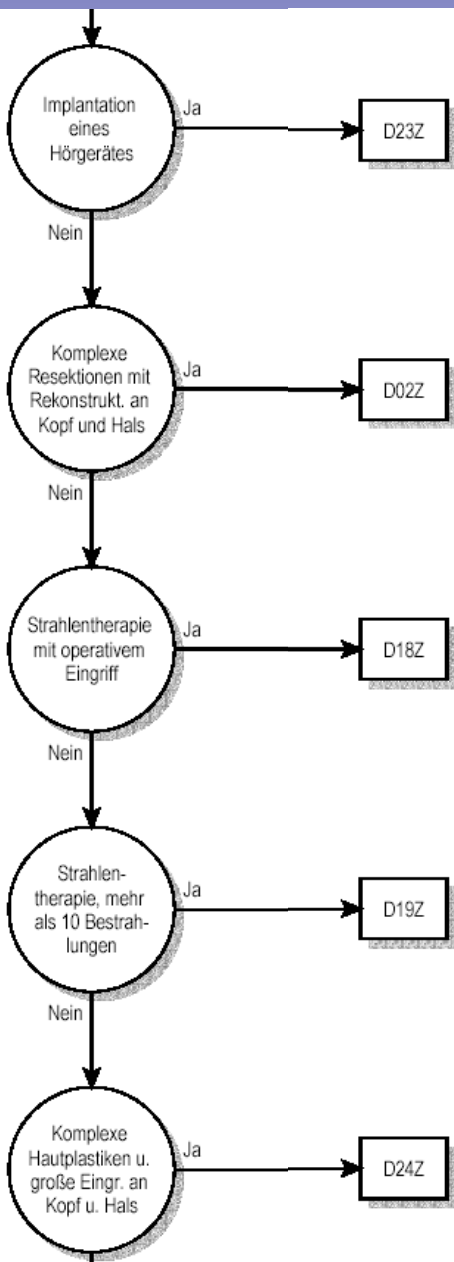


	2004	2005	Änderung
Ungeteilte Basis-DRGs			
Z	236	454	218
Geteilte Basis-DRGs			
A, B	150	94	-56
A, B, C	56	40	-16
A, B, C, D	25	18	-7
A, B, C, D, E	4	5	1
A, B, C, D, E, F	0	2	2
A, B, C, D, E, F, G	0	1	1
	471	614	



MDC 03 Krankheiten und Eingriffe

D01B	O	Koch
D02Z	O	Korr
D03Z	O	Ope
D04Z	O	Bign
D05Z	O	Korr
D06Z	O	Eing
D08Z	O	Eing
D09Z	O	Tons
D10Z	O	Vers
D12Z	O	And
D13Z	O	Klein
D15A	O	Trac
D15B	O	Trac
D16Z	O	Mate
D17Z	O	Plas
D18Z	O	Strah
D19Z	O	Strah
D20Z	O	And
D21Z	O	And
D22Z	O	Eing
D24Z	O	Korr
D25Z	O	Märs



Krankheiten des Halses

	9,260
	6,158
	1,626
	2,698
	1,226
m Mittelohr	0,880
	1,149
ngriffe an	1,020
	0,821
	0,820
	0,454
	2,571
	1,845
	0,760
	1,405
törungen	4,982
er Nase, des 10	3,825
hres, der g, Alter > 70	1,558
hres, der g, Alter < 71	1,094
lung	0,707
	3,299
bildung	2,752



ACVB-Operationen

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bew ertungs- relation	Mittlere Verw eil- dauer	Untere Grenzverw eildauer		Obere Grenzverw eildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bew ertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale
					Erster Tag mit Abschlag	Bew ertungs- relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bew ertungs- relation/Tag		
F05Z	O	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff	6,276	22,9	7	0,463	40	0,200		X
F16Z	O	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff, mit Reoperation oder Infarkt	5,066	19,8	6	0,430	34	0,196		X
F23Z	O	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff, ohne Reoperation, ohne Infarkt	4,411	18,3	5	0,416	31	0,187		X
F06Z	O	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff	4,779	16,2	4	0,543	27	0,212	0,158	
F32Z	O	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff	3,740	14,1	4	0,406	23	0,215	0,135	

Hierarchisierung auf Kosten der Übersichtlichkeit



Zusatzentgelte 2005

Zusatzentgelte-Katalog ¹⁾

- Liste -

35 kalkuliert

ZE	Bezeichnung				Betrag
1	2				3
ZE01 ²⁾	Hämodialyse				255,76 €
ZE02 ²⁾	ZE18	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral			siehe Anlage 5
ZE03	ZE19	ZE31	Gabe von Antithrombin III, parenteral	Transfusion von Plasma und Plasmaproteinbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Antithrombin III	
ZE04	ZE20			ZE31.01 8-810.g3	5.000 IE bis unter 7.000 IE 588,85 €
ZE05	ZE21			ZE31.02 8-810.g4	7.000 IE bis unter 10.000 IE 851,50 €
ZE06	ZE22			ZE31.03 8-810.g5	10.000 IE bis unter 15.000 IE 1.226,59 €
ZE07	ZE23			ZE31.04 8-810.g6	15.000 IE bis unter 20.000 IE 1.777,67 €
ZE08	ZE24			ZE31.05 8-810.g7	20.000 IE bis unter 25.000 IE 2.310,97 €
ZE09	ZE25			ZE31.06 8-810.g8	25.000 IE bis unter 30.000 IE 2.844,27 €
ZE10	ZE26			ZE31.07 8-810.g9	30.000 IE und mehr 3.377,57 €
ZE11	ZE27	ZE32	Gabe von Erythrozytenkonzentraten	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat	
ZE12	ZE28			ZE32.01 8-800.70	16 TE bis unter 24 TE 1.373,93 €
ZE13	ZE29			ZE32.02 8-800.71	24 TE bis unter 32 TE 1.972,27 €
ZE14	ZE30			ZE32.03 8-800.72	32 TE bis unter 40 TE 2.563,95 €
ZE15	ZE31			ZE32.04 8-800.73	40 TE bis unter 48 TE 3.155,63 €
ZE16	ZE32			ZE32.05 8-800.74	48 TE bis unter 56 TE 3.747,31 €
ZE17	ZE33			ZE32.06 8-800.75	56 TE bis unter 64 TE 4.338,99 €
	ZE34			ZE32.07 8-800.76	64 TE bis unter 72 TE 4.930,67 €
	ZE35			ZE32.08 8-800.77	72 TE bis unter 80 TE 5.522,35 €
				ZE32.09 8-800.78	80 TE bis unter 88 TE 6.114,03 €
				ZE32.10 8-800.79	88 TE bis unter 104 TE 6.902,93 €
				ZE32.11 8-800.7a	104 TE bis unter 120 TE 8.086,29 €
				ZE32.12 8-800.7b	120 TE bis unter 136 TE 9.269,65 €
				ZE32.13 8-800.7c	136 TE bis unter 152 TE 10.453,01 €
				ZE32.14 8-800.7d	152 TE bis unter 168 TE 11.636,37 €
				ZE32.15 8-800.7e	168 TE und mehr 12.819,73 €



Zusatzentgelte 2005

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	
1	2	
ZE2005-18	Berechnung des Zusatzentgelts	
ZE2005-19	Medikamente-freisetzende Koronarstents	
ZE2005-20	Radioaktive Koronarstents	
ZE2005-21	Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen	
ZE2005-22	IABP	
ZE2005-23	Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminär	
ZE2005-24	Penisprothesen	
ZE2005-25	Modulare Endoprothesen	
ZE2005-26	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung	
ZE2005-27	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	
ZE2005-28	Gabe von Adalimumab, parenteral	
ZE2005-29	Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral	
ZE2005-30	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomeglie-Virus, parenteral	
ZE2005-31	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	
ZE2005-32	Gabe von Infliximab, parenteral	
ZE2005-33	Gabe von Sargramostim, parenteral	
ZE2005-34	Gabe von Granulozytenkonzentraten	
ZE2005-35	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen	
ZE2005-36	Versorgung von Schwerstbehinderten	

36 nicht kalkulierte
„Zusatzentgelte“:
Müssen KH-individuell
mit den Kassen
verhandelt werden



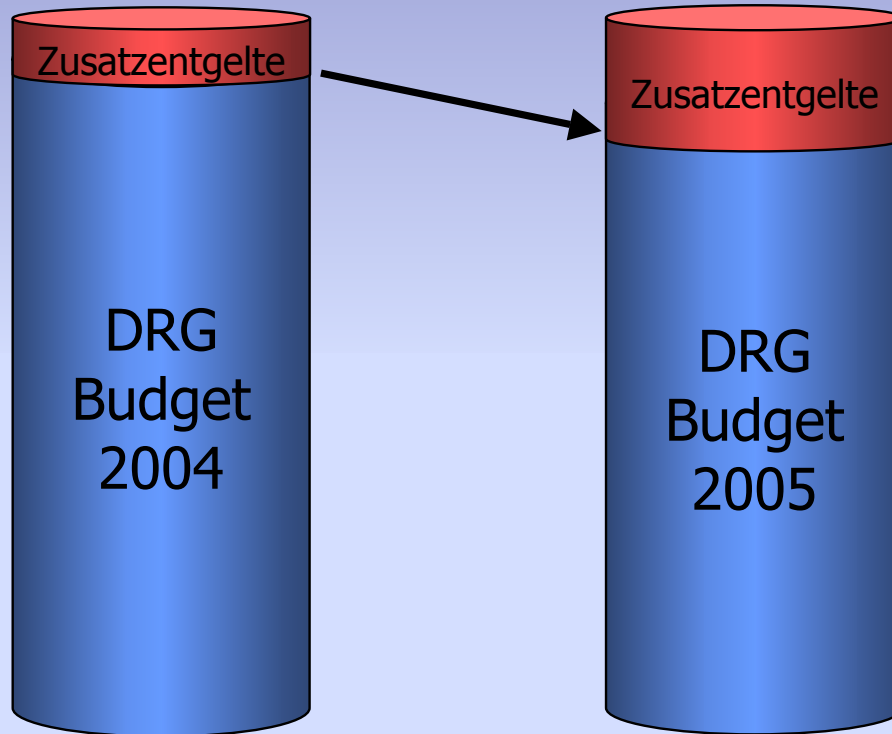
ZE	OPS	Text
ZE01	8-854.0	Hämodialyse: Intermittierend
ZE02	8-855.0	Hämodiafiltration: Intermittierend
ZE03	5-829.c	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese
ZE03	5-822.00	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Nicht zementiert
ZE03	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert
ZE03	5-822.02	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Hybrid (teilzementiert)
ZE03	5-822.10	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne
ZE03	5-822.11	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne
ZE03	5-822.12	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne
ZE03	5-822.20	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit P
ZE03	5-822.21	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit P
ZE03	5-822.22	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit P
ZE		lt, ohne
ZE		lt, ohne
ZE		lt, ohne
ZE		lt, mit F
ZE		lt, mit F
ZE		lt, mit F
ZE		nentiert
ZE03	5-822.61	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Zementiert
ZE03	5-822.62	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzeme
ZE03	5-822.70	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Nicht zementiert
ZE03	5-822.71	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Zementiert
ZE03	5-822.72	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Scharnierendoprothese mit Patellaersatz: Hybrid (teilzemen
ZE03	5-822.90	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Nicht zementiert
ZE03	5-822.91	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert
ZE03	5-822.92	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
ZE03	5-822.x0	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonstige: Nicht zementiert
ZE03	5-822.x1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonstige: Zementiert
ZE03	5-822.x2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)
ZE03	5-823.10	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.11	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.12	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.13	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.14	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.15	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.16	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.17	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.18	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.1x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlitte
ZE03	5-823.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberfläch
ZE03	5-823.21	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberfläch
ZE03	5-823.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberfläch

787 OPS-Schlüssel (3,5 %!) lösen ein Zusatzentgelt aus!



Zusatzentgelte 2005

Cave: kein **zusätzliches** Entgelt!



Aber: deutlich verbesserte Mehrerlösausgleiche!
„Bluterprodukte“ sind außerhalb des Budgets



Konvergenzphase: Entscheidend ist der Basisfallpreis!

	Konvergenzbetrag	DRG-Budget	Casemix	Baserate
KH A	-3 Mio. € 2005: -450 T€	30 Mio. €	10000	= 3000 €
Land	KG=> -300 T€	27 Mio. €	= 10000	* 2700 €
KH B	+2 Mio. € 2005: +300 T€	25 Mio. €	10000	= 2500 €



Basisfallpreis muss steigen

“0 – Entwicklung des Casemix-Index

Die so genannte Bezugsgröße (normierte mittlere Fallkosten der Inlier gemäß Kalkulation für 2005) **veränderte sich aus methodischen Gründen**. Sie lag im Jahr 2004 bei 2.830,92 €, im Jahr 2005 bei 2.974,89 €. Die **Veränderung beträgt damit plus 143,97 € absolut bzw. plus 5,086% relativ**.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass ohne Berücksichtigung von Klassifikationsveränderungen bei einem Vergleich der G-DRG-Version 2003/2004 und der G-DRG-Version 2003/2005 der **Casemix eines Hauses um etwa 5% sinkt.**”

Quelle: InEK unter www.g-drg.de: Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2005 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2003/2005 und 2004/2005 bzw. den darauf beruhenden Groupen,



Basisfallpreis muss sinken

„Vor der Ermittlung des Basisfallwerts ist die Erlössumme, die voraussichtlich in diesem Jahr auf Grund der Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 bei Krankenhäusern im Land insgesamt nicht budgetmindernd wirksam wird, abzuziehen; die Summe der Abschläge für Notfallversorgung ist erhöhend zu berücksichtigen.“

-> Kappungsgrenze wird über die Absenkung der Baserate finanziert

Zusatzentgelte

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

...



DAMIT DEUTSCHLAND GESUND BLEIBT

„Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird.

Presse BMGS 4/2004

Presse BMGS 3/2004

Presse BMGS 2/2004

Pressestelle

Berlin, den 26.11.2004

Pres

Pres

200

Pres

200

Arch

Inte

Artik

Rede

Älter

Minis

Publ

Gese

Date

Serv

Link

- Zur Vermeidung flächendeckender Verzögerungen bei den Budgetvereinbarungen wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorläufige landesweite Basisfallwerte für das Jahr 2005 vorgeben. Die Krankenkassen und Krankenhäuser auf der jeweiligen Landesebene können den Wert jederzeit durch eine eigene Vereinbarung ersetzen.

- Der landesweite Basisfallwert ist durch das Land zu genehmigen.

für

eiten
estag
enden
in
s bis
eine

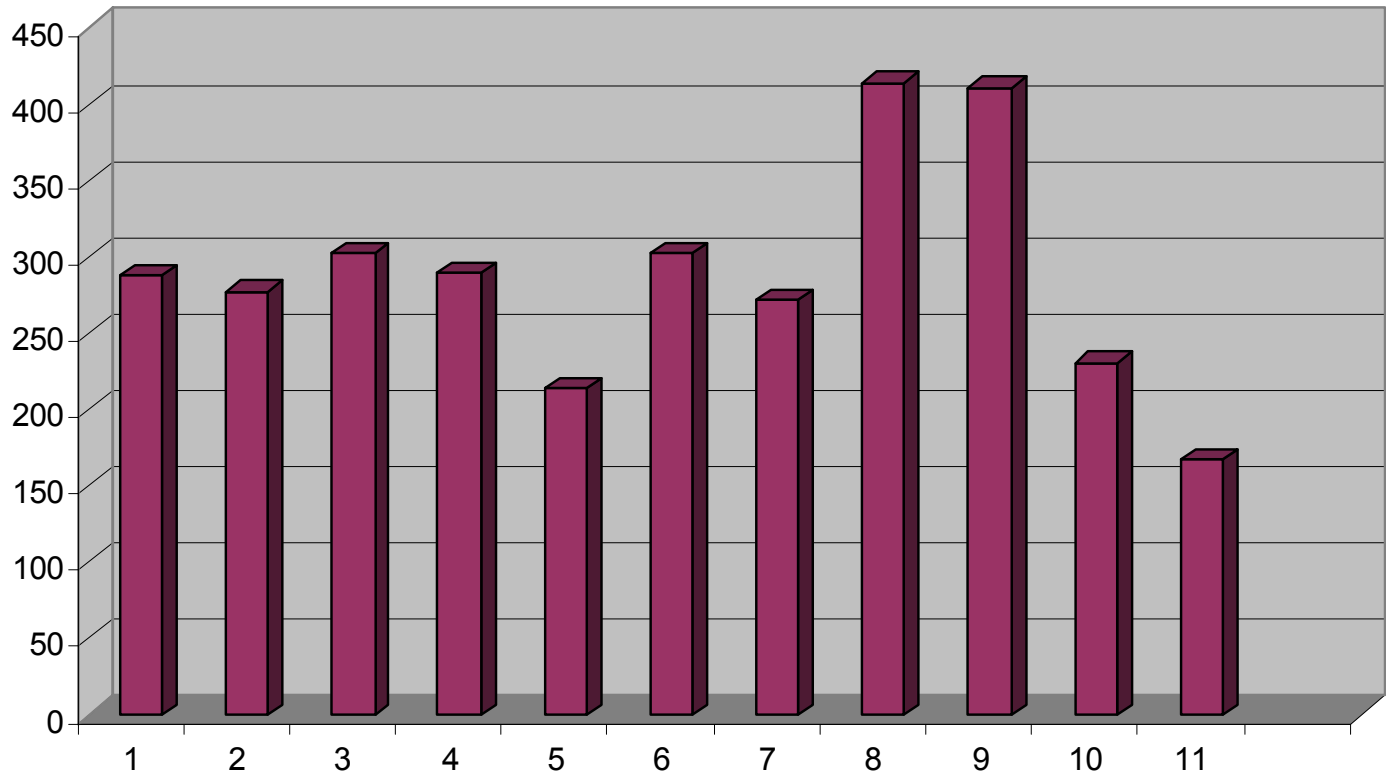
durch
Ulla

erden
häuser
das



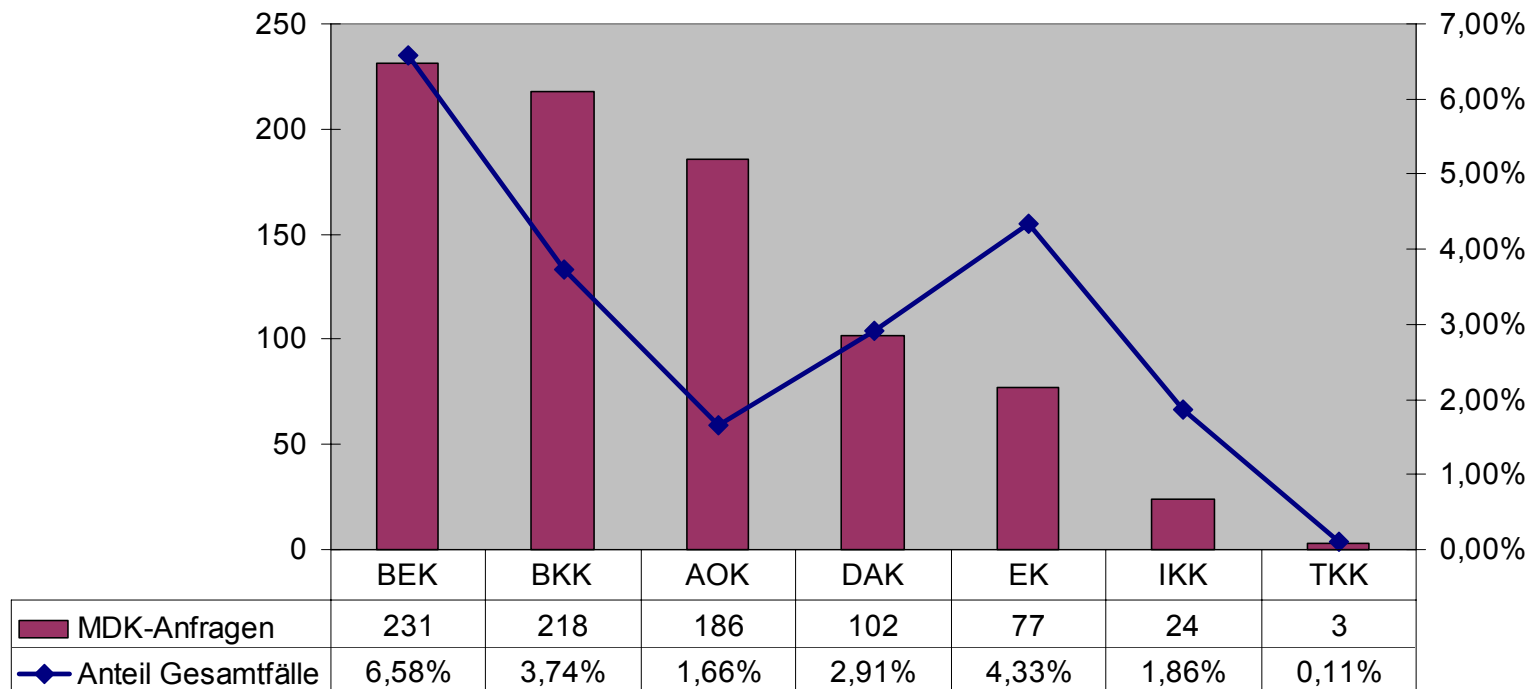
Geprüft werden 5,2 % der Fälle

MDK Fälle pro Monat





Zeitraum Jan bis Juni 2004





Größtes Problem: Keine Planungssicherheit für 2005

- Scheitern des Vertrags zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V: Gefahr des Rückbaus der Vernetzung zwischen ambulant und stationär!
- Gleichzeitig Zwang zur Abrechnung aller Tagesfälle nach §115b SGB V (Urteil des Bundessozialgerichts)
- Fehlende Definition der teilstationären Leistungserbringung
- Für 2006 Kalkulation von teilstationären Fallgruppen vorgesehen



c) Eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitestgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung kann nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen. Insofern hat das LSG im Ansatz zutreffend dargelegt, eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses sei augenfällig gegeben, wenn sie sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Damit ist die vollstationäre Behandlung erfasst. Es besteht auch weit gehende Einigkeit in der Literatur, dass der Patient bei der vollstationären Versorgung zeitlich ununterbrochen - also Tag und Nacht - im Krankenhaus untergebracht ist (Grünenwald, ...). Ein Eingriff findet demgemäß nur "ambulant" iS des § 115b SGB V statt, wenn der Patient die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus verbringt.

4. März 2004 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Ladage, die Richter Dr. Hambüchen und Schriever sowie die ehrenamtlichen Richter Gimpel und Hohenstein für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers werden die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 2002 und des Sozialgerichts Kiel vom 24. Mai 2002 geändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 24. Februar 2001 auf 339,16 Euro zu zahlen.



Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Ausblenden Suchen Zurück Vorwärts Startseite Drucken Optionen KBV Homepage DARIS

Inhalt Index Suchen Favoriten

- Einleitung
 - I - Allgemeine Bestimmungen
 - 1 - Abrechnungsfähige Leistungen, Gliederung und
 - 2 - Erbringung der Leistungen
 - 3 - Behandlungs- und Krankheitsfall
 - 4 - Berechnung der Leistungen
 - 5 - Gemeinschaftspraxen und angestellte Ärzte
 - 6 - Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren
 - 7 - Kosten
 - II - Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen
 - 1 - Allgemeine Leistungen
 - 2 - Allgemeine diagnostische und therapeutische
 - III - Arztgruppenspezifische Leistungen
 - III.a - Hausärztlicher Versorgungsbereich
 - III.b - Fachärztlicher Versorgungsbereich
 - IV - Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen
 - 30 - Spezielle Versorgungsbereiche
 - 31 - Leistungen des ambulanten und belegärztlich
 - 32 - Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und
 - 33 - Ultraschalldiagnostik
 - 34 - Diagnostische und interventionelle Radiologie
 - 35 - Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richt
 - VI - Anhänge
 - 1 - Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsf.
 - 2 - Zuordnung der operativen Prozeduren [OPS-31]
 - 2.1 - Präambel

2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 301 SGB V (OPS-301) zu den Leistungen des Kapitels 31

Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin, erstellt am 25.05.2004 (V. 3.09)

lfd. Nr.	OPS-301 V 2004	Bezeichnung	Kategorie	Leistung Nr.	Überwachung Nr.	Nachbehandlung/Überweisung	Nachbehandlung/Operateur	Narkoseleistung Nr.
749	5-188.1	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Korrektur eines Schneckenhohres	N5	31235	31505	31660	31661	31825
750	5-188.2	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Korrektur eines Stahlohres	N5	31235	31505	31660	31661	31825
751	5-188.3	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Plastik des Ohr läppchens	N2	31232	31503	31658	31659	31822
752	5-191.0	Stapedektomie: Mit Interposition und Implantation einer Prothese	N3	31233	31504	31658	31659	31823
753	5-191.1	Stapedektomie: Mit Fensterung des Promontoriums und Implantation einer Prothese	N4	31234	31504	31660	31661	31824
754	5-192.0	Revision einer Stapedektomie: Ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters	N3	31233	31504	31658	31659	31823
755	5-192.1	Revision einer Stapedektomie: Mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters	N4	31234	31504	31660	31661	31824
756	5-193.0	Andere Operationen an den Gehörknöchelchen: Rekonstruktion	N3	31233	31504	31658	31659	31823
757	5-193.1	Andere Operationen an den Gehörknöchelchen: Mobilisation durch Entfernung von Briden	N2	31232	31503	31658	31659	31822
758	5-194.0	Myringoplastik [Tymanoplastik Typ I]: Endomeatal oder endaural	N2	31232	31503	31658	31659	31822
759	5-194.1	Myringoplastik [Tymanoplastik Typ I]: Retroaurikulär	N2	31232	31503	31658	31659	31822
760	5-195.0	Tymanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ II	N4	31234	31504	31660	31661	31824
761	5-195.1	Tymanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ III	N4	31234	31504	31660	31661	31824
762	5-195.2	Tymanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ III mit Antrotomie oder Mastoidektomie	N5	31235	31505	31660	31661	31825
763	5-195.30	Tymanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ III mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Mit Höhlenverkleinerung	N5	31235	31505	31660	31661	31825
764	5-195.31	Tymanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ III mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Mit Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	N6	31236	31506	31662	31663	31826
765	5-195.4	Tymanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ III mit Ersatzkolumella	N4	31234	31504	31660	31661	31824

Zur Zeit über 9000 OPS Codes in der Diskussion für amb. Operieren 2005