



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Medizinische Kodierung

CONTH04



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Ursula Fabry
Stefanie Gröls

Medizinische Kodierung

CONTH04



Dr. med. Ursula Fabry

studierte Humanmedizin und promovierte anschließend an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Sie war als Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, mit einer Facharztausbildung am St.-Johannes-Hospital in Dortmund, dem Westdeutschen Tumorzentrum Essen und der Medizinischen Klinik IV des Universitätsklinikum, Aachen tätig. Anschließend war sie leitende Oberärztin der Medizinischen Klinik IV des Universitätsklinikums Aachen. Berufsbegleitend studierte sie Public Health mit dem Schwerpunkt Krankenhausmanagement an der Universität Düsseldorf. Sie war Leiterin der Stabsstelle Medizinisches Produktmanagement und Qualitätssicherung im Universitätsklinikum Aachen und ist bis heute Leiterin der Stabsstelle Medizinisches Controlling.



Stefanie Gröls, M.Sc.

(geb. 1987) absolvierte nach ihrem Abitur eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin an der Uniklinik RWTH Aachen (UKA). Mit einem Stipendium der Stiftung Begabtenförderung Berufliche Bildung (SBB, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung) studierte sie parallel zu ihrer beruflichen Tätigkeit Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule. Ihr Masterstudium im Fach Public Health schloss sie 2020 mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ab. Seit 2013 arbeitet Stefanie Gröls im Medizinischen Controlling des UKA und leitete dort bis zuletzt den Bereich für Ambulanzen und Sonderaufgaben. Im Februar 2022 hat sie die Leitung der Abteilung Medizinisches Controlling im Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum übernommen. Seit dem Frühjahr 2021 promoviert Stefanie Gröls zudem am Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zum Thema Outcomepräferenzen.

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Medizinische Kodierung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 DRG-Klassifikation und Grundregeln der Abrechnung von stationären Behandlungsfällen	3
1.1 Bildung einer DRG	4
1.2 Von der DRG zum Erlös	6
1.3 Das Definitionshandbuch	8
1.4 Deutsche Kodierrichtlinien	9
1.5 Klassifikationen	10
1.5.1 ICD-10-GM	10
1.5.2 OPS	12
1.6 Nicht durch ICD oder OPS erfasste rechnungsrelevante Zusatzinformationen und Zusatzentgelte	14
1.6.1 Aufnahme- und Entlassungsgründe	14
1.6.2 Zusatzentgelte	16
1.7 Fallpauschalenvereinbarung und Fallpauschalenkatalog	17
1.7.1 Definition stationärer Behandlungsfall	17
1.7.2 Fallzusammenführung (Wiederaufnahme, Rückverlegung)	19
Zusammenfassung	20
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	21
2 Kodierrichtlinien	22
2.1 Kodierrichtlinien für Diagnosen	22
2.1.1 Hauptdiagnose	24
2.1.2 Nebendiagnose	28
2.1.3 Kreuz-Stern-Systematik und verbundene Diagnosen	29
2.2 Kodierrichtlinien für Prozeduren	32
2.2.1 Kodierung von Komplexbehandlungen	35
2.2.2 Kodierung von Intensivbehandlung und Beatmung	37
2.3 „Gefährliche“ Diagnosen und Leistungen außerhalb des GKV-Katalogs	43
2.4 Exkurs: Qualitätssicherung aus Routinedaten	44
Zusammenfassung	45
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	46
Schlussbetrachtung	49

Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen im Text	50
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	52
C.	Abkürzungsverzeichnis	55
D.	Glossar	57
E.	Literaturverzeichnis	61
F.	Rechtsquellenverzeichnis	63
G.	Abbildungsverzeichnis	64
H.	Tabellenverzeichnis	65
I.	Sachwortverzeichnis	66
J.	Einsendeaufgabe	67

Einleitung

Mit der Einführung des G-DRG-Systems (German diagnosis related groups) im Jahr 2003 hat der Gesetzgeber für die Abrechnung stationärer Behandlungsfälle ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ (§ 17b KHG) in Deutschland geschaffen. Als ein Teil der Betriebskostenfinanzierung sollte die fallpauschalierte Finanzierung dazu dienen, mit einer einheitlichen leistungsbezogenen Vergütung mehr Transparenz über Leistungen und Kosten in den Krankenhäusern zu schaffen, Anreize für eine Verkürzung der Verweildauer zu liefern sowie den Wettbewerb unter den Krankenhäusern zu steigern, um schlussendlich eine Ausgabenstabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erreichen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2017).

Aktuelle Rahmenbedingungen wie die fortschreitende Ambulantisierung, die Digitalisierung und der medizinische Fortschritt stellen bei gleichzeitiger Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) eine besondere Herausforderung und einen zunehmenden Kostendruck für die Krankenhäuser dar. Die korrekte und vollständige Kodierung der erbrachten Leistungen wird damit zur Erlössicherung unabdingbar und stellt eine Kernaufgabe des Medizinischen Controllings dar.

Als „lernendes System“, das jährlichen Anpassungen unterliegt, hat das DRG-System inzwischen eine hohe Komplexität erreicht und ist zudem eingebettet in ein umfangreiches Regelwerk zur Kodierung und Abrechnung von stationären Behandlungsfällen (vgl. Roeder et al., 2020, S. 93). Die Auslegung dieses Regelwerks bildet im Anschluss an die Abrechnung den Ausgangspunkt für Abrechnungsprüfungen und Auseinandersetzungen mit dem Medizinischen Dienst als unabhängige Prüfinstanz und den Krankenkassen als zuständige Kostenträger.

Neben der hohen Bedeutung einer korrekten und vollständigen Kodierung zu Abrechnungszwecken bilden Abrechnungsdaten als sogenannte Routinedaten zudem die Datenbasis für zahlreiche statistische Auswertungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Vor diesem Hintergrund lernen Sie in Kap. 1 dieses Studienhefts, aus welchen Komponenten eine aG-DRG gebildet wird und welche Regelungen Sie bei der Anwendung der Diagnose- und Prozedurenklassifikationen grundsätzlich beachten müssen. Zudem erhalten Sie einen Überblick, welche Abrechnungsbestimmungen es bei stationären Behandlungsfällen zu beachten gilt. Das Kap. 2 beschäftigt sich im Anschluss vertiefend mit der korrekten Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR).

Zusammenfassend sollen Sie durch die Bearbeitung des Studienhefts folgendes lernen:

- die Bildung der deutschen Fallpauschalen anhand von Diagnosen, Prozeduren etc.
- die medizinische Fallkodierung und deren Bedürfnisse an die medizinische Dokumentation

1 DRG-Klassifikation und Grundregeln der Abrechnung von stationären Behandlungsfällen

Nach Abschluss dieses Kapitels sind Sie in der Lage, differenziert darzustellen, wie eine DRG gebildet wird, und ihre einzelnen Komponenten zu definieren. Sie können die unterschiedlichen Regelwerke für die Kodierung und Abrechnung benennen und wissen, an welcher Stelle diese im Klassifikations- und Abrechnungsprozess Anwendung finden.

Das aG-DRG-System, das in seiner Ursprungsversion aus der australischen Klassifikation abgeleitet und für das deutsche Gesundheitssystem adaptiert wurde, bildet in der aktuellen Version im Jahr 2023 stationäre Krankenhausleistungen über 1.292 Fallpauschalen ab (vgl. InEK, 2022, S. 4).

„G-DRG“ steht für „German diagnosis related groups“. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im Jahr 2020 wird das System als aG-DRG-System bezeichnet („a“ steht hierbei für „ausgliedert“).



Durch die Bildung diagnosebezogener Fallgruppen (DRGs) lassen sich stationäre Behandlungsfälle in Kategorien einteilen und vergleichen. Um dem medizinischen Fortschritt und aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, bedarf es einer jährlichen Anpassung des Patientenklassifikationssystems (vgl. InEK, 2019, S. 2).

Definition 1.1: Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs)

„DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem, das in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise Art und Anzahl der behandelten Krankenhausfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzt.“ (InEK, 2019, S. 1)

Aufgrund der vielseitigen Nutzung der Klassifikationsdaten, die neben der Abrechnung, der Finanzierung und Budgetierung im stationären Sektor auch strategische Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen (vgl. InEK, 2019, S. 2) und die Ableitung von Qualitätsindikatoren umfasst, kommt dem „Right-Coding“ im Sinne einer einheitlichen Abbildung gleicher Sachverhalte zur Bildung homogener Fallgruppen eine hohe Bedeutung zu (vgl. Zaiß, 2020, S. 1). Die Sicherstellung einer einheitlichen Vorgehensweise bei der Kodierung und Abrechnung der Fallpauschalen ist deshalb Gegenstand eines umfassenden Regelwerks, bestehend aus Kodierrichtlinien, Diagnose- und Prozedurenklassifikationen sowie Abrechnungsbestimmungen, das Ihnen im Rahmen dieses Kapitels nähergebracht werden soll.

Übung 1.1:

Recherchieren Sie die Historie zur Entstehung des aG-DRG-Systems und fassen Sie die wichtigsten Eckdaten stichpunktartig zusammen.



1.1 Bildung einer DRG

Die Eingruppierung der Falldaten in eine DRG erfolgt über eine spezielle Software: die „Grouper“. Die nachfolgende Abb. 1.1 stellt den Gruppierungsprozess grafisch dar und verschafft Ihnen einen ersten Überblick über die notwendigen Schritte.

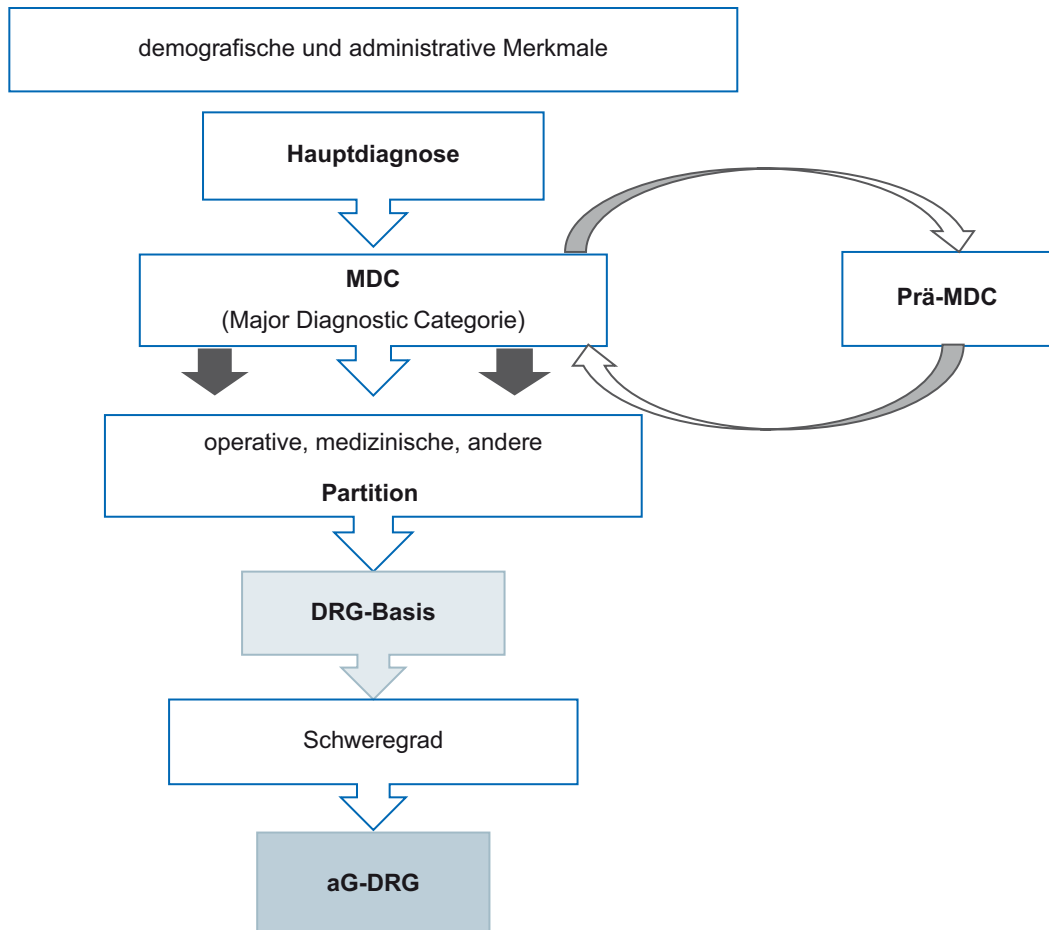


Abb. 1.1: Bildung einer DRG (vgl. InEK, 2019)

Im Gruppierungsprozess werden zunächst **demografische und administrative Merkmale** im Hinblick auf ihre Gültigkeit und Plausibilität in Verbindung mit der Verwendung der Diagnose- und Prozedurencodes überprüft. Folgende Variablen werden dabei berücksichtigt (vgl. InEK, 2019, S. 6):

- Alter
- Geschlecht
- Aufnahmegewicht
- Verweildauer
- Status der Verweildauer entspricht einem Belegungstag
- Dauer der maschinellen Beatmung
- Aufnahmeanlass
- Aufnahmegrund
- Entlassungsgrund

Im zweiten Schritt erfolgt unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose die Zuordnung zu einer der 25 Hauptdiagnosegruppen (**Major Diagnostic Categories**, MDCs).

Definition 1.2: Hauptdiagnosegruppen (MDCs)

„Die MDC ist eine Kategorie, die grundsätzlich auf einem Körpersystem oder einer Erkrankungsätiologie aufbaut, die mit einem speziellen medizinischen Fachgebiet verbunden ist.“ (InEK, 2019, S. 1)

Übung 1.2:

Erstellen Sie mithilfe des Internets eine tabellarische Übersicht über die 25 MDCs, in der Sie die MDC-Nummer, ihre Bezeichnung und den zugewiesenen Buchstaben auflisten.



In der sogenannten **Prä-MDC-Verarbeitung** werden die teilstationären und kostenintensiven DRGs (z.B. Beatmungs- oder Transplantations-DRGs) ermittelt und es erfolgt eine Änderung der MDC-Zuweisung für jene MDCs, bei denen die Zuordnung nicht allein anhand der festgelegten Hauptdiagnose erfolgt (z.B. MDC 18A HIV oder MDC 21A Polytrauma) (vgl. InEK, 2019, S. 7).

In Abhängigkeit von den kodierten Prozeduren findet im nächsten Schritt die Zuweisung zu einer der drei **Partitionen** (O = operative Partition, A = andere Partition oder M = medizinische Partition) statt. Grundsätzlich entscheiden dabei das Vorhandensein und die Art der Prozedur über die Zuordnung zu der jeweiligen Partition (vgl. InEK, 2019, S. 7).

Hinweis:

Im aG-DRG-System wird zwischen „**OR-Prozeduren**“ für chirurgische Eingriffe und „**NonOR-Prozeduren**“ für andere Behandlungen wie diagnostische Maßnahmen unterschieden. Eine Aufstellung aller OR- und NonOR-Prozeduren findet sich in Anhang B des Definitionshandbuchs (online abrufbar auf der Website des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, kurz: InEK).

Für die Einordnung in die operative Partition bedarf es im Gruppierungsprozess mindestens einer OR-Prozedur, während beim Vorliegen von mindestens einer NonOR-Prozedur die Zuweisung zur Partition „A“ erfolgt. Behandlungsfälle, die weder eine OR- noch eine NonOR-Prozedur vorweisen, werden der medizinischen Partition zugeordnet (vgl. InEK, 2019, S. 7).

Übung 1.3:

Suchen Sie jeweils fünf Beispiele für OR-Prozeduren und NonOR-Prozeduren heraus.



Im Anschluss an die Einordnung in eine der drei Partitionen erhält man die jeweilige **Basis-DRG**, die aus einer oder mehreren DRGs bestehen kann und sich prinzipiell durch die gleiche Diagnose- und Prozedurenliste auszeichnet. Die einzelnen DRGs innerhalb dieser Basis-DRG sind durch Splits nach dem Ressourcenverbrauch differenziert, der

vom „höchsten Ressourcenverbrauch“ (Kennzeichnung mit dem Buchstaben „A“) alphabetisch absteigend bis zu „keiner Unterteilung“ (Kennzeichnung mit dem Buchstaben „Z“) umschrieben werden kann (vgl. InEK 2019, S. 4 f.). Dieser Ressourcenverbrauch spiegelt u. a. auch den jeweiligen Schweregrad der Behandlung im Hinblick auf das Vorhandensein von Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC) wider. Der Schweregrad der Behandlung wird durch den sogenannten CCL-Wert ausgedrückt und jeder (Neben-)Diagnose zugewiesen. Final wird jeder DRG durch die Kumulation der CCs somit ein patientenbezogener Gesamtschweregrad (Patient Clinical Complexity Level, kurz: **PCCL-Wert**) zugeordnet, der es ermöglicht, die unterschiedlichen Behandlungsverläufe einer Erkrankung klassifikatorisch abzubilden (vgl. InEK, 2019, S. 5, 8).



Die unterschiedliche Schwere einer Erkrankung wird im DRG-System durch den **patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL-Wert)** ausgedrückt.

Die ermittelte aG-DRG besteht in ihrer Notation aus einem Buchstaben, einer zweistelligen Zahl und einem Buchstaben (vgl. Abb. 1.2).

Buchstabe	zweistellige Zahl	Buchstabe
E	06	A
MDC	Einteilung innerhalb der MDC	Schweregrad (A-I) oder ohne Split (Z)

Abb. 1.2: DRG-Notation im aG-DRG-System; Darstellung am Beispiel der DRG E06A „Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter <10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC“

1.2 Von der DRG zum Erlös

Für jede DRG kalkuliert das InEK anhand von Echtdateien aus den Krankenhäusern jährlich ein sogenanntes Relativgewicht, welches den ökonomischen Aufwand der verschiedenen Fallgruppen widerspiegelt. Durch Multiplikation dieses Relativgewichts mit einem jährlich neu festgelegten Landesbasisfallwert ergibt sich für jede einzelne DRG ein individueller Rechnungsbetrag (aG-DRG-Erlös), der schlussendlich den Kostenträgern für die Behandlung in Rechnung gestellt wird (vgl. Abb. 1.3) (§ 17b Abs. 1 KHG).

Basisfallwert (= Base Rate)	x	Relativgewicht (= Effektivgewicht = Casemix Index = CMI)	=	DRG-Erlös (€)
---------------------------------------	---	--	---	----------------------

Abb. 1.3: Von der DRG zum Euro

Beispiel 1.1: Rechenbeispiel aG-DRG E06A in NRW 2020

Landesbasisfallwert NRW · Relativgewicht E06A = aG-DRG-Erlös*

3825,28 € · 3,077 = 11.770,39 €

*ohne Pflegeerlös

**Übung 1.4:**

Recherchieren Sie die Spannweite für die derzeit gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern und eruieren Sie Gründe für die unterschiedliche Höhe.



Für das Jahr 2020 erfolgte auf Fallebene gemäß § 17b Abs. 4 KHG erstmals eine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (vgl. InEK, 2019, S. xi). Dazu wird zusätzlich zum aG-DRG-Erlös ein tagesbezogenes Pflegeentgelt ermittelt, das den Kostenträgern separat in Rechnung gestellt wird.

„¹ Das tagesbezogene Pflegeentgelt wird ermittelt, indem die maßgebliche Bewertungsrelation jeweils mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. ² Für die Rechnungsstellung wird der Entgeltbetrag nach Satz 1 mit der Anzahl der Berechnungstage je tagesbezogenem Entgelt multipliziert und in der Rechnung ausgewiesen.“ (§ 8 Abs. 2 FPV)

Die DRG-Rechnung für die stationäre Patientenbehandlung besteht seit dem Jahr 2020 aus zwei Komponenten: dem pauschalierten aG-DRG-Erlös und dem separaten tagesbezogenen Pflegeerlös.



Zusätzlich zu den Bewertungsrelationen für DRG und Pflege wird anhand der gemeldeten Verweildauerdaten der Kalkulationshäuser jährlich pro DRG eine durchschnittliche untere, mittlere und obere Grenzverweildauer ermittelt und der jeweiligen Fallpauschale als Richtwert zugewiesen. Während ein Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer (UGVD) zu einer Minderung des aG-DRG-Erlöses führt (Abschlagszahlung), erhöht sich der aG-DRG-Erlös bei einem Überschreiten der oberen Grenzverweildauer (OGVD) pro Tag um einen festgelegten Zuschlagsbetrag (§ 1 Abs. 2–3 FPV). Im Hinblick auf eine Deckung der Behandlungskosten sind beide Varianten ökonomisch ungünstig und nicht erstrebenswert. Ein engmaschiges Verweildauermonitoring und eine Steuerung der Behandlungsdauer im Sinne eines kontrollierten Aufnahme- und Entlassmanagements ist damit für die Krankenhäuser unabdingbar.

Beispiel 1.2: Verweildauer Grenzen DRG E06A (DRG Version 2021)

- Mittlere Verweildauer (MGVD): 15,7 Tage
- Untere Grenzverweildauer (UGVD): 5 Tage
- Obere Grenzverweildauer (OGVD): 30 Tage



Die Abb. 1.4 veranschaulicht für die DRG E06A die Erlösentwicklung (aG-DRG und Pflege) in Abhängigkeit von der Verweildauer.

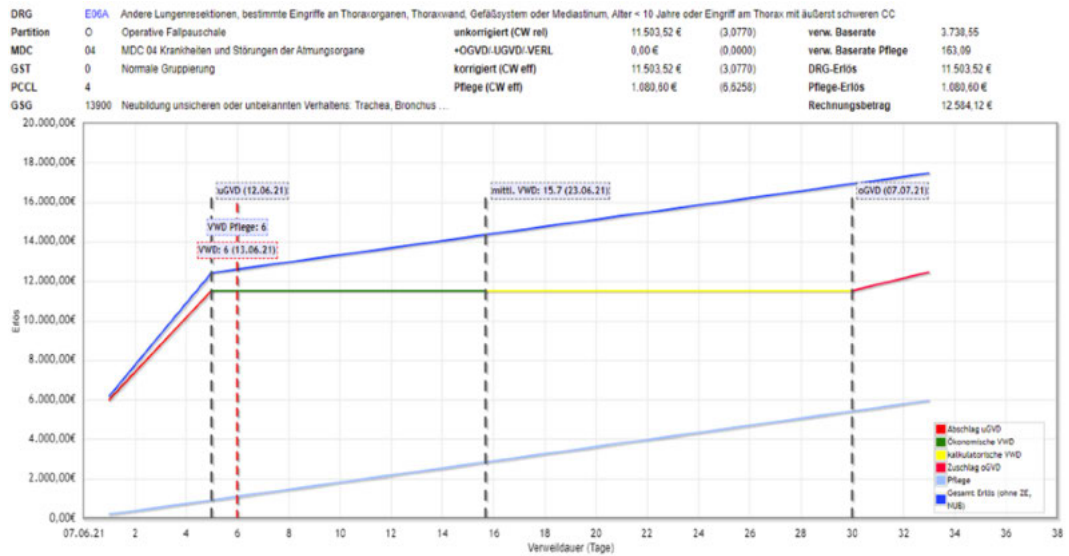


Abb. 1.4: Erlösentwicklung in Abhängigkeit von der Verweildauer für die DRG E06A (DRG Version 2021)

1.3 Das Definitionshandbuch

Eine ausführliche Beschreibung der aG-DRG-Version und Hinweise zu ihrer Anwendung bietet das jährlich aktualisierte Definitionshandbuch, das auf der Homepage des InEK kostenlos als PDF erhältlich ist. Neben einem Überblick über die grundlegende Systematik zur Bildung einer DRG und einer Beschreibung ihrer einzelnen Komponenten enthält es eine Definition jeder DRG inklusive ihrer Codelisten und Gruppierungskriterien. In Form von Flussdiagrammen wird der Zuordnungsprozess des Groupers veranschaulicht und die einzelnen Splits ausgehend von der Basis-DRG werden nachvollziehbar gemacht (vgl. Abb. 1.5) (vgl. InEK, 2019, S. xi ff.).

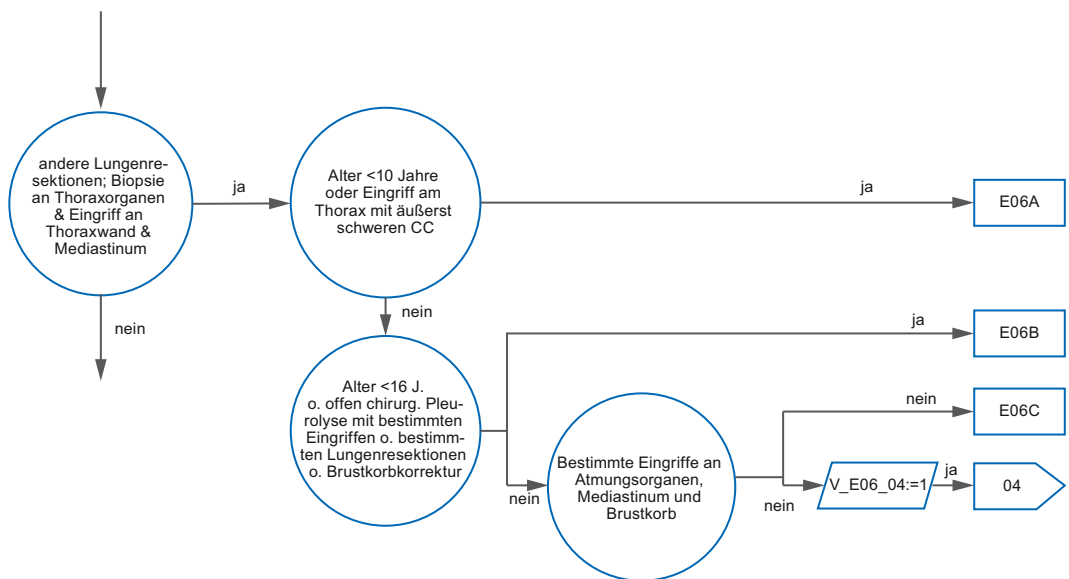


Abb. 1.5: Flussdiagramm zur Gruppierung der DRG E06A (vgl. InEK, 2021, S. 450)

Eine zusätzliche tabellarische Übersicht zu jeder DRG definiert ihre einzelnen Bausteine und enthält den Verweis zur jeweiligen Codeliste (vgl. Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Tabelle zur Gruppierung der DRG E06A (InEK, 2021, S. 502)

DRG E06A	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter <10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC		
Pr And. Lungenresekt., Biopsie Thoraxorg., Eingr. Thoraxwand, Pleura, Mediast., Thorakosk., Gefäßen (I) (E06-K1)	V_E06_04 ≠ 1	Pr And. Lungenresekt., Biopsie Thoraxorg., Eingr. Thoraxwand, Pleura, Mediast., Thorakosk., Gefäßen (II) (E06-K2) außer Bestimmte Pleurektomie und sonstige Thorax-Eingriffe (E06-K3)	PCCL > 3
		Alter <10 J	

Hinweis:

In bestimmten Fallkonstellationen, bei denen ungültige Informationen verwendet wurden oder eine Implausibilität zwischen der Hauptdiagnose und den Prozeduren besteht, erfolgt eine Eingruppierung der Datensätze in eine sogenannte **Fehler-DRG** oder **sonstige DRG** (MDC 24).

Übung 1.5:

Öffnen Sie auf der Website des InEK das Definitionshandbuch aG-DRG Version 2023 und suchen Sie sich eine aG-DRG aus. Vollziehen Sie anhand des Flussdiagramms und der tabellarischen DRG-Übersicht den Zuordnungsprozess ausgehend von der jeweiligen Basis-DRG nach.



1.4 Deutsche Kodierrichtlinien

Die Spielregeln zur Verwendung von Diagnosen und Prozeduren als Kernelemente der DRG finden Sie in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), die in der praktischen Anwendung hierarchisch den Verschlüsselungshinweisen in den beiden Klassifikationswerken (ICD-10 und OPS) übergeordnet sind. Die DKR wurden in ihrer Erstfassung 2002 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) aus den bestehenden australischen Kodierregeln entwickelt und für das deutsche System adaptiert. Seitdem werden sie jährlich überarbeitet und dienen dem übergeordneten Zweck, eine einheitliche Anwendung der Klassifikationen herbeizuführen, damit vergleichbare Fallkonstellationen auf dieselbe Weise kodiert werden und in dieselbe DRG münden (vgl. DKG et al., 2019, S. V f.). Eine ausführliche Darstellung der allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien sowie konkrete Hinweise zu ihrer Nutzung erhalten Sie in Kap. 2.

Bei widersprüchlichen Aussagen zur Verwendung von ICD- und OPS-Codes haben die DKR gegenüber den Verschlüsselungshinweisen in den Klassifikationen Vorrang.



1.5 Klassifikationen

Bei der ICD-10 und dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) handelt es sich um zwei Klassifikationssysteme, die jeweils eine große Anzahl von Begriffen und ihre unterschiedlichen Ausprägungen in überschneidungsfreie Klassen gliedern. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM; ehemals DIMDI) ist im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Herausgabe und jährliche Aktualisierung der beiden amtlichen Klassifikationen verantwortlich. Beide Klassifikationen sind auf der Website des BfArM kostenfrei in verschiedenen Fassungen und Formaten zugänglich (vgl. BfArM, 2020a).

1.5.1 ICD-10-GM

Definition 1.3: ICD-10-GM

„Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM), ist die amtliche Klassifikation für Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.“ (BfArM, 2020b)

Für die Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen steht Ihnen die ICD-10-GM in der jeweils aktuellen Jahresversion als alphabetisches und systematisches Verzeichnis zur Verfügung.

Hinweis:

Das systematische Verzeichnis der ICD-10-GM ist online über folgenden Link abrufbar: <http://www.aon.media/doffwj> (19.01.2022).

Das systematische Verzeichnis besteht aus 22 Kapiteln. Diese gliedern sich in organspezifische Krankheiten (Kap. 3 bis Kap. 14) und Erkrankungen, die keinem spezifischen Organsystem zugeordnet werden können und aus Gründen der Übersichtlichkeit in einem Kapitel zusammengefasst wurden (z. B. Kap. 1: Infektiöse und parasitäre Krankheiten) (vgl. DIMDI, 2010, S. 6). Die Abb. 1.6 bietet Ihnen eine Übersicht zu den 22 Kapiteln der ICD-10-GM im systematischen Verzeichnis.

Kapitel	Gliederung	Titel
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Abb. 1.6: Übersicht der 22 Kapitel der ICD-10-GM Systematik (DIMDI, 2010, S. 7)

Im systematischen Verzeichnis finden Sie auf den unterschiedlichen Hierarchieebenen codespezifische Hinweise, die bei der Kodierung beachtet werden müssen. Dazu zählen neben allgemeinen Hinweisen auf Kapitelebene:

- Definitionen und Synonyme
- Ein- und Ausschlussvermerke (sogenannte In- und Exklusiva)
- Subklassifikationen

Übung 1.6:

Der Kapitelvorspann zu Kap. II „Neubildungen (C00-D48)“ des ICD-10-GM enthält ausführliche Hinweise zur Kodierung von Neubildungen. Lesen Sie die Hinweise und fassen Sie stichpunktartig zusammen, welche Besonderheiten bei der Kodierung von Neubildungen zu beachten sind.



Im Vorspann des systematischen Verzeichnisses finden Sie zudem eine Anleitung zur händischen Verschlüsselung. Wenn Sie ohne die Suchfunktion eines Groupers Diagnosen kodieren wollen, gehen Sie dabei wie folgt vor (vgl. BfArM, 2020c):

- 1) Schlagen Sie die Diagnose im alphabetischen Verzeichnis nach. Beachten Sie dabei auch alternative Schreibweisen oder Synonyme, die in der medizinischen Dokumentation verwendet werden.
- 2) Überprüfen Sie den Code anschließend im systematischen Verzeichnis, unter Berücksichtigung der codespezifischen Hinweise. Nur, wenn Sie im alphabetischen Verzeichnis keinen passenden Code finden, sollten Sie sofort anhand der Systematik im jeweiligen Kapitel und den Subkategorien nach der ICD-Nummer suchen.

Allgemeine Fragen zur ICD-10-GM sowie einige spezifische Kodierfragen werden auf der Website des BfArM in den FAQs beantwortet.



Bei der händischen Verschlüsselung wird zur Auswahl des passenden ICD-Codes immer zuerst das alphabetische Verzeichnis herangezogen.



Beispiel 1.3:

Ein Patient wird mit Gesichts- und Zahnschmerzen stationär im Krankenhaus aufgenommen. Im Rahmen der durchgeführten Diagnostik kann eine Trigemini-neuralgie und eine infektiöse odontogene Genese ausgeschlossen werden. Die Ursache der Beschwerden kann nicht sicher eruiert werden, weshalb die aufnahmeveranlassende Symptomatik als Hauptdiagnose zu kodieren ist. Das alphabetische ICD-Verzeichnis leitet bei Schmerzen → Gesicht zum ICD-Code „R51 Kopfschmerz“ mit dem Inklusivum Gesichtsschmerz ohne nähere Angaben.

Hinweis: Ausblick zum ICD-11

Die ICD-11 wurde im Juni 2018 als Weiterentwicklung der ICD-10 von der WHO vorgestellt. Wann eine Einführung in Deutschland erfolgt, kann derzeit noch nicht zeitlich eingegrenzt werden (vgl. BfArM, 2020a).

1.5.2 OPS

Definition 1.4: OPS

„Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen.“ (BfArM, 2020d)

Der OPS findet gemäß § 301 SGB V als Klassifikation Anwendung im aG-DRG-System und dient der Verschlüsselung aller durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren. Darüber hinaus werden gemäß § 295 SGB V auch die ambulanten Operationen mithilfe des OPS-Katalogs abgebildet und nach einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Aus den dokumentierten OPS-Codes werden Qualitätssicherungsbögen generiert und diese zur Erstellung von Qualitätsberichten und zur Ableitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen herangezogen.

Analog zur ICD-10 ist auch der OPS als systematisches und alphabetisches Verzeichnis zugänglich und enthält im Vorspann Hinweise zur Benutzung, die jedoch den entsprechenden Kodierrichtlinien unterzuordnen sind. Der Anhang enthält ergänzende Informationen zur Punkteerfassung bei bestimmten Komplexbehandlungen (vgl. BfArM, 2020d). Näheres zu Kodierrichtlinien für Prozeduren und Komplexbehandlungen erfahren Sie in Kap. 2.2.

Hinweis:
 Der OPS-Katalog ist unter folgendem Link in seiner aktuellen Fassung kostenfrei im Internet abrufbar: <http://www.aon.media/ya2csd> (19.01.2022).

Aufbau von OPS-Codes

Die folgende Abb. 1.7 soll Ihnen den Aufbau und die hierarchische Struktur von OPS-Codes veranschaulichen.

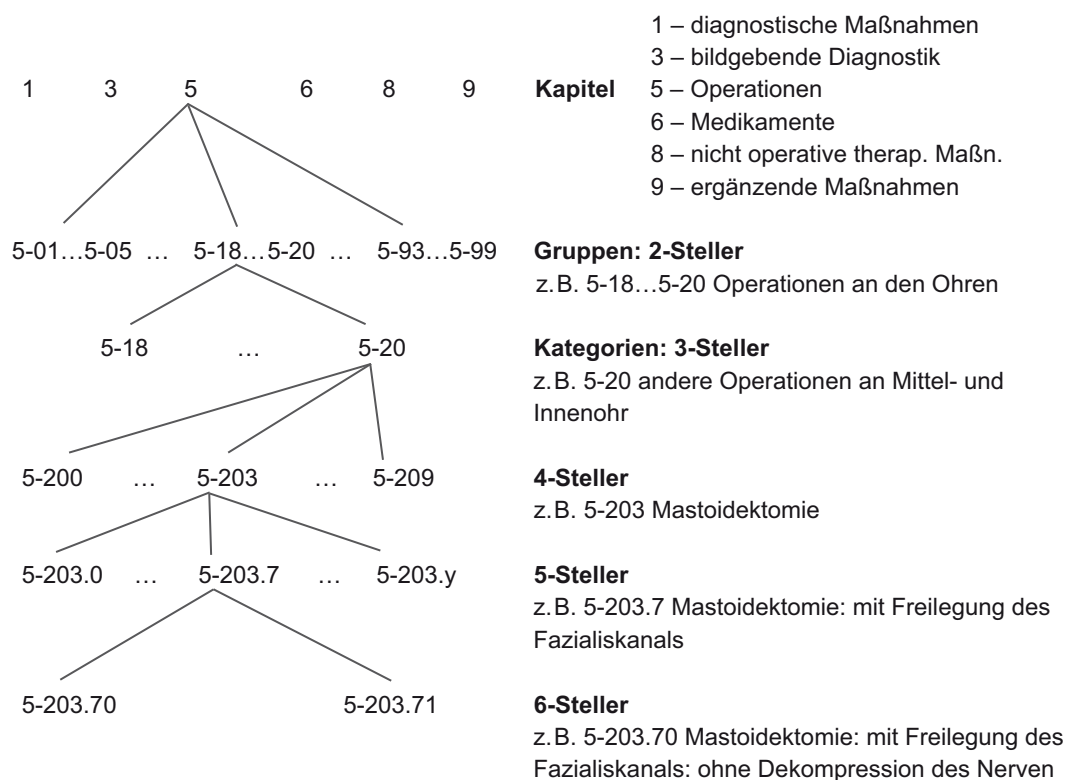


Abb. 1.7: Aufbau von OPS-Codes (vgl. Busse, 2012)

Insgesamt besteht die Klassifikation aus neun Kapiteln, die jeweils in einzelne Gruppen unterteilt sind (z.B. Gruppe 5-18 bis Gruppe 5-20 für Operationen an den Ohren). Da der OPS aus der „International Classification of Procedures in Medicine“ (ICPM) der WHO abgeleitet wurde, enthält die Kapitelstruktur historisch bedingte Lücken, die Möglichkeiten für Erweiterungen der Klassifikation bieten (vgl. BfArM, 2020d). Die Gruppen gliedern sich ihrerseits in einzelne Kategorien, die über 3-Steller-Codes abgebildet werden (z.B. 5-20 für andere Operationen an Mittel- und Innenohr). Die weitere Spezifikation der Prozedur erfolgt über eine Verästelung in 4- bis 6-Steller-Codes. Der 4-Steller „5-203 Mastoidektomie“ erhält im gewählten Beispiel über die 5. Stelle mit der „7“

den Zusatz „mit Freilegung des Fazialiskanals“ und schließlich über die „0“ an der 6. Stelle die Information, dass diese „ohne Dekompression des Nerven“ erfolgt. Über den 6-stelligen OPS 5-203.70 „Mastoidektomie: mit Freilegung des Fazialiskanals: ohne Dekompression des Nerven“ wird der Eingriff am Ohr folglich so präzise wie möglich abgebildet.



Übung 1.7:

Vollziehen Sie im OPS-Katalog – in Anlehnung an das zuvor geschilderte Beispiel für die Operation am Ohr – den Aufbau des Codes „5-433.20“ nach. Beginnen Sie bei der Überschrift des fünften Kapitels. Welcher Eingriff wird über den 6-Steller abgebildet?

1.6 Nicht durch ICD oder OPS erfasste rechnungsrelevante Zusatzinformationen und Zusatzentgelte

In Kap. 1.1 haben Sie gelernt, dass neben demografischen Merkmalen, der Verweildauer, Beatmung und den abrechnungsrelevanten Diagnosen und Prozeduren auch Zusatzinformationen zu den Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten für den DRG-Gruppierungsprozess relevant sind. Zusätzlich existieren für bestimmte Medikamente und teure Einzelleistungen, die die Zuordnung zu einer Fallpauschale nicht beeinflussen, sogenannte Zusatzentgelte (ZE). Diese werden in den Rechnungen für die stationäre Krankenhausbehandlung gesondert ausgewiesen.

Hinweis:

Die Übermittlung einer DRG-Rechnung erfolgt über einen elektronischen Datenträgeraustausch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Gesetzlich ist die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im **§ 301 SGB V** festgeschrieben. Dieser regelt, welche Daten bei einer stationären Krankenhausbehandlung von den Krankenhäusern an die Krankenkassen zu übermitteln sind. Das Verfahren der Datenübermittlung wird zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG geregelt (Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V).



Übung 1.8:

Lesen Sie in § 301 SGB V nach, welche nicht rechnungsrelevanten Informationen zusätzlich an die Krankenkassen übermittelt werden müssen.

1.6.1 Aufnahme- und Entlassungsgründe

Eine Abrechnungsrelevanz ergibt sich bei den Aufnahme- und Entlassungsgründen insbesondere durch eine Minderung des DRG-Rechnungsbetrags um Verlegungsabschläge. Darüber hinaus sind korrekte Angaben auch für Personenstandsmeldungen (Geburten und Sterbefälle) sowie für die Klärung von Unfallhergängen erforderlich. Eine aktuelle Übersicht über die derzeit gültigen Aufnahmegründe finden Sie in der Tab. 1.2.

Tab. 1.2: Aufnahmegründe gemäß Datenübermittlungsvereinbarung § 301 SGB V (vgl. DKG, 2019, S. 95)

Aufnahmegründe
1. und 2. Stelle:
01 Krankenhausbehandlung, vollstationär
02 Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
03 Krankenhausbehandlung, teilstationär
04 vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
05 stationäre Entbindung
06 Geburt
07 Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003
08 stationäre Aufnahme zur Organentnahme
09 frei
10 stationsäquivalente Behandlung
3. und 4. Stelle:
01 Normalfall
02 Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
03 Verkehrsunfall/Sportunfall/sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X)
04 Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
05 frei
06 Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
07 Notfall

Übung 1.9:

Informieren Sie sich ergänzend über die Entlassungs- und Verlegungsgründe nach § 301 SGB V.



Erfolgt eine Verlegung zur Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus, so hat das verlegende Krankenhaus gemäß § 3 der Fallpauschalenverordnung einen Verlegungsabschlag vorzunehmen, sofern die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene MGVD für die entsprechende DRG unterschritten ist. Auch das aufnehmende Krankenhaus darf im Falle einer Zuverlegung bei einer Unterschreitung der MGVD nur eine abschlagsgeminderte DRG gegenüber der Krankenkasse in Rechnung stellen (vgl. § 3 FPV, 2020). Auch Rückverlegungen und Wiederaufnahmen gehen für etwaige Fallzusammenlegungen aus den Entlassungsgründen hervor. Näheres hierzu erfahren Sie in Kap. 1.7.2.

Hinweis: Berechnung der Verlegungsabschläge (vgl. § 3 FPV, 2020):

Höhe des Verlegungsabschlags =

Bewertungsrelation Spalte 11 · Basisfallwert · Anzahl der Abschlagstage

Anzahl der Abschlagstage =

mittlere Verweildauer¹ – Anzahl Belegungstage insgesamt²

¹ kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundet

² tatsächliche Verweildauer



Eine korrekte Angabe der Aufnahme- und Entlassungsgründe ist notwendig zur Ermittlung von Verlegungsabschlägen und zur Ableitung von Personenstandsmeldungen (Geburt und Sterbefall).

1.6.2 Zusatzentgelte

Für Medikamente oder teure Einzelleistungen, die nicht flächendeckend in die DRGs eingepreist werden können, besteht die Möglichkeit, separate Zusatzentgelte (ZE) abzurechnen. Man unterscheidet zwischen bundeseinheitlichen ZE, krankenhausindividuellen ZE und ZE für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Sowohl für die bundeseinheitlichen ZE als auch für die krankenhausindividuellen existiert als Anlage zum Fallpauschalenkatalog eine Aufstellung aller inbegriffenen Leistungen (Anlage 2 bzw. 5 und Anlage 4 bzw. 6). Während die Preise für die bundeseinheitlichen ZE vordefiniert sind und die Leistungen von jedem Krankenhaus im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht und abgerechnet werden können, bedarf es vor der Abrechnung bei den krankenhausindividuellen ZE einer separaten Kostenkalkulation und individuellen Preisverhandlung mit den Kostenträgern durch jedes einzelne Krankenhaus. Zusatzentgelte für NUB müssen zusätzlich gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG jährlich bis zum 31. Oktober vor ihrer Vereinbarung beim InEK beantragt werden. Im Rahmen der Beantragung findet eine Prüfung statt, ob die Leistungen mit den Fallpauschalen und ZE nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sachgerecht vergütet werden können oder ob nicht (vgl. InEK, 2020a). Zur Herstellung von Versorgungssicherheit müssen NUB mit besonders invasivem Charakter seit dem Jahr 2015 zusätzlich bei erstmaligem Antrag im Hinblick auf ihr Potenzial bzw. ihren Nutzen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geprüft werden (§ 137h SGB V).



Beispiel 1.4:

bundeseinheitliches ZE:

ZE 122 Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD): 202,32 €

krankenhausindividuelles ZE:

ZE 2022-18 Zwerchfellschrittmacher: individuelle Vereinbarung

NUB:

NUB 2021-01 Idarucizumab: individuelle Vereinbarung, z. B. je mg

Zusatzentgelte für spezielle Medikamente oder teure Einzelleistungen können zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden. Es wird dabei zwischen bundeseinheitlichen ZE, krankenhausindividuellen ZE und ZE für NUB unterschieden.



Übung 1.10:

Informieren Sie sich über die Vorgehensweise bei der Beantragung von NUB. Welche Kriterien operationalisieren Methoden mit „besonders invasivem Charakter“, die bei erstmaligem Antrag zusätzlich beim G-BA beantragt werden müssen?



1.7 Fallpauschalenvereinbarung und Fallpauschalenkatalog

Gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 1–3 KHEntgG vereinbarten der GKV-Spitzenverband und der PKV gemeinsam mit der DKG einen Fallpauschalenkatalog nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG, einen Katalog ergänzender ZE nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG, einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 Satz 5 KHG sowie die Abrechnungsbestimmungen für diese Entgelte. Die Abrechnungsbestimmungen sind in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) verankert, die die entsprechenden Entgeltkataloge als Anlagen enthält. Sie enthält insgesamt vier Abschnitte (vgl. FPV):

- Abschnitt 1: Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen (allgemeine Rahmenbedingungen, Verweildauer, Verlegungsabschläge)
- Abschnitt 2: Abrechnungsbestimmungen für andere Entgeltarten (ZE, NUB, teilstationäre Leistungen, tagesbezogene Pflegeentgelte)
- Abschnitt 3: sonstige Vorschriften (Fallzählung, Kostenträgerwechsel, Laufzeit)
- Abschnitt 4: Geltungsdauer, Inkrafttreten

Um Unterschiede in der Auslegung der Vereinbarung zu vermeiden, existieren eine Klarstellung der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur FPV 2020 sowie drei ergänzende Dateien, die die Vorgehensweise bei Fallzusammenführungen näher umschreiben (vgl. Kap. 1.7.2).

Die Abrechnungsbestimmungen für stationäre und teilstationäre Behandlungsfälle sind in der FPV verankert. Als Anlagen enthält diese den Fallpauschalenkatalog, einen Katalog ergänzender ZE und den Pflegeerlöskatalog.



1.7.1 Definition stationärer Behandlungsfall

Die Abrechnungsbestimmungen der FPV regeln die Vergütung für stationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlungen. Welche Leistungen eine Krankenhausbehandlung umfasst, ist in § 2 Abs. 1 KHEntgG festgeschrieben:

„(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.“ (§ 2 Abs. 1 KHEntgG)

Eine stationäre Krankenhausaufnahme allein rechtfertigt allerdings nicht die Vergütung der Leistungen mit einer vollstationären Fallpauschale. Vielmehr ist gerade im Zuge des medizinischen Fortschritts und der damit einhergehenden Ambulantisierung zahlreicher Leistungen die medizinische Notwendigkeit zur stationären Krankenhausbehandlung zu begründen. Objektive Kriterien, die eine stationäre Fallabrechnung in Abgrenzung zu einer ambulanten Behandlung rechtfertigen (wie beispielsweise eine Mindestaufenthaltsdauer im Krankenhaus), sind derzeit nicht in einem Regelwerk niedergelegt. Für jeden Einzelfall sind die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung (insbesondere im Hinblick auf den Ressourcenverbrauch der besonderen Krankenhausmittel), ein Behandlungsplan und eine Integration in den Stationsalltag nachzuweisen.

Gerade für kleinere elektive Eingriffe und konservative Behandlungen an der Schnittstelle zum niedergelassenen Bereich steht demnach häufig die Frage der stationären Behandlungsnotwendigkeit im Raum und führt im Nachgang nicht selten zu Abrechnungsstreitigkeiten mit den Kostenträgern.

Auch die Berechnung der Verweildauer, die formal in § 1 Abs. 2 und 3 der FPV geregelt ist, ist im Hinblick auf retrospektive Verweildauerkürzungen untrennbar mit der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit für jeden einzelnen Behandlungstag verknüpft. Eine hohe Bedeutung kommt somit der medizinischen Dokumentation zu, die den Geltungsbereich der DRG-Abrechnung für die vollstationäre Behandlung begründet.



Das aG-DRG-System findet Anwendung bei der Abrechnung voll- und teilstationärer Behandlungsfälle. Die Legitimation für die Abrechnung einer stationären Fallpauschale ergibt sich aus der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit im Einzelfall.

Exkurs: Ambulante Abrechnungsarten im Krankenhaus

Je nach Versorgungsauftrag des Krankenhauses finden dort auch ambulante Behandlungen statt. Die Vergütung erfolgt dabei pauschaliert oder als Einzelleistungsabrechnung über den EBM bzw. die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Privatpatienten/-patientinnen, Selbstzahlende oder ausländische Patienten/Patientinnen. Die Tab. 1.3 gibt Ihnen einen Überblick über ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus und ihre gesetzliche Verankerung im SGB V.

Tab. 1.3: Ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus und ihre gesetzliche Verankerung im SGB V

Versorgungsform	§ SGB V
Notfallambulanzen	§ 75
ambulantes Operieren (AOP) im Krankenhaus	§ 115b
vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	§ 115a
ermächtigte Krankenhausärzte	§ 116
ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung	§ 116a
ambulante Behandlung im Krankenhaus	§ 116b (alt)

Versorgungsform	§ SGB V
ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	§ 116b (neu)
Hochschulambulanzen	§ 117
psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118
geriatrische Institutsambulanzen	§ 118a
sozialpädiatrische Zentren	§ 119
pädiatrische Spezialambulanzen	§ 120
strukturierte Behandlungsprogramme	§ 137 f
Besondere Versorgung (VSG)	§ 140a

1.7.2 Fallzusammenführung (Wiederaufnahme, Rückverlegung)

Um auf übergeordneter Ebene eine korrekte Kalkulation kostenhomogener Fallpauschalen sicherstellen zu können, ist eine einheitliche Abrechnung zwingend notwendig (vgl. Zaiß, 2020, S. 1). Insbesondere muss ausgeschlossen werden, dass beispielsweise aus organisatorischen Gründen formale Falltrennungen stattfinden, bei denen eine medizinische Behandlung über zwei oder mehrere Pauschalen abgerechnet wird und die Gesamtkosten damit künstlich gesplittet werden. Aus diesem Grund regelt die FPV in § 2, in welchen Fällen eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Gesamtfall vorzunehmen ist. Grundsätzlich lässt sich dabei unterscheiden zwischen einer Wiederaufnahme zur (geplanten) Fortsetzung einer Behandlung und einer Wiederaufnahme aufgrund einer Komplikation, wobei die Wiederaufnahmen auch in Form einer Rückverlegung aus einem anderen Krankenhaus oder einer Rehaeinrichtung stattfinden können (vgl. § 2 FPV).

Bei Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus zur (geplanten) Fortsetzung einer Behandlung oder zur Behandlung einer Komplikation ist zu prüfen, ob eine Fallzusammenlegung gemäß § 2 FPV durchzuführen ist oder ob zwei separate Fallpauschalen zur Abrechnung gebracht werden können.



Zusätzlich zu den Regelungen in § 2 FPV sind auf der Website des InEK drei ergänzende Dokumente verfügbar, die die Anwendung der Wiederaufnahmeregelung auslegen und näher spezifizieren:

1. Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004
2. Ergänzende Klarstellung der „Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004“ zur Fallzusammenführung bei mehr als zwei Aufenthalten
3. Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2–4 FPV 2020 „Kombinierte Fallzusammenführungen“

Grundsätzlich findet eine Zusammenfassung zweier getrennt abgerechneter Fälle zu einer Fallpauschale nur dann statt, wenn eine Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus innerhalb der OGVD des ersten Aufenthalts stattfindet, die Wiederaufnahme innerhalb

von 30 Kalendertagen erfolgt oder sie sich aufgrund einer Komplikation innerhalb der OGVD ereignet. Für die ersten beiden Konstellationen bestehen im zweiten Schritt weitere Anforderungen an das Vorliegen derselben Basis-DRG bzw. der gleichen MDC und eine bestimmte Partitionsabfolge. Das Flussschema in Abb. 1.8 stellt den Entscheidungsprozess zur Fallzusammenführung schematisch dar.

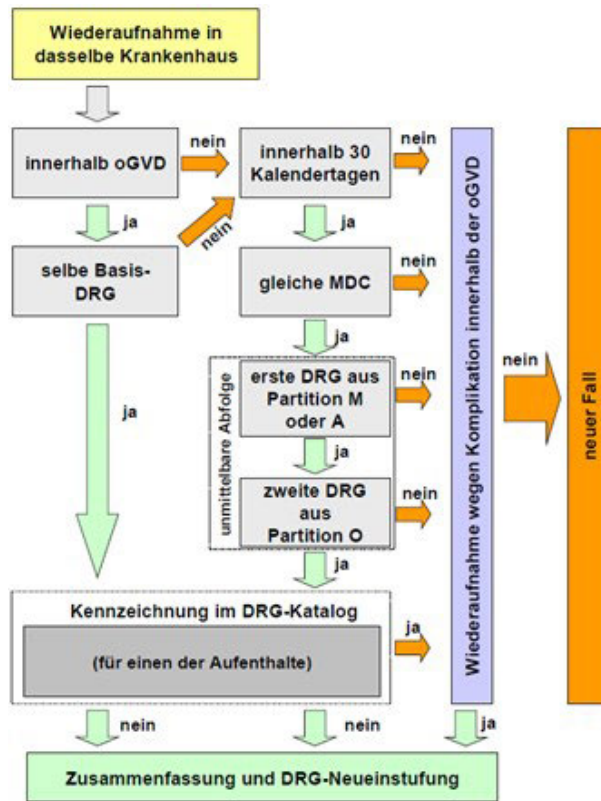


Abb. 1.8: Flussschema zur Fallzusammenführung (BMGS, 2004, S. 1)



Übung 1.11:

Lesen Sie die drei ergänzenden Dokumente zur Wiederaufnahmeregelung und fassen Sie die Kernaussagen stichpunktartig zusammen.

Zusammenfassung

AG-DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem zur leistungsorientierten und pauschalierenden Abrechnung stationärer Behandlungsfälle. Die Zuordnung zu einer Fallpauschale erfolgt softwaregestützt über sogenannte Grouper, die die Falldaten unter Berücksichtigung von demografischen und administrativen Merkmalen hauptdiagnosegeleitet über die kodierten Diagnosen und Prozeduren in eine aG-DRG einordnen. Das für jede DRG kalkulierte Relativgewicht ergibt durch die Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert den aG-DRG-Erlös. Seit dem Jahr 2020 sind die Pflegekosten aus dem aG-DRG-Erlös ausgegliedert und werden separat über ein tagesbezogenes Pflegeentgelt abgerechnet.

Eine einheitliche Kodierung gleicher Sachverhalte ist nicht nur für eine korrekte Abrechnung der Einzelfälle von Bedeutung, sondern auch ausschlaggebend für die jährliche Anpassung der Klassifikation, die Neukalkulation der Entgelte sowie für jedwede Weiterverwendung der auf diese Weise generierten Routinedaten. Ein umfassendes Regelwerk zur Kodierung und Abrechnung soll aus diesem Grund eine homogene Fallgruppierung sicherstellen. Während das DRG-Definitionshandbuch die grundlegende Systematik beschreibt und eine Definition zu jeder DRG liefert, konkretisieren die DKR die Anwendung der beiden Klassifikationen ICD-10 und OPS für die Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren. Die FPV – inklusive des Fallpauschalenkatalogs – umschreibt daran anknüpfend, welche Abrechnungsbestimmungen für stationäre und teilstationäre Fälle gegenüber den Kostenträgern zu berücksichtigen sind.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Was ist eine aG-DRG?
- 1.2 Fassen Sie den Gruppierungsprozess einer aG-DRG in eigenen Worten zusammen und definieren Sie die einzelnen Komponenten.
- 1.3 Beschreiben Sie, wie der DRG- und der Pflegeerlös berechnet werden.
- 1.4 Wie gehen Sie bei der „händischen“ Kodierung einer Diagnose nach ICD-10 vor?
- 1.5 Welche Zusatzentgeltarten können zur Abrechnung gebracht werden? Worin besteht grundsätzlich ihr Unterschied?
- 1.6 In welchen Fällen ist eine Fallzusammenlegung gemäß § 2 FPV durchzuführen?