



## Das G-DRG-System 2011

### G-DRG-Systementwicklung aus medizinischer Sicht

*Düsseldorf, 17. November 2010*

**Dr. N. Schlottmann**  
**Geschäftsführerin Dezernat Medizin**  
**Deutsche Krankenhausgesellschaft**

- **G-DRG-Systementwicklung**
- **Kodierrichtlinien 2011**
- **Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik**



# G-DRG-System

- Pflege- und Weiterentwicklungsprozess routiniert, auf hohem Qualitätsniveau
- Medizinische Leistungen über DRG-Fallgruppen und ergänzende Vergütungselemente differenziert abgebildet
- Etablierte Sonderlösungen für Innovationen, aufwendige Leistungen, Besondere Einrichtungen etc.
- Umfassende Beteiligung Betroffener am Entwicklungsprozess durch offenes Vorschlagsverfahren
- Hohe Akzeptanz und Anerkennung national und international
- Deutsches G-DRG-System als Exportschlager

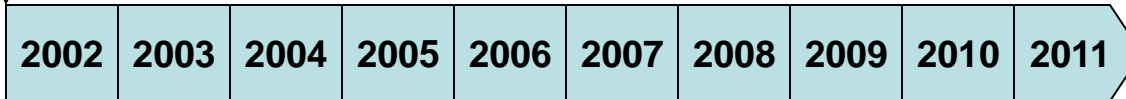
## Problembereiche

**Unverändert  
gegenüber  
den Vorjahren**

- Teilstationäre Versorgung
- Kostenausreißer (immer wieder neue Fälle)
- Hochaufwendige Diagnostik
- Neurologische Frührehabilitation
- NUB-Entgelt-Antragsverfahren und Vereinbarungen vor Ort
- Administrativer Aufwand (z.B. Dokumentation, Abrechnungsprüfung)

## Kodieren im Krankenhaus

**Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)**  
(verbindliche Einführung 01.01.2002)



**Deutsche Kodierrichtlinien für  
die Psychiatrie/Psychosomatik  
(DKR-Psych)**  
(verbindliche Einführung 01.07.2010)

**Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)**  
(verbindliche Einführung 01.01.2011)

Dienen der  
einheitlichen  
Verschlüsselung von  
Diagnosen und  
Prozeduren für  
Abrechnungszwecke

## Geltungsbereiche und Vertragspartner

DKR	DKR-Psych	Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)
- § 17 b KHG	- § 17 d KHG	- § 295 SGB V Im Gesetz explizit benannt
G-DRG-System	Psych-Entgelt-System	<b>Morbiditätsorientierung</b> bei 1. Anpassung der Gesamtvergütung Vertragsärzte und 2. Risikostrukturausgleich Krankenkassen
DKG GKV PKV InEK	DKG GKV PKV InEK	KBV <b>(ohne DKG)</b> GKV InBA-Institut des Bewertungsausschuss

- Die „Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien nach § 295 Abs. 3 SGB V“ hat mit Wirkung zum 01.04.2010 folgendes geregelt:
  - Die AKR werden in jedem Fall zum 01.01.2011 flächendeckend eingeführt
  - Die AKR werden im 3. Quartal im Bezirk der KV Bayern einem Praxistest unterzogen
  - Das Nähere zum Praxistest wird in einer eigenen Vereinbarung geregelt
  - Die Auswertungen werden so gestaltet, das Erkenntnisse noch einfließen können für die Fertigstellung der AKR im 4. Quartal
  - Notwendige Maßnahmen zur Schulung und EDV-Einbindung werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV getroffen
- Der Modellversuch ist zwischenzeitlich fast abgeschlossen. 3 Fragebogenaktionen wurden von 74 Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete beantwortet  
(Fragen zu Akzeptanz, Problemen mit der Software etc.)
- Bekanntgabe der Ergebnisse und der überarbeiteten Kodierrichtlinien voraussichtlich noch im November

## Die AKR gelten für

- Ambulante Leistungen/Fälle
- Belegärztliche Leistungen/Fälle
  
- Ärzte
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
  
- Kollektiv- und Selektivverträge

## Anwendungsbereiche

### → Alle ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen

- Hochschulambulanzen
- Psychiatrische Institutsambulanzen
- Sozial-Pädiatrische Zentren
- Spezialambulanzen der Pädiatrie
- Institutsambulanzen bei Unterversorgung nach § 116 a SGB V
- Ermächtigte Ärzte

### → Einrichtungen nach § 116 b SGB V

### → Medizinische Versorgungszentren

## Ausgenommen sind

- Ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V
- Ambulante Notfallbehandlung außerhalb ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen (**Achtung: unterschiedliche Rechtspositionen, daher noch offen**)

## Grundlagen und Aufbau

DKR	DKR-Psych	AKR
seit 01.01.2002	seit 01.07.2010	ab 01.1.2011, 1. Halbjahr sanktionsfrei, Übergangsfrist
Grundlage Australische Kodierr.	Grundlage DKR	Grundlage DKR
- Allgemeine K. 27 - Spezielle K. 75  (Insg. 102)	Allgemeine K. 17  (Insg. 17)	- Allgemeine K. 11 - Spezielle K. 61  (Insg. 72)
Regelungen zur Verschlüsselung von  1. Diagnosen 2. Prozeduren	Regelungen zur Verschlüsselung von  1. Diagnosen 2. Prozeduren	Regelungen zur Verschlüsselung von  1. Diagnosen (ohne Prozeduren) (viele Regeln zur korrekten ICD- Anwendung)

## Relevante Unterschiede

DKR	DKR-Psych	AKR
Hauptdiagnose/ Nebendiagnose	Hauptdiagnose/ Nebendiagnose <b>Rolle noch unbekannt</b>	<b>Behandlungsdiagnosen</b>  Solche, für die im abzurechnenden Quartal Leistungen erbracht wurden, oder im Zusammenhang mit Leistung stehen. Keine automatische Übernahme von Dauerdiagnosen und anamnestischen Diagnosen
Stationärer Fall	Voraussichtlich Tagesfallbezug	Behandlungsfall pro Quartal
Keine Zusatzkennzeichen	Keine Zusatzkennzeichen	<b>G: Gesicherte Diagnose</b> <b>V: Verdacht auf Diagnose</b> <b>A: Ausgeschlossene Diagnose</b> <b>Z: Zustand nach Diagnose</b>
Keine Plausibilitätskriterien	Keine Plausibilitätskriterien	<b>Medizinische Plausibilitätskriterien als Voraussetzungen für die Kodierung</b>

## Unterschiede und Prüfungsrelevanz

DKR	DKR-Psych	AKR
<u>Kodierung Symptome</u> Für Symptome gelten die Regelungen für die Kodierung von ND entsprechend (Aufwandsabhängig) <b>(D003)</b>	<u>Kodierung Symptome</u> Für Symptome gelten die Regelungen für die Kodierung von ND entsprechend (Aufwandsabhängig) <b>(PD003)</b>	<u>Kodierung Symptome</u> Ein Symptom ist i.d.R. nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Erkrankung bekannt ist <b>(A07)</b>
Unmittelbare Abrechnungsrelevanz	Voraussichtlich unmittelbare Abrechnungsrelevanz	Zumeist keine unmittelbare Abrechnungsrelevanz, da EBM wenig Diagnosenbezug
Prüfung Einzelfallbezogen  (GKV/MDK)	Prüfung voraussichtlich Fallbezogener Tagespauschalen  (GKV/MDK)	Andere Prüfzielstellungen (z.B. Kodierung RSA-relevanter Diagnosen)  (KBV/GKV)

## Relevante Änderungen

- Anzahl Kodierrichtlinien unverändert (102 insg, 27 Allg., 75 Spez.)
- 7 Kodierrichtlinien überarbeitet (2 relevant inhaltlich)
- 5 Kodierrichtlinien angepasst an ICD/OPS/DRG 2011
- **DKR 0201 Neubildungen, CUP-Syndrom** (Cancer of unknown primary site)

CUP-Syndrom (C80.-) wird bei Aufnahme zur systemischen Chemotherapie anderen metastasierenden Tumoren mit bekanntem Primärherd gleichgestellt (künftig HD: CUP-Syndrom, ND: Metastase)

- **DKR 1525 Primärer und sekundärer Kaiserschnitt, Aufnahme Beispiele**

Klarstellung wenn vor Einsetzen der Wehen ein Kaiserschnitt geplant (z.B. Beckenendlage Kind) ist (primärer Sektio), und dann eine vorgezogene Sektio stattfindet

- bei unauffälligem Geburtsverlauf (z.B. vorzeitiger Blasensprung ohne Begleitprobleme) (es bleibt eine primäre Sektio) oder
- bei kindlicher Indikation (es wird eine sekundäre Sektio)

## Relevante Änderungen

- Keine nennenswerte Anpassung weil,
  - Vergütungssystem weiter unbekannt
  - Vorgabe spezieller Kodierrichtlinien schwierig bis unmöglich
  - Fehlender Konsens zu Einzelregelungen innerhalb der SV
  - Mehr Ruhe für Schulung und Anwendung in KH
- Klarstellung von **2 Beispielen** ohne inhaltliche Änderung.  
Eine **neue DKR PP005 Multiple/Bilaterale Prozeduren**  
Angabe **Bezugsdatum** bei i.d.R. wöchentlich zu kodierenden  
Komplexkodes (1 Tag der Leistungsperiode)

Bei den Codes 9-60...9-63 und 9-65...9-68 (Psych-Komplekkodes), die den Hinweis enthalten, dass sie i.d.R. einmal pro Woche anzugeben sind, ist als Bezugsdatum (§ 301-Vereinbarung) für die jeweils zu kodierende Leistungsperiode der Tag der vom Kode bestimmten Periode anzugeben.

Wochentag	Komplexbehandlung und Therapieeinheiten
Montag**	Aufnahme und Intensivbehandlung wegen akuter Selbstgefährdung bei Suizidalität <span style="float: right;">keine TE</span>
Dienstag	Intensivbehandlung <span style="float: right;">keine TE</span>
Mittwoch	Intensivbehandlung <span style="float: right;">keine TE</span>
Donnerstag	Intensivbehandlung <span style="float: right;">1 TE</span>
Freitag	Intensivbehandlung <span style="float: right;">1 TE</span>
Samstag****	Regelbehandlung, da keine akute Selbstgefährdung mehr
Sonntag	Regelbehandlung <span style="float: right;">2 TE</span>
Montag	Regelbehandlung <span style="float: right;">3 TE</span>
...	...

\*\* Bezugsdatum für die Intensivbehandlung

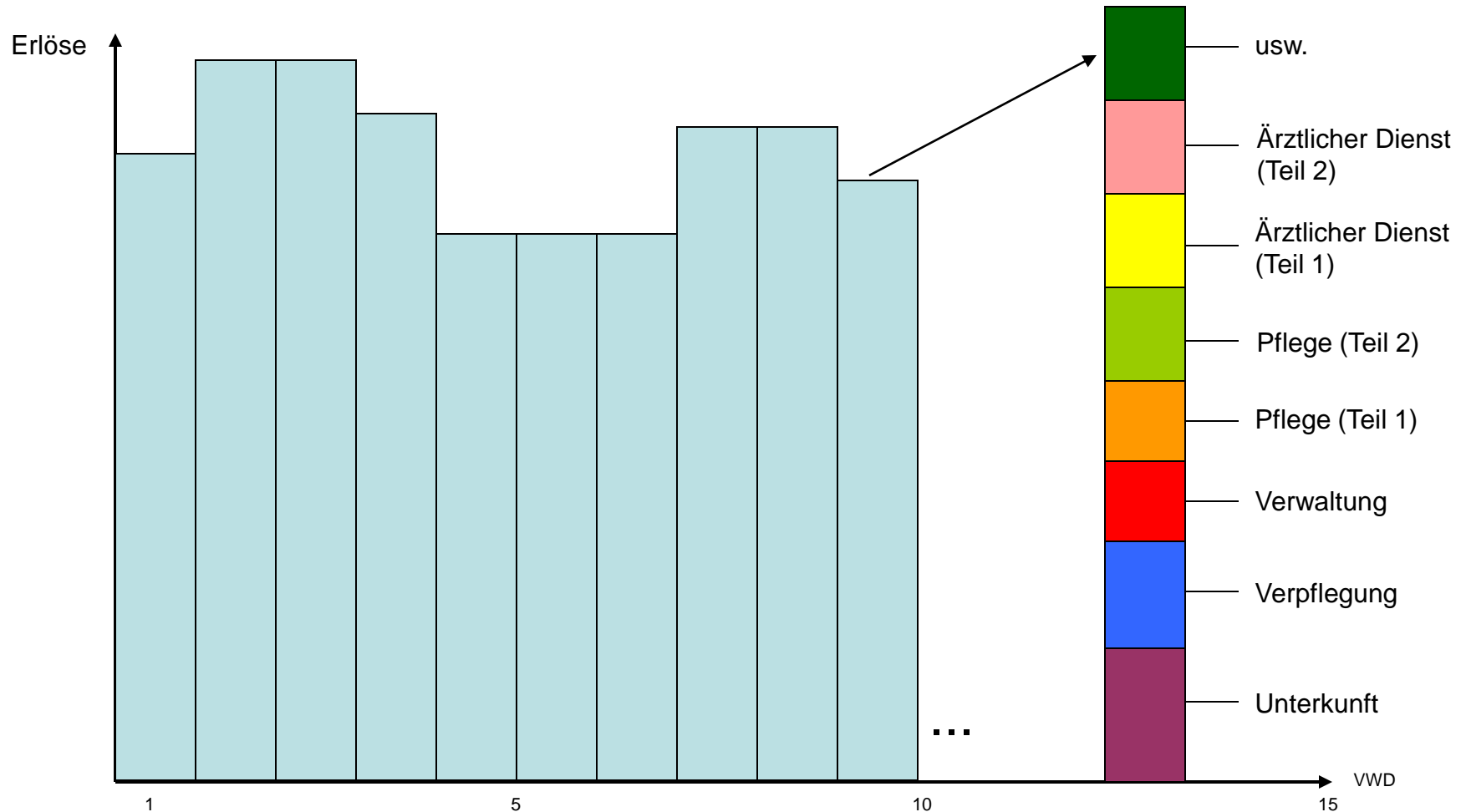
\*\*\*\* Bezugsdatum für die Regelbehandlung

## Fazit

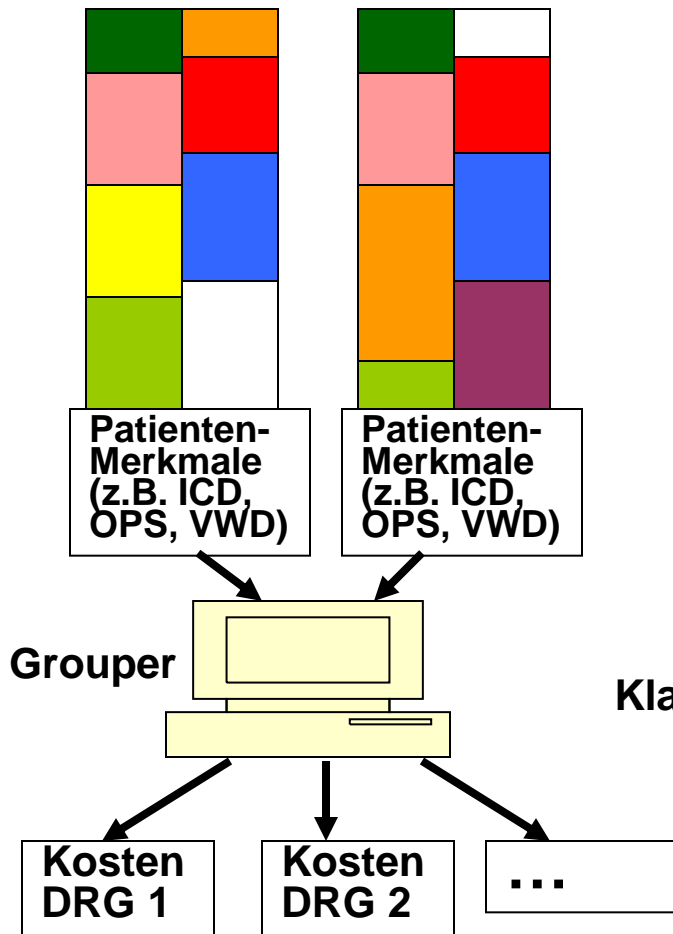
- Alle Beteiligten waren um einen hohen Grad inhaltlicher Übereinstimmung bemüht (auch wenn Wortlaut ggf. nicht identisch, Kodierziel häufig gleich).
- Die Kodierrichtlinien unterscheiden sich primär in den spezifischen Besonderheiten der einzelnen Anwendungsbereiche (z.B. Fallbezug, Quartalsbezug)
- Wer die Anwendung der stationären DKR gut beherrscht, kann sich primär auf die Unterschiede konzentrieren
- Im Zweifelsfall Regel der DKR anwenden, da präziseste Vorgaben (z.B. Zusatzkennzeichen, außer „G“ für gesicherte Diagnose sollte die Anwendung der anderen Zusatzkennzeichen nicht aufgegriffen werden)
- **Aber regelgebundene Kodierung ambulanter Fälle erfordert sachgerechte Kodierung einer immensen Fallzahl (Softwareunterstützung zwingend erforderlich)**

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>SV</b>	<u>Entwicklung</u> • Psych-OPS ✓ • DKR-Psych ✓ • Psych-PV-Empfehlungen ✓ <u>Vereinbarung</u> ✓ Grundstrukturen Vergütungssystem	<u>Entwicklung</u> • <b>OPS-Anpassung</b> <b>01.07.2010</b> ✓ <b>01.01.2011</b> ✓ • <b>DKR-Anpassung</b> ✓ • <b>Pretest</b> ✓ • <b>Kalkulationsmethodik</b> ✓ • <b>Begleitforschung (...)</b>	<u>Entwicklung</u> • Datenannahme nach § 21 KHEntgG • Datenanalysen • Beginn Entwicklung Instrumente für Systementwicklung • Probekalkulation	<u>Entwicklung</u> • Annahme Kalkulationsdaten und der Daten nach § 21 KHEntgG • Entwicklung Vergütungssystem	Budgetneutrale Einführung des neuen Vergütungssystem
<b>KH</b>		• Schulungsmaßnahmen • Dokumentation OPS, Psych-PV, ICD-10-GM • Anwendung Psych-PV Empfehlungen • Anwendung DKR • ggf. TN Pretest • Datenlieferung nach § 21 KHEntgG	• Schulungsmaßnahmen • Dokumentation OPS, Psych-PV, ICD-10-GM • Anwendung DKR • ggf. TN (Probe-) Kalkulation • Datenlieferung nach § 21 KHEntgG	• Schulungsmaßnahmen • Dokumentation OPS, Psych-PV, ICD • Anwendung DKR • Ggf. Teilnahme Kalkulation • Datenlieferung nach § 21 KHEntgG	• Anwendung neues Vergütungssystem

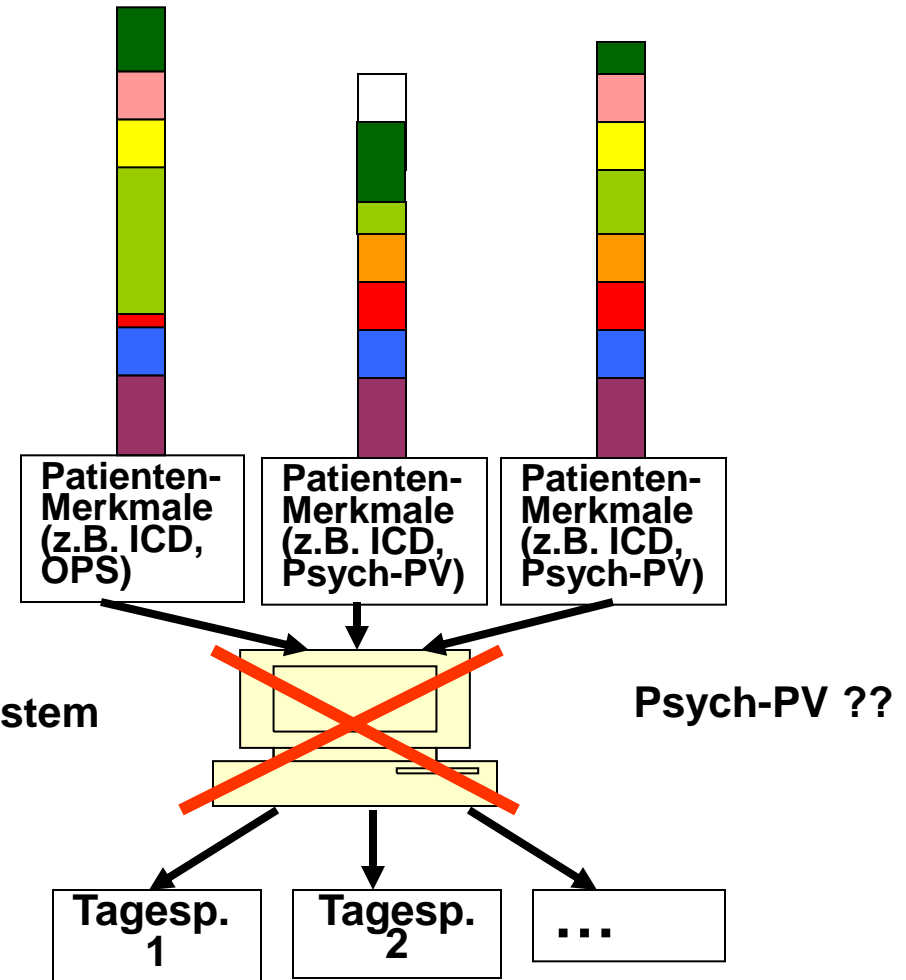
## Einzelkomponenten (mit/ohne direkten Patientenbezug)



## DRG: Kosten pro Fall + DRG



## Psych-Entgelt: Kosten pro Tag + ???



<b>Feb. 2010</b>	Abgabefrist OPS bei DIMDI für 2011 (Verlängerung möglich)
	Eingang 21 Vorschläge (DKG, DGPPN, APK, ACKPA, BDK, DGPM, BPtK, MDK uvm.)
<b>Mai – Aug 2010</b>	Beratung der Vorschläge im DIMDI am 20.05.2010, 18.06.2010, 11.08.2010
<b>Aug 2010</b>	Bekanntgabe OPS 2011 <u>Vorabversion</u> durch DIMDI (ohne Berücksichtigung Psych-Bereich)
<b>27. Okt 2010</b>	Bekanntgabe OPS-Psych <u>gültige Version 2011</u>

---

## Komplekkodes – Erwachsene

- 9-60... *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen*
- 9-64 *Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-60 *Regelbehandlung (P+PS)*
- 9-61 *Intensivbehandlung (P+PS)*
- 9-62 *Psychotherapeutische Komplexbehandlung (P)*
- 9-63 *Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (PS)*

## Zusatzkodes Erwachsene (nur in Kombination mit Komplexkodes)

- 9-640 *Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (P + PS)*
- 9-641 *Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (P + PS)*
- 9-642 *Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (P + PS)*
- 9-643 ***Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Neu) (Mutter/Vater-Kind-Setting) (P + PS)***

## Anpassung Abbildung Gruppentherapie (Erwachsene)

	Therapie- dauer (min)	Einzel- therapie	Gruppen- therapie	(2011 max. TE für 2 Therapeuten pro Patient)	
			bis 6 Patienten	<b>7-12 Patienten</b> <b>2010 (max. 9)</b>	<b>13-18 Patienten</b> (Gruppenpsychotherapie mit mind. 2 Therapeuten)
2010	25	1		$\frac{1}{4}$	
	50	2		$\frac{1}{2}$	
	75	3		$\frac{3}{4}$	
2011	25	1	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{12}$
	50	2	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{6}$
	75	3	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{8}$	$\frac{1}{4}$
<b>Summe bei max. Besetzung bei 1 Therapeut</b>	<b>50</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

## Leistungen von Auszubildenden

### 2010

**Leistungen**, die durch **Mitarbeiter in Ausbildung** erbracht werden (Psychotherapeuten im Praktikum (PiP, PiA), (Kinder)Krankenpflegeschüler, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter im Anerkennungsjahr etc.), werden bei der Berechnung der Einheiten **nicht berücksichtigt**.

### 2011

Anerkannt werden alle **Leistungen**, die durch **Mitarbeiter** erbracht werden, die eine **Ausbildung** in der jeweiligen, hier spezifizierten Berufsgruppe **abgeschlossen** haben und in **einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis** stehen.

???

Öffnung  
für PiP´ler

## Relevante Änderungen der Komplexkodes

2010	2011
<p>Differenzierung nach Anzahl Therapieeinheiten (TE) in 4 Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Pflegefachkräfte)</p>	<p>Differenzierung nach Anzahl Therapieeinheiten in 2 Berufsgruppen (Ärzte + Psychologen; Spezialtherapeuten + Pflegefachkräfte) <b>Außer: Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Komplexkode (9-63)</b></p>
<p>Kleinste Einheit für die Angabe der TE (1/4)</p>	<p>Kleinste Einheit für die Angabe der TE (0) <b>Außer: Psychotherapeutischer und Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Komplexkode (9-62, 9-63)</b></p>
<p>Zuordnung <i>Psychotherapeutische Komplexkodes</i> über 20 %-Regel (ärztliche und/oder psychologische TE)</p>	<p>Mind. 3 TE ärztliche oder/und psychologische Verfahren (<b>9-62, 9-63</b>) Differenzierte Indikationsstellung durch Facharzt oder psychologischen Psychotherapeuten. Ausreichende Patientenmotivation + Introspektionsfähigkeit. <b>(nur 9-62)</b></p>
<p>Differenzierung der <i>Intensivbehandlung (9-61)</i> nach Therapieeinheiten</p>	<p>Differenzierung der <i>Intensivbehandlung (9-61)</i> nach Anzahl Patientenmerkmalen (1-2, 3-4, &gt;5) und Therapieeinheiten</p>

- 
- **G-DRG-System und seine Werkzeuge haben hohen Entwicklungsstand erreicht**
  - **Regelgebundene Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung wird zunehmend zweckentfremdet**
  - **Anpassung OPS-Psych-2011 enttäuschend**
  - **Dokumentationsaufwand für Erfassung Therapieeinheiten nach wie vor viel zu hoch (gleich Einzelleistungserfassung)**

**Herzlichen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**