



# The next generation

## Das DRG-System 2020 – eine persönliche Betrachtung

Von Dr. med. Jörg Liebel

Unter dem Motto „The next generation“ fand dieses Jahr das Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling statt. Wie richtig diese Hommage an Captain Jean Luc Picard vom Raumschiff Enterprise lag, stellte Dr. Frank Heimig vom InEK in gewohnt saloppem Vortragsstil dar. Das InEK Institut „dringt dabei in Galaxien vor, die nie ein Mensch zuvor gesehen hat“.

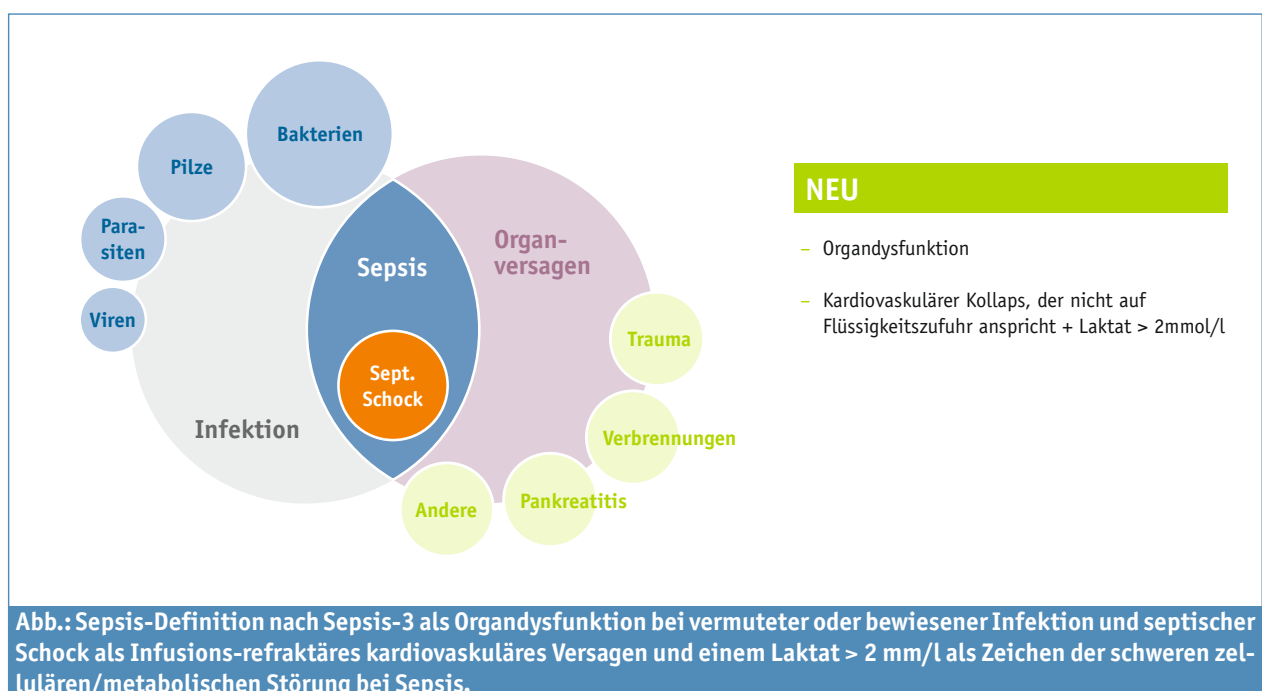
Seit Einführung der DRG wurde das System keinem so großen Umbau unterworfen!

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalenkatalog
- Neudefinition der kodierbaren Sepsis – ICD-GM 2020
- Richtlinie zur maschinellen Beatmung – DKR 2020

Im Vergleich dazu sind die Änderungen am OPS marginaler Natur.

Die Auswirkungen der Personalkostenausgliederung für die Praxis der Fallkodierung und Fallabrechnung lassen sich nach heutigem Kenntnisstand noch nicht ermessen. Beschert hat uns dieser Umbau den neuen Ter-

minus der aDRG, der ausgegliederten DRG. Also einer DRG Berechnung in der die vom InEK kalkulierten Pflegebewertungsrelationen aus den einzelnen DRG ausgegliedert sind. Dies führte zu einer von Dr. Heimig dargestellten neuen Herausforderung. Die Sortierung der DRG musste überarbeitet werden, da die Abstufung der DRG Schweregrade durch Herausnahme der individuellen Pflegeleistung nicht mehr zwingend mit den verbleibenden Kosten korrelieren muss. Sehr plastisch ist dies anhand der Basis-DRG K15 nachzuvollziehen. Hier kommt es zu einem paradoxen Erlössprung.



Es ist davon auszugehen, dass die Arbeit der medizinischen Kodierung von der Pflegekostenausgliederung nur mittelbar beeinflusst wird. Allerdings werden die neuen – nach unten korrigierten – Bewertungsrelationen noch für einige Zeit Verwunderung auslösen. Insbesondere die

zögerung über die DRG-Kalkulation des InEK wieder bei den Leistungserbringern ankommen werden. Dies gilt aber auch nur für den Fall, dass die Leistungen vor allem im ärztlichen Bereich und den Medikamentenkosten zu Buche stehen.

Möchte man ein medizinisches Bild heranziehen, so könnte man sagen, dass im Jahr 2020 sowohl das Therapieziel als auch die Medikation völlig umgestellt wurden. Dies würde man in der klinischen Praxis nie so handhaben!

**„Haben die Maßnahmen Erfolg, so lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob Pflegekostenausgliederung oder die Änderung von Kodierregeln das herbeigeführt haben.**

**Scheitern die eingeführten Änderungen, so bleibt immer noch das MDK Reformgesetz, auf welches man den Misserfolg schieben kann.“**

Haben die Maßnahmen Erfolg, so lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob Pflegekostenausgliederung oder die Änderung von Kodierregeln das herbeigeführt haben. Scheitern die eingeführten Änderungen, so bleibt immer noch das MDK Reformgesetz, auf welches man den Misserfolg schieben kann. ■

Vorbereitung von Entgeltverhandlungen werden sich verwirrender gestalten, da die Leistungen des Jahres 2019 mit dem völlig neuen und theoretischen aDRG2019-Groupen bewertet werden müssen. Und dieses Ergebnis dann mit dem aDRG2019/20-Übergangsgroupen verglichen werden muss.

Mit den DKR des Jahres 2020 hat sich die Selbstverwaltung eines überaus streitbefangenen Themas der vergangenen Jahre angenommen. Die wenig zweckdienliche Einmischung die das Bundessozialgericht zum Thema „Gewöhnung an eine Beatmung“ in die juristische Auslegung eingebracht hat, schien es unvermeidlich sein zu lassen, sich der Neugestaltung der DKR 1001 zu widmen. Dies ist nun mit der DKR 1001s geschehen.

Die Überarbeitung der Sepsis Kodierung und Berücksichtigung in den Kodierrichtlinien war mit der Sepsis-3 Studie (Singer et al.) und der Einführung des SOFA Scores (Sequential Organ Failure Assessment) (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/192597/Sepsis-2017-Eine-neue-Definition-fuehrt-zu-neuen-Konzepten>) zu erwarten (► Abb.). Die SIRS FAQ des DIMDI wurde dazu redaktionell nur bis Ende 2019 definiert. Ab 2020 gilt also der SOFA Score zur Definition einer Sepsis. Das SIRS bleibt erhalten und soll – wie von einigen Kodierabteilungen schon immer so praktiziert – mit der jeweiligen infektiösen Grunderkrankung kodiert werden. Dies wird im Jahr 2020 zu einer deutlich reduzierten Zahl an kodierten Sepsisfällen führen. Die Änderungen im Jahr 2020 werden im Wesentlichen dadurch hervorgerufen, dass keine Sepsis kodierbar ist, wenn keine lebensbedrohliche Organdysfunktion/Organkomplikation vorliegt.

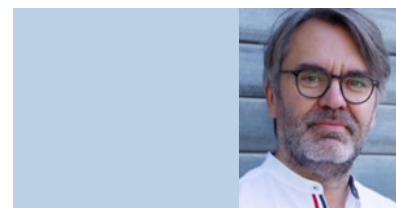
Die Dauer der anzurechnenden Beatmungsstunden ist dadurch in sehr klarer Weise definiert worden. Die Regel, nach einer mindestens 8 stündigen Beatmung pro Tag, das gesamte 24h Intervall als Beatmung zu zählen, wird der Praxis vermutlich gerecht. Es wird mit der bisher unklaren 6 Stunden Regel aufgeräumt. Vor allem für die nicht-invasive Beatmung war diese sehr unterschiedlich ausgelegt worden. Versäumt wurde es jedoch, die Kodierrichtlinie ein für alle Mal auslegungsfest zu definieren. Indem der „intensivmedizinisch versorgte“ Patienten (sic!) wortreich definiert wird, stößt man – meiner Meinung nach – ein neues Tor zur unterschiedlichen Interpretation der Kodierrichtlinie auf. Regeln zur Indikation medizinischer Behandlung haben nach meinem Dafürhalten in einer Kodierrichtlinie keinen Platz. Zu unterschiedlich werden die Inhalte einer solchen Regel in Zukunft ausgelegt werden.

Für die Fallkostenabbildung bedeutet dies jedoch, dass erhöhte Aufwände erst mit zeitlicher Ver-

**Dr. med. Jörg Liebel**

Vorstand

Deutsche Gesellschaft für  
Medizincontrolling e.V.



Dr. med. Jörg Liebel

## BEILAGEN

### KU Gesundheitsmanagement – Januar 2020

Beachten Sie bitte folgende Beilagen in  
dieser Ausgabe:

**Bregenhorn-Wendland & Partner**  
Rechtsanwälte mbB  
Steinring 45a  
44789 Bochum

**DVKC Deutscher Verein für Krankenhaus-  
Controlling e.V.**  
Alt-Moabit 91  
10559 Berlin

**WISO S.E. Consulting GmbH**  
Nymphenburger Str. 9  
10825 Berlin

**KU**  
GESUNDHEITSMANAGEMENT