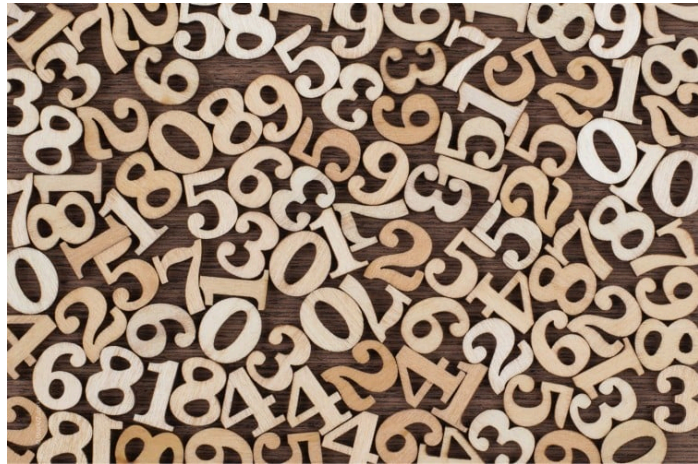


01.09.2024 DRG

DRG und Kodierung 2024 in der Chirurgie

Thomas Auhuber



Das aG-DRG-System 2024 beinhaltet insgesamt 1.296 Fallpauschalen. Die Anzahl der Fallpauschalen gegenüber dem Vorjahr ist mit vier Fallpauschalen leicht angestiegen. Die kalkulierten Eintages-DRGs haben um drei aG-DRGs zugenommen. Die dem Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2024 zur Verfügung stehenden Daten (Kalkulationsstichprobe) sind auf eine historisch niedrige Anzahl von 210 (im Vorjahr 225) Krankenhäusern noch weiter gesunken, auch die Anzahl der Universitätskliniken ist auf nun 13 Universitätskliniken zurückgegangen. Die

Homogenität der Daten ist jedoch leicht angestiegen (+0,5 %). Auch in diesem Jahr werden in den Katalogen wieder die Relativgewichte für ausgegliederte DRGs (aDRGs) fallbezogen und tagesbezogene Pflegeentgeltwerte angegeben. Die bundesweite mittlere Verweildauer aller stationären Fälle ist 5,88 Tage exakt gleichgeblieben. Die stationäre Fallzahl ist auf dem niedrigen Corona-Level von 15,9 Mio. nahezu unverändert. Die Bezugsgröße ist auf 4.097 € (Vorjahr 3.808 €) um 6,81 % angestiegen.

Dieses Kalkulationsjahr bietet einige Besonderheiten:

- Bei Fallpauschalen mit einer von der durchschnittlichen Fallzahlveränderung stark abweichenden Fallzahlveränderung zeigt sich ein erheblicher verzerrender kalkulatorischer Einfluss der Fallzahlveränderung auf die Entwicklung der sog. Restkosten. Dieser Effekt wird mit einem gestuften Dämpfungsansatz auch in diesem Jahr gemildert.
- Die Bezugsgröße für den Pflegeerlös-Katalog ist nun auf 221,03 € (209,75 € im Vorjahr) angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung über 5,38 %. Dies ist ein Zeichen für eine zunehmende Verbesserung der Kalkulation der Pflege „am Bett“.
- Erstmals wurden auch Hybrid-DRGs (u. a. G09N, G24N, G24M bei Hernien; I20N, I20M bei Fußeingriffen; J09N bei Eingriffen bei Sinus pilonidalis) nach § 115f SGB V kalkuliert bzw. festgesetzt. Es handelt sich dabei um aus aG-DRGs abgeleitete DRGs, die vom Grouper für bestimmte Fallkonstellationen unter Berücksichtigung von einer Verweildauer <2 Tage und einem PCCL <3 ermittelt werden.

Ob man von den zahlreichen Umstrukturierungen des Fallpauschalenkatalogs profitiert (positiver Katalogeffekt) oder nicht (negativer Katalogeffekt), muss je nach Spektrum der Klinik im Detail analysiert werden. Insofern lohnt auch in diesem Jahr die klinikindividuelle Analyse der Katalogveränderungen.

Sachkostenkorrektur und mengenanfällige Leistungen

Die grundsätzlichen Veränderungen seit 2017 zur Sachkostenkorrektur wurden auch 2024 beibehalten. Sie zeigt in diesem Jahr jedoch keine kalkulatorischen Effekte mehr. Unverändert bleibt die gezielte Abwertung von mengenanfälligen Leistungen: Hier sind die G-DRGs I10D bis I10H an der Wirbelsäule und die G-DRG I47C für die primäre Hüftendoprothetik betroffen. Sie wird mit einer Absenkung um 5 % normativ von der Selbstverwaltung fortgesetzt. Nicht operative Behandlungen an der Wirbelsäule, werden unverändert über die aG-DRGs I68D, I68E und I68F abgerechnet. Die Medianzahl von 26, 92 bzw. 31 die bei Überschreitung eine niedrigere Bewertungsrelation nach sich ziehen, ist im Wesentlichen unverändert.

Schweregradsteigernde Nebendiagnosen

Die Anzahl der Nebendiagnosen bewegte sich auf dem Niveau des Vorjahres. Es wurden dennoch die Schweregradabhängigkeit der Nebendiagnosen umfangreich analysiert. Neben den regelhaften vielen Abwertungen (533) gab es in diesem Jahr eine große Anzahl von Aufwertungen (44). Es wurden auch Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren berücksichtigt. Unter anderem gibt es in diesem Jahr auch einige wenige Aufwertungen.

Schlichtungsausschuss

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG gelten als Kodierregeln und sind für Kliniken, MD und Kostenträger bindend. Mittlerweile sind diverse Entscheidungen in die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) aufgenommen und in der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt worden. Aktuelle Entscheidungen betreffen u. a. die Themen der Anlagerung von Knochenfragmenten an die Wirbelsäule als Spondylodese oder Kodierung der Hauptdiagnose bei Wiederaufnahme zur Cholezystektomie nach ERCP bei Cholangitis oder Cholezystitis mit Gallenwegsobstruktion. Alle Informationen und Entscheidungen zum Schlichtungsausschuss findet man unter der Internet-Adresse https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG.

ICD-Kodierung

In der Kodierung gibt es 2024 einige Weiterentwicklungen, die Kodierunsicherheiten aufgreifen und für Sicherheit in der Anwendung der Regelwerke für Kliniken und Gutachter sorgen sowie eine Reduktion von Kostenträgerstreitigkeiten erreichen sollen. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Logiken der sozialgerichtlichen Rechtsprechung von großer Bedeutung.

Hämangiom der knöchernen Wirbelsäule

Bei der Schlüsselnummer D18.0- Hämangiom wurde eine neue 5. Stelle in der Subklassifikation eingeführt, um ein Hämangiom der knöchernen Wirbelsäule spezifisch kodieren zu können.

Akutes Atemnotsyndrom [ARDS]

Der Klassentitel der Schlüsselnummern J80.- und J80.0- wurde jeweils erweitert zu Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS], um zu verdeutlichen, dass der Codebereich bei Personen von 1 Jahr und älter angewendet werden kann. Zusätzlich wurden neue 5. Stellen in der Subklassifikation unter J80.0- eingeführt, um das akute Atemnotsyndrom in den Schweregradabstufungen mild, moderat und schwer bei Kindern und Jugendlichen spezifisch kodieren zu können.

Pyothorax mit Fistel

Bei der Schlüsselnummer J86.0 Pyothorax mit Fistel wurden neue 5-Steller eingeführt, um die Art der Fistel spezifisch kodieren zu können.

Abszess der Harnblasenwand

Bei der Schlüsselnummer N30.8 Sonstige Zystitis wurden neue 5-Steller eingeführt, um einen Abszess der Harnblasenwand spezifisch kodieren zu können.

Fraktur der Gesichtsschädelknochen

Bei der Schlüsselnummer S02.4 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers wurden neue 5-Steller eingeführt, um die unterschiedlichen Frakturlokalisationen spezifisch kodieren zu können. Zusätzlich wurde ein Inklusivum unter S02.67 ergänzt und unter S02.8 erweitert, um die Kodierung einer Alveolarfortsatzfraktur unterschiedlicher Lokalisationen zu klarifizieren.

Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben

Bei der Schlüsselnummer T86.5- Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates wurde das Inklusivum Myokutanes, fasziokutanes oder lipokutanes Transplantat (durch Lappenplastik) ergänzt. Bei der Schlüsselnummer T86.8- Versagen und Abstoßung sonstiger transplanterter Organe und Gewebe wurde ein neuer 5-Steller eingeführt, um das Versagen bzw. die Abstoßung eines Mammatransplantates ohne Hautanteil spezifisch kodieren zu können. Zusätzlich wurde ein wechselseitiges Exklusivum zwischen T86.5- und T86.84 aufgenommen.

OPS-Kodierung

Zahlreiche OPS-Kodes wurden in 2024 in den chirurgischen Fachbereichen präzisiert und sollen Kodierungsunsicherheiten beseitigen:

Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes

- Unterteilung des Kodes für die hochauflösende Ösophagusmanometrie nach einfacher Manometrie und Langzeit-Manometrie (1-313.1 ff.)

Andere diagnostische Maßnahmen mit Einmalinstrumentarien

- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die diagnostische Verwendung eines Einmal-Gastroskops in einem neuen Zusatzkodebereich für nicht wiederaufbereitete Einmal-Endoskope (1-999.51). Verschiebung des bisherigen Codes für die diagnostische Verwendung eines Einmal-Duodenoskops in den neuen Zusatzkodebereich (1-999.50)

Operationen am Nervensystem

- Auslagerung der Destruktion von (erkranktem) Nervengewebe aus dem Kodebereich 5-041 ff. in einen separaten Kodebereich (5-04c ff.)

Operationen an endokrinen Drüsen

- Einführung neuer Codes für die Destruktion von erkranktem Schilddrüsengewebe (5-06a ff.)

Operationen an Lunge und Bronchus

- Einführung neuer Codes für die Resektion von 3 bis 4 Segmenten der Lunge (5-323.8 ff., 5-323.9 ff., 5-323.a ff., 5-323.b ff.)
- Wiedereinführung von Codes für die thorakoskopische einseitige Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie und mit bronchoplastischer und/oder angioplastischer Erweiterung (5-324.72, 5-327.73, 5-324.74)

Operationen an den Blutgefäßen

- Überarbeitung und Umstrukturierung des Kodebereichs für die Entfernung und den Verschluss von Varizen (5-385 ff.). Einführung einer Subklassifikationsliste zur Lokalisationsangabe der entfernten oder verschlossenen Vene. Änderung der Klassentitel mehrerer Codes (5-385.4 bis 5-385.6, 5-385.7 ff.). Streichung des Codes für die lokale Lasertherapie. Streichung und Überleitung des bisherigen Codes für die endovenöse Lasertherapie auf die neuen Codes für den Primär- und Rezidiveingriff unterteilt nach der Lokalisation (5-385.g ff., 5-385.h ff.). Einführung neuer Codes für die duplexsonographische Schaumsklerosierung, die endoluminale Radiofrequenzablation bei Rezidiv und die Rezidivcrossektomie und Exhairese jeweils unterteilt nach der Lokalisation (5-385.f ff., 5-385.j ff., 5-385.k ff.)
- Einführung neuer Codes für die Revision einer Gefäßanastomose ohne Interponat und für die Revision einer Gefäßnaht (5-394.13, 5-394.b)

Operationen am Verdauungstrakt

- Weitere Unterteilung der Codes für die perkutan-endoskopische Gastrostomie nach ohne und mit Fixierung durch Naht und nach ohne und mit jejunaler Sonde (5-431.2 ff.)
- Einführung neuer Codes für die perkutane Gastrostomie durch Direktpunktionstechnik mit Fixierung durch Naht und Steuerung durch bildgebende Verfahren unterteilt nach ohne und mit jejunaler Sonde (5-431.4 ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die Verkleinerung einer Anastomose nach Magenresektion unterteilt nach der Art des Zugangs (5-447.e ff.)

Operationen an den Bewegungsorganen

- Einführung eines neuen Codes für die geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung am Becken mit Osteosynthese durch Gewindestange (5-790.rd)
- Streichung und Überleitung des redundanten Codes 5-832.8 für die Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe am Wirbelbogen auf den Code 5-832.9 für die Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe am Wirbelbogen (und angrenzende Strukturen)
- Überarbeitung der Codes für die Amputation am Fuß (5-865.0, 5-865.2 bis 5-865.6)

Operationen an Haut und Unterhaut

- Streichung und Überleitung der bisherigen Codes 5-902.d ff. und 5-902.e ff. für den permanenten Hautersatz durch Dermisersatzmaterial auf neue Codes für den permanenten Hautersatz durch alloplastisches und xenogenes Hautersatzmaterial (5-902.n ff., 5-902.p ff., 5-902.q ff., 5-902.r ff.)
- Streichung und Überleitung der bisherigen Codes 5-925.d ff. und 5-925.e ff. für den permanenten Hautersatz durch Dermisersatzmaterial bei Verbrennungen und Verätzungen auf neue Codes für den permanenten Hautersatz durch alloplastisches und xenogenes Hautersatzmaterial bei Verbrennungen und Verätzungen (5-925.n ff., 5-925.p ff., 5-925.q ff., 5-925.r ff.)

Zusatzinformationen zu Operationen

- Einführung eines neuen Zusatzcodes für autogene thrombozytenangereicherte Fibrinmatrix als Material für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung (5-932.a)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Verwendung eines Einmal-Gastroskops in einem neuen Zusatzcodebereich für nicht wiederaufbereitete Einmal-Endoskope (5-98m.1). Verschiebung des bisherigen Codes für die Verwendung eines Einmal-Duodenoskops in den neuen Zusatzcodebereich (5-98m.0)

Medikamente

- Einführung neuer Codes für die Applikation von Reserveantibiotika (6-00g ff.)

Manipulationen am Verdauungstrakt

- Unterteilung des Kodes für den Wechsel eines Gastrostomiekatheters nach ohne und mit jejunaler Sonde (8-123.0 ff.)

Manipulationen am Harntrakt

- Einführung eines neuen Kodes für das Einlegen eines Nephrostomiekatheters über bestehenden Nephrostomiekanal (8-138.2)

Transfusion von Blutzellen

- Einführung neuer mengengestaffelter Kodes für pathogeninaktivierte patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate (8-800.p ff.)

Transfusion von Plasma, Plasmapbestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln

- Überarbeitung und Umstrukturierung des Codebereichs für die Plasmapherese, Adsorption (bisher: Immunadsorption) und verwandte Verfahren (8-82). Änderung der Klassentitel mehrerer Kodes und Ergänzung von Inklusiva, Exklusiva und Hinweisen zur weiteren Präzisierung der Anwendung der Kodes (8-820, 8-821, 8-822, 8-826). Verschiebung des bisherigen Kodes für die Hämo-perfusion in den Codebereich Adsorption und verwandte Verfahren und Unterteilung nach „spezifisch“ und „selektiv“ (8-821.31, 8-821.32). Verschiebung des bisherigen Kodes für die Adsorption zur Entfernung (niedrig- und/oder mittelmolekularer) hydrophober Substanzen in den neuen Codebereich für die Hämo-perfusion (8-821.30). Überarbeitung, Verschiebung und weitere Unterteilung der Kodes für die Adsorption (bisher: Immunadsorption) zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen (8-821.4 ff.). Streichung des Kodes für die Apherese der löslichen, FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 1
- Einführung neuer Kodes für die CRP-Apherese (8-821.5 ff.)
- Unterteilung des Kodes für die extrakorporale Leberersatztherapie nach ohne und mit individualisierter pH-Steuerung zum Azidoseausgleich (8-858 ff.)

Komplexbehandlung

- Überarbeitung der Strukturmerkmale der Kodes für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung hinsichtlich der Anforderungen an die Tätigkeitszeiten der fachärztlichen Behandlungsleitung (8-550 ff.)
- Überarbeitung der Strukturmerkmale der Kodes für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung hinsichtlich der Anforderungen an die Tätigkeitszeiten der fachärztlichen Behandlungsleitung (8-98a ff.)

Diverse Vorschläge zu Systemkorrekturen gehen auch in diesem Jahr insbesondere wieder auf Vorschläge der chirurgischen Fachgesellschaften sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), zusammen mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) zurück.

Die Komplexität und die Ausdifferenzierung des G-DRG-Systems nehmen 2024 weiter zu. Die Innovationsfinanzierung ist über das vorliegende System weiterhin schwerfällig. Es gibt weiterhin Systemelemente mit der Abkehr von der datengetriebenen Systematik. Die Auswirkungen aus der veränderten Krankenhausplanung, der geplanten Einführung von Notfallstrukturen, Hybrid-DRGs, Leistungsgruppen sowie die vermehrte Ambulantisierung werden ebenfalls im System zu Neuverteilungen führen.

Literatur

[1] ICD-10-GM 2024 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3820-7

[2] OPS 2024 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3820-7

[3] Deutsche Kodierrichtlinien 2024, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3824-5

[4] BfArM Aktualisierungsliste ICD 2024

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-gm/version2024/icd10gm2024syst-alisten_zip.html

[5] BfArM Aktualisierungsliste OPS 2024

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2024/ops2024syst-alisten_zip.html

[6] InEK-Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2024 <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-ag-drg-systems-fuer-2024>

Auhuber T: DRG und Kodierung 2024 in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2024 September; 14(09/III): Artikel 04_05.

Autor des Artikels



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Leiter BDC-Themen-Referat „Vergütungssystematik und Leistungsmanagement“

[> kontaktieren](#)