

HNO-relevante Änderungen im G-DRG-System 2024

Prof. Dr. med. Martin Jäckel



Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen

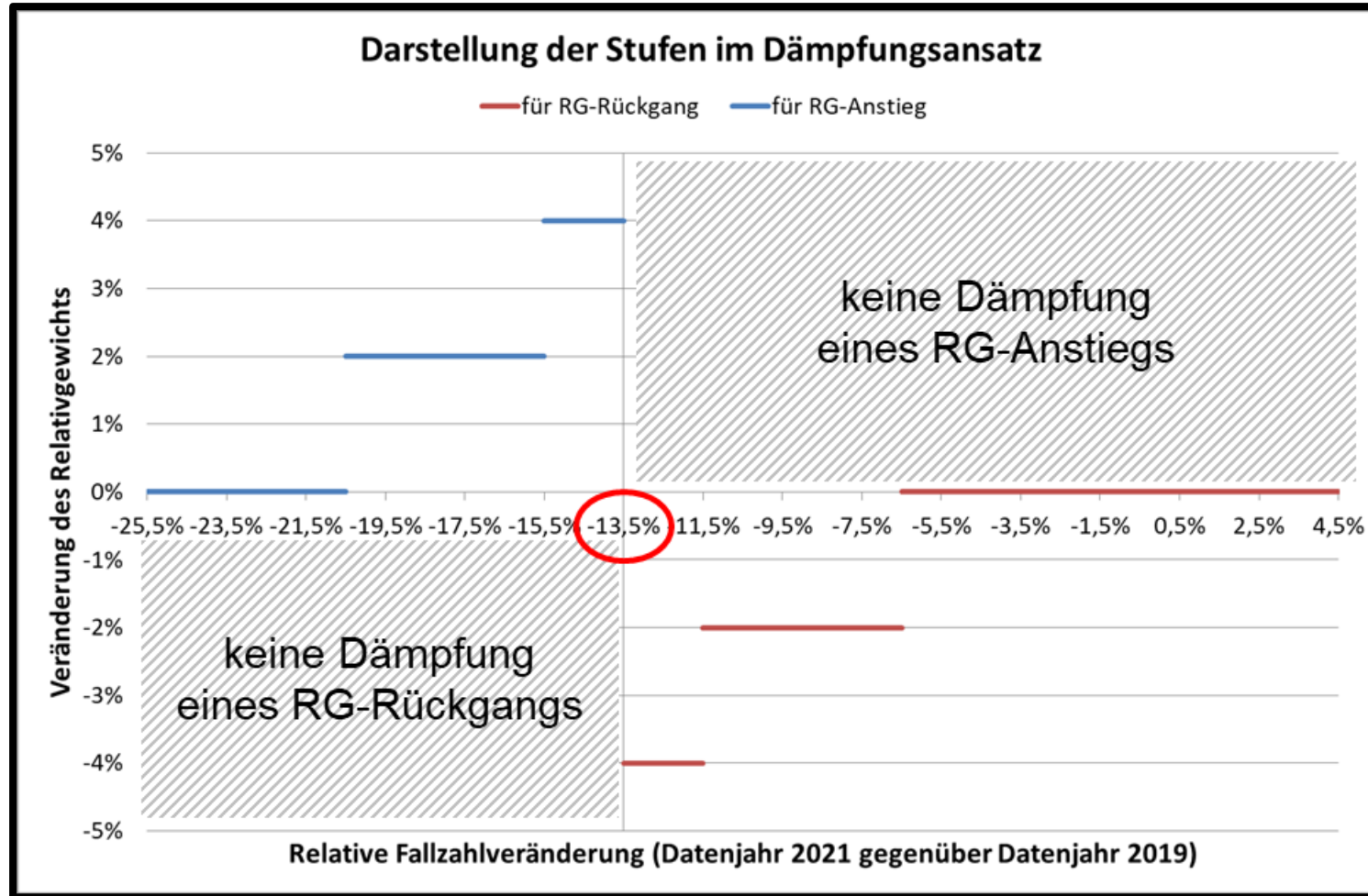


Besonderheiten 2024

- **Fallzahl in 2022** um **0,1%** gegenüber 2021 gestiegen (verglichen mit 2019 aber Rückgang um 13,4%)
 - korreliert in den einzelnen DRG's antiproportional mit Kostenentwicklung
 - übliche DRG-Kalkulation hätte zu Verzerrungen geführt
 - DRG's mit Rückgang $> 13,4\%$ wären überproportional aufgewertet worden (und umgekehrt)
- Gleiche Problematik wie im Vorjahr!!
 - Dämpfungsansatz wurde beibehalten



Besonderheiten 2024



(Gestufte Dämpfungsansatz für die Berechnung des aG-DRG-Katalogs)

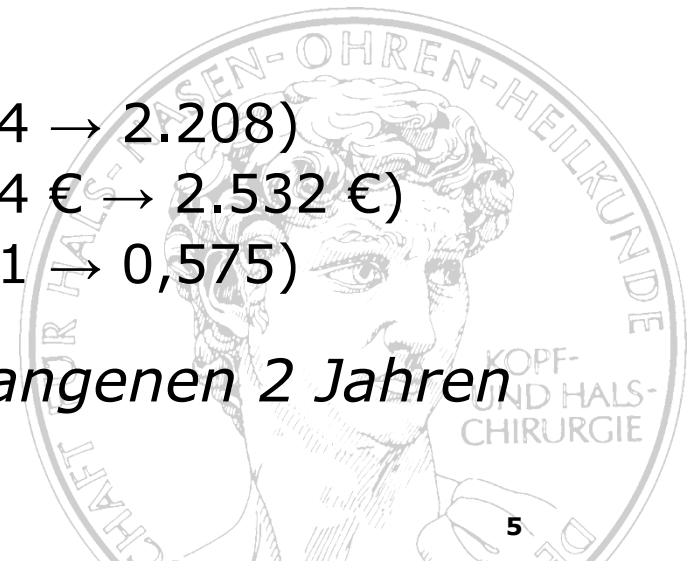
Quelle: INEK-Abschlussbericht 2023

Besonderheiten 2024

Auswirkungen (Vergleich zu Daten aus 2019/2022)

- D30C (Kleine Eingriffe)
 - Fallzahl - 37,8% (3.532 → 2.409)
 - Kosten + 26,3% (1.226 € → 1.549 €)
 - BWR + 0,3% (0,376 → 0,377)
- D22B (Eingriffe Mundhöhle)
 - Fallzahl - 44,0% (3.944 → 2.208)
 - Kosten + 35,8% (1.864 € → 2.532 €)
 - BWR + 0,7% (0,571 → 0,575)

Landesbasisfallwert (MV) in den vergangenen 2 Jahren
um **10,0%** gestiegen



Besonderheiten 2024

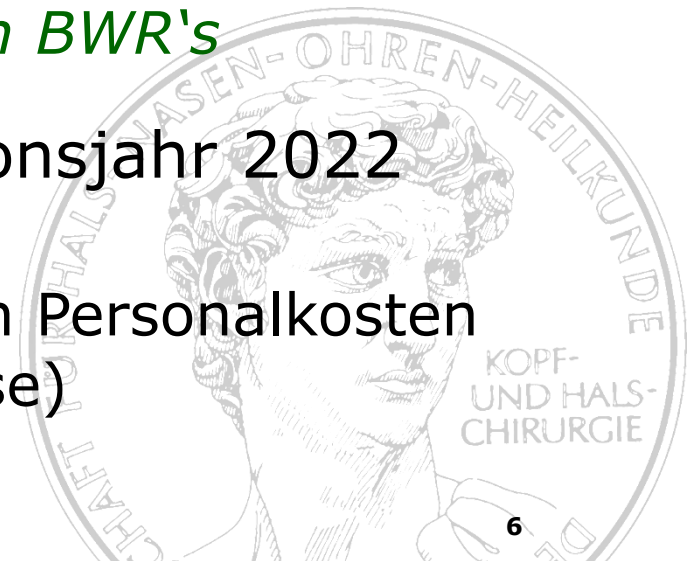
Erneut deutlicher Anstieg der Bezugsgröße

- Interner €-Betrag, der BWR = 1 definiert
(*entspricht nicht dem Basisfallwert!!*)
- Berechnung:

Kosten aller DRG's

Summe aller erwirtschafteten BWR's

- Anstieg um **7,6%** im Kalkulationsjahr 2022
 - 3.808 € ► 4.097 €
 - Gleiche Fallzahl bei gestiegenen Personalkosten
(Personalaufbau, Tarifabschlüsse)



Besonderheiten 2024

Auswirkung (Beispiel)

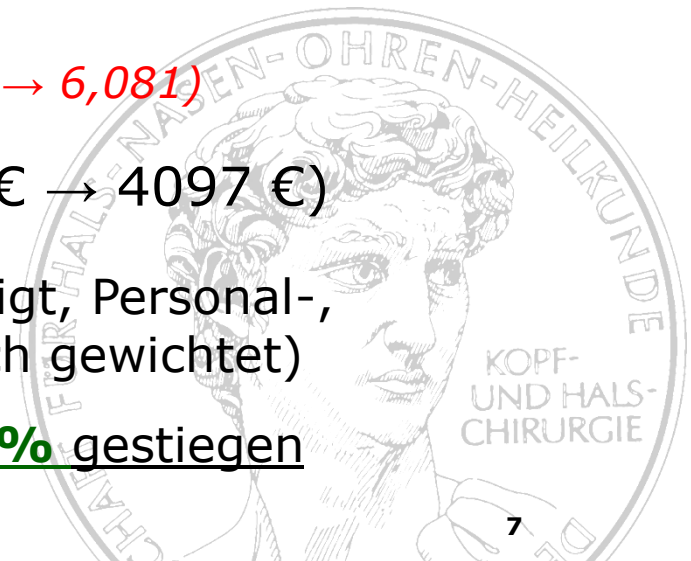
- D01B (Cochlea Implantat)

- Fallzahl	1.672	(Vorjahr: 1.741)
- <i>Kosten</i>	+ 1,5%	(24.482 € → 24.847 €)
<i>Implantate</i>	+ 1,2%	(19.122 € → 19.345 €)
<i>Fixe Kosten</i>	+ 2,8%	(4.765 € → 4.902 €)
- BWR	- 4,3%	(6,353 → 6,081)

Bezugsgröße: + 7,6% (3808 € → 4097 €)

(Kurz- und Überlieger gesondert berücksichtigt, Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten unterschiedlich gewichtet)

- Landesbasisfallwert (MV) in 2024 um 5,3% gestiegen



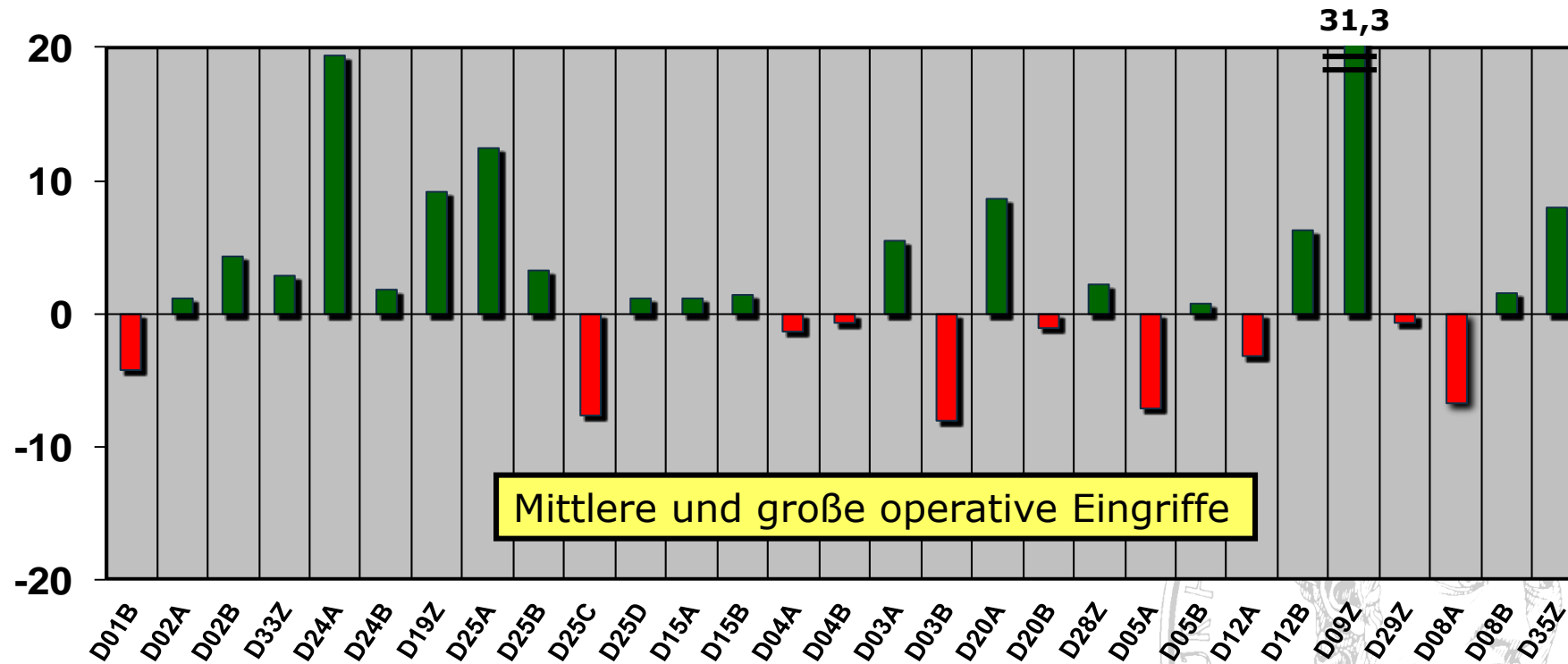
Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



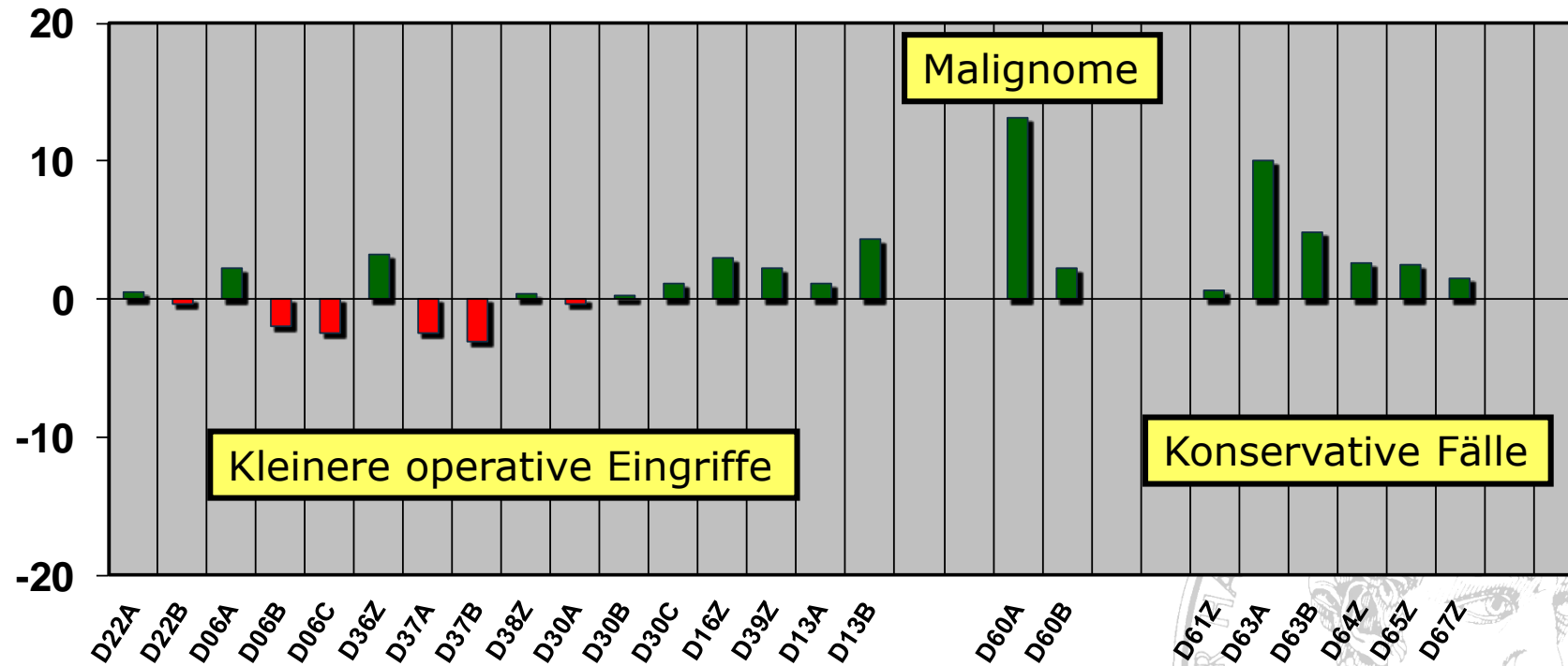
Struktur der MDC 03

- Verschiebung der Kostengewichte in %



Struktur der MDC 03

- Verschiebung der Kostengewichte in %



Struktur der MDC 03

- Neuzuordnung von Prozeduren

5-281.0/2/4	TE, radikale TE, Rest-TE
5-282.-	TE mit AT
5-289.01/02	Destruktion erkranktes Gewebe an Gaumen-/Rachenmandel (Laser-/Thermokoagulation)

2023: **D30A/B** (0,779/0,603)
bei Karzinom: **D09** (1,305)

2024: **D30A/B** (0,777/0,605)
bei Karzinom: **D22A** (1,012)



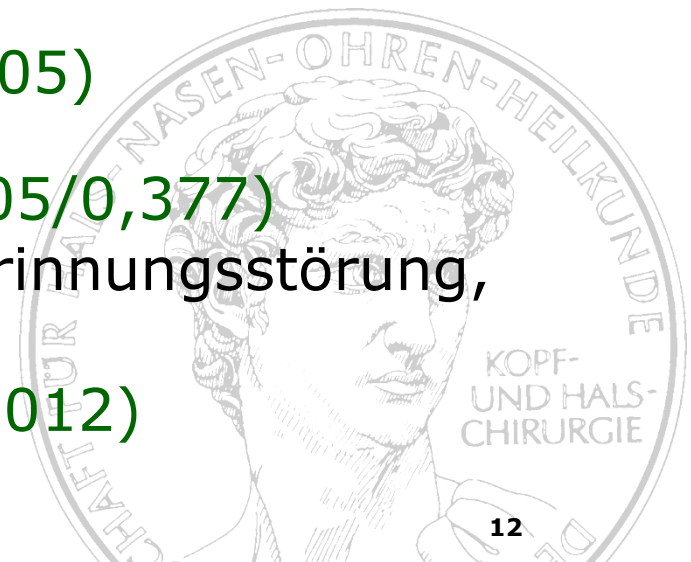
Struktur der MDC 03

- Neuzuordnung von Prozeduren

5-289.00 Destruktion erkranktes Gewebe
an Gaumen-/Rachenmandel
(Elektrokoagulation)

2023: **D30A/B** (0,779/0,603)
bei Karzinom: **D09** (1,305)

2024: **D30A/B/C** (0,777/0,605/0,377)
(abhängig von Alter, Gerinnungsstörung,
PCCL)
bei Karzinom: **D22A** (1,012)



Struktur der MDC 03

- Aufwertung von Fällen der DRG D12B
 - ▶ bei Hauptdiagnose bestimmter BNB:
C00.8, C02.4, C02.8, C10.8, C11.8, C13.8
(Zungengrund; Lippe, Naso-, Oro-, Hypo-
pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend)

2023: **D12B** (0,797)

2024: **D12A** (1,333)



Struktur der MDC 03

- Neuzuordnung von Prozeduren

5-270.5 Inzision und Drainage submandibulär

5-270.6 ... submandibulär, kieferwinkelnah

5-270.7 ... submental

2023: **D06A-B** (0,925-1,371)
(abhängig vom Alter)

2024: **D06B** (0,907)



Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



Prozeduren (OPS)

5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]

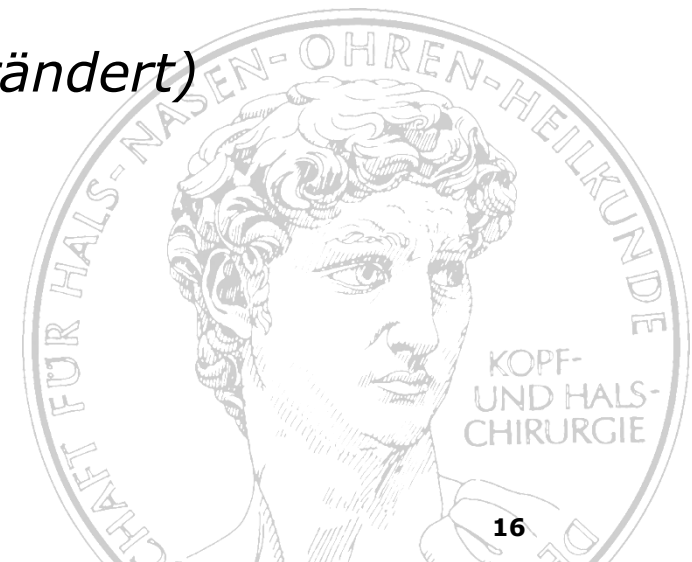
5-215.0 Destruktion

.01↔ Kryokoagulation

Inkl.: Kryoablation zur Denervierung

Hinw.: Die gleichzeitige Kryoablation an der lateralen Nasenwand ist im Kode enthalten

DRG-Zuordnung: **D39 (0,469)** (*unverändert*)



Diagnosen (ICD 10)

S02.- Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen

S02.4- Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers

Maxilla

Oberkiefer (-Knochen)

Os zygomaticum

S02.40 Teil nicht näher bezeichnet

S02.41 Arcus zygomaticus des Jochbeins

Jochbogen

S02.42 Sonstiger Teil des Jochbeins

Os zygomaticum

S02.43 Pars alveolaris des Oberkiefers

Alveolarfortsatz des Oberkiefers

S02.48 Sonstiger Teil des Oberkiefers

Maxilla

Oberkiefer (-Knochen)

S02.49 Mehrere Teile

► CCL-Relevanz vorhanden
(*unverändert*)



Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



AOP-Vertrag 2024

- 178 neue OPS-Ziffern:
(Summe neu: 3312; IGES-Gutachten: 5355)

Neue HNO-relevante Ziffern:
keine

Wesentlich betroffene Fachrichtungen:
ORT, DER, AUG, ACH, URO



AOP-Vertrag 2024

Kontextfaktoren (I)

- Lebensalter < 1 Jahr (unverändert)
- **Neu:** Lebensalter > 1 Jahr bis < 13 Jahre
 - wenn gleichzeitig Pflegegrad ≥ 2



AOP-Vertrag 2024

Kontextfaktoren (II)

- **ICD-Liste** (neue Ziffern)
 - D66 Hereditärer Faktor VII-Mangel
 - D67 Hereditärer Faktor IX-Mangel
 - D68.- v. Willebrand-Syndrom
 - K74.71 Leberzirrhose Stadium Child B
 - K74.72 Leberzirrhose Stadium Child C
- **OPS-Liste** (neue Ziffern)
 - Alloplastischer und xenogener Hautersatz (inkl. Kopf-Hals-Bereich)



AOP-Vertrag 2024

Kontextfaktoren (III)

- Fallindividuelle Begründung weiterhin möglich:

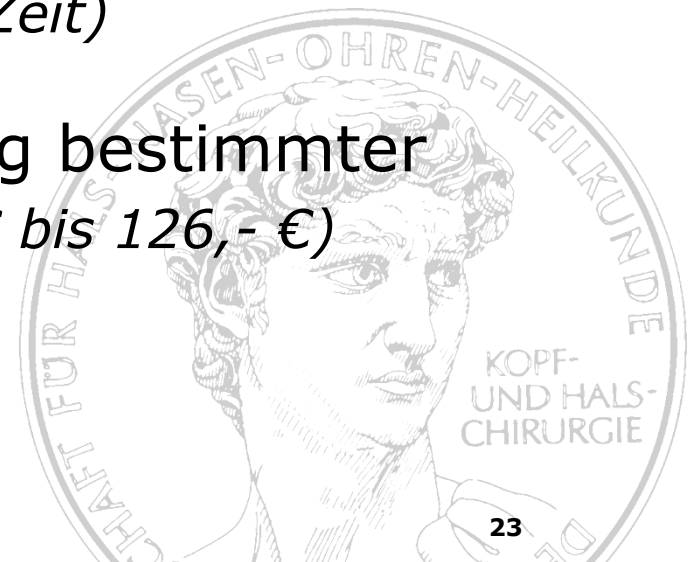
*Liegen andere, nicht aufgeführte medizinische oder soziale Gründe für eine stationäre Behandlung vor, so sind diese **„fallindividuell“** darzustellen!*



AOP-Vertrag 2024

Schweregrad-Differenzierung

- unverändert:
Vergütungsaufschlag für Re-Operationen
 - Kodierung der 5-983
 - Abrechnung von Zeitzuschlägen nach EBM möglich
(*bei entsprechend verlängerter OP-Zeit*)
- **Neu:** Zuschlag für die Versorgung bestimmter Frakturen und Luxationen (*1,36 € bis 126,- €*)
 - Kopf-Hals-Bereich nicht beteiligt

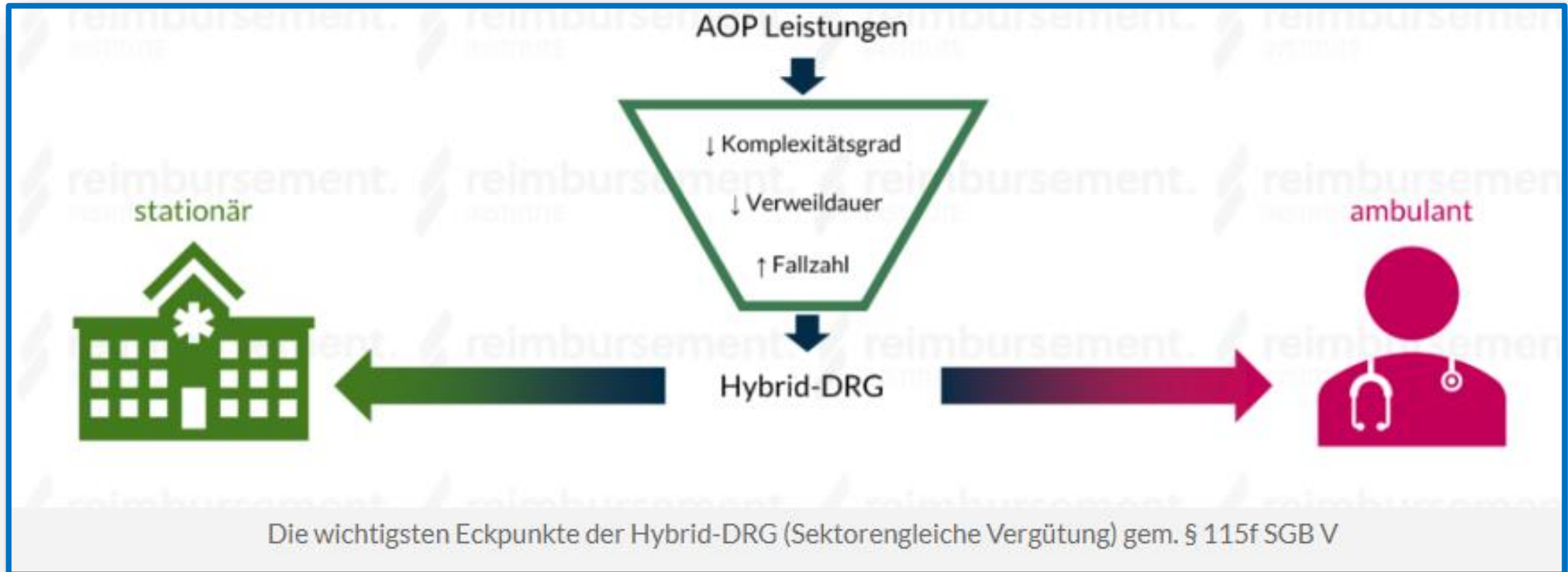


Agenda

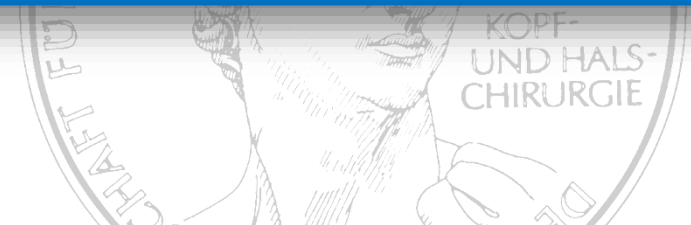
- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



Spezielle sektorengleiche Vergütung



Quelle: Reimbursement Institute



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Finanzieller Anreiz
 - Vergütung zwischen ambulantem (EBM) und stationärem Niveau (DRG)
- Kalkulation einer Fallpauschale
 - Kostenneutralität!
 - Berücksichtigung der im letzten Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina („Mischpreis“)
 - Differenzierung nach Schweregraden
- Vertragsparteien bis 31.03.2023 ohne Einigung



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- „Startkatalog“ des BMG
 - 34 OPS-Ziffern
 - Etablierung von etwa 10 aufwandshomogenen Hybrid-DRG's
- Vernünftige **Operationalisierung** nicht möglich
 - Fälle, die ausschließlich diese Prozeduren aufweisen?
 - Fälle, die wenigstens diese Prozeduren aufweisen?
 - ähnliche Eingriffe mit vergleichbarem Aufwand?
 - aufwändige (Neben-)Diagnosen?



Spezielle sektorengleiche Vergütung

STARTKATALOG

5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk
5-808.b1	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehenendgelenk
5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk
5-808.b3	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke
5-808.b4	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke
5-808.b5	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke

aber
nicht

Verweildauer > 1

PCCL > 2

WEITERENTWICKLUNG

weitere eingeschlossene Codes, zum Beispiel:

5-788.00	Resektion (Exostose): Os metatarsale I
5-788.06	Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
5-788.40	Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles
5-788.x	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Sonstige
5-788.y	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: N.n.bez.
5-808.x	Offen chirurgische Arthrodese: Sonstige
5-808.y	Offen chirurgische Arthrodese: N.n.bez.

weitere Ausnahmen:

Bestimmte aufwendige Diagnosen

Komplexere Eingriffe, spezifische Listen
je nach Leistung, hier z.B. Arthroplastik,
Mehrfragmentfraktur, Knochen-Tx

Weitere „Kontextfaktoren“

Spezielle sektorengleiche Vergütung

- „Einstiegskatalog“ **244 OPS-Kodes** in 12 Hybrid-DRG's
(Ausarbeitung durch das InEK)

- Bestimmte Hernienoperationen *48 OPS*
- Entfernung von Harnleitersteinen *37 OPS*
- Ovariectomien *82 OPS*
- Arthrodesen Zehengelenke *66 OPS*
- Exzision Sinus pilonidalis *11 OPS*

- **Rechtsverordnung vom 19.12.2023**



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- **Ausnahmen für Zuordnung in Hybrid-DRG's**
 - Verweildauer > 1 Tag
 - PCCL > 2
 - Erfüllung der Kontextfaktoren (AOP-Vertrag)
 - Bösartige Neubildungen
 - Bestimmte Infektionen, Blutungen (?)

Gefahr, dass komplexe Fälle in eine Hybrid-DRG gruppiert werden, wurde durch die Definition von logischen Ausnahmen minimiert (InEK).

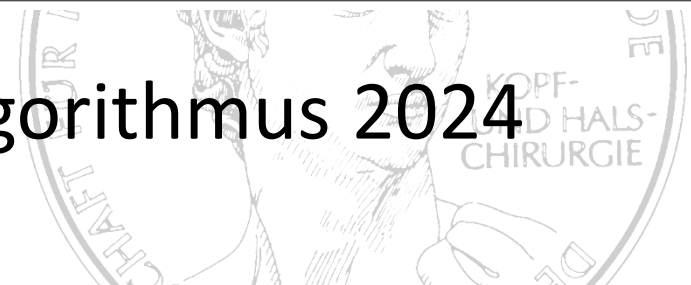


Spezielle sektorengleiche Vergütung

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung (in Euro)
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05
G24M	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	1.653,41
I20N	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1.072,95
I20M	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25
J09N	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17
L17N	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1.189,09

L20N	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	1.791,58
L20M	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	1.412,05
N05N	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsionolyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58
N07N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73
N25N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.458,20

- Bestandteil des neuen Gruppierungsalgorithmus 2024



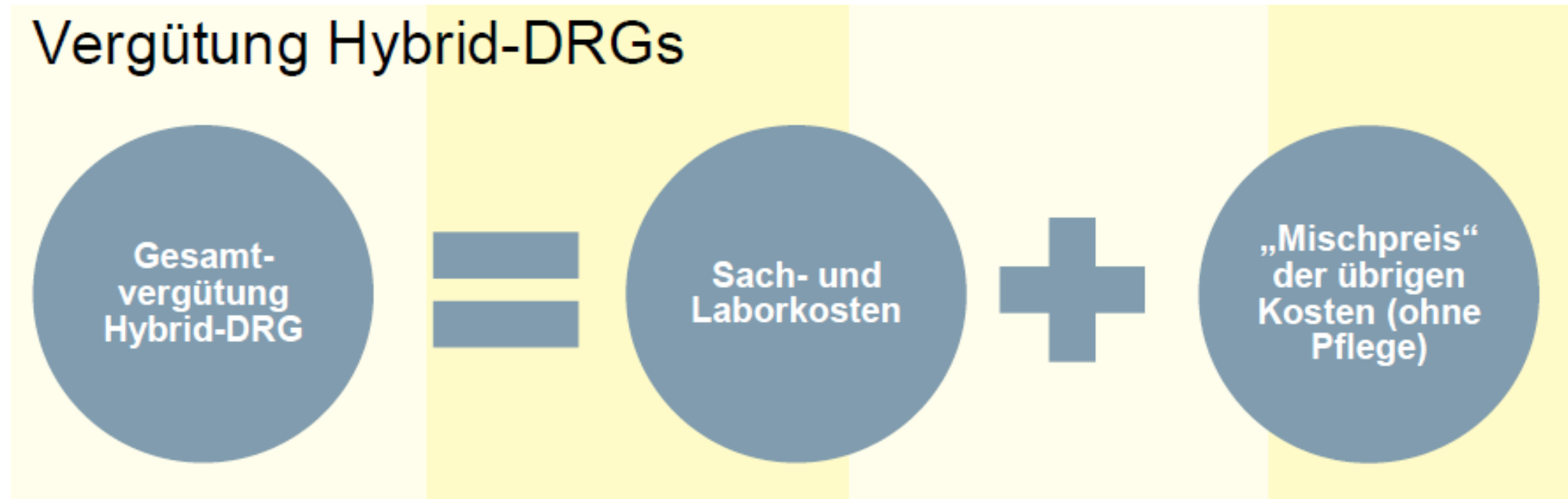
Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Kostenkalkulation

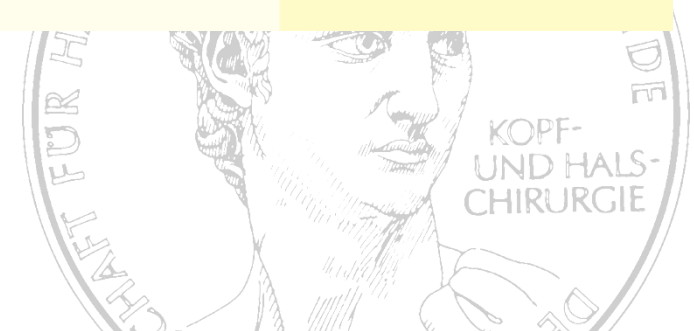
- **Pflegebudget** bleibt unberührt
- **Sach- und Laborkosten** aus stationären InEK-Daten
 - ✓ Daten ambulanter Eingriffe unzureichend
 - ✓ Verwendung des Median (Ausschluss von Kostenausreißern)
- **Übrige Kosten:** Mischpreis
 - ✓ Berücksichtigung des Ambulantisierungsgrads



Spezielle sektorengleiche Vergütung



Quelle: Vortrag von Frank Heimig auf Deutschem Krankenhaustag 2023

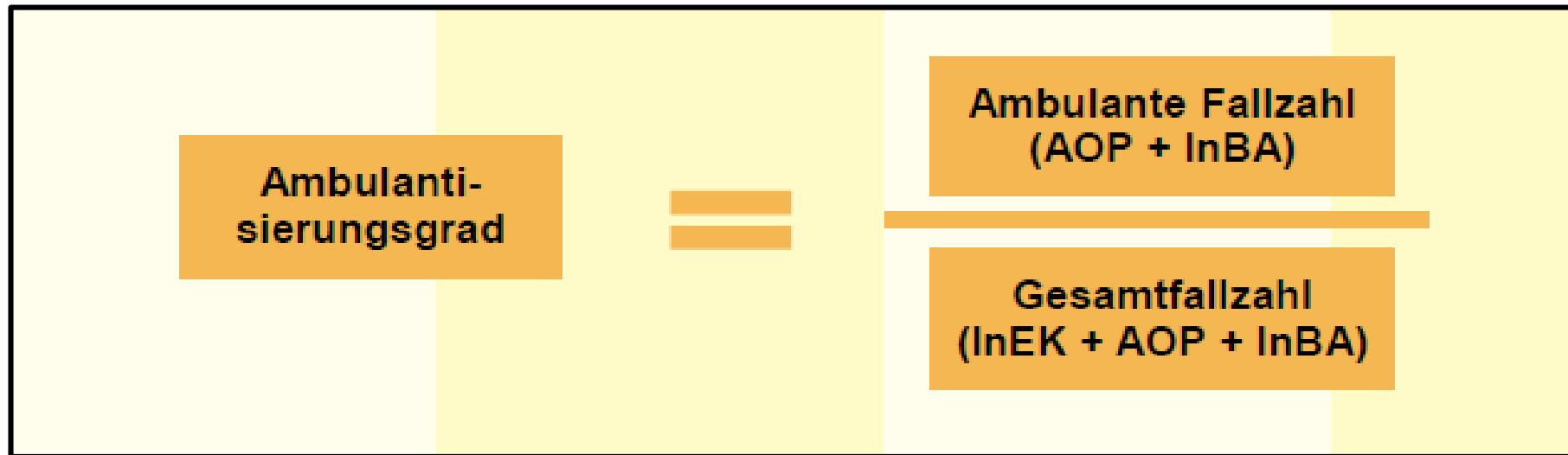


Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Beispiel: Hybrid-DRG G24N (Hernienchirurgie)

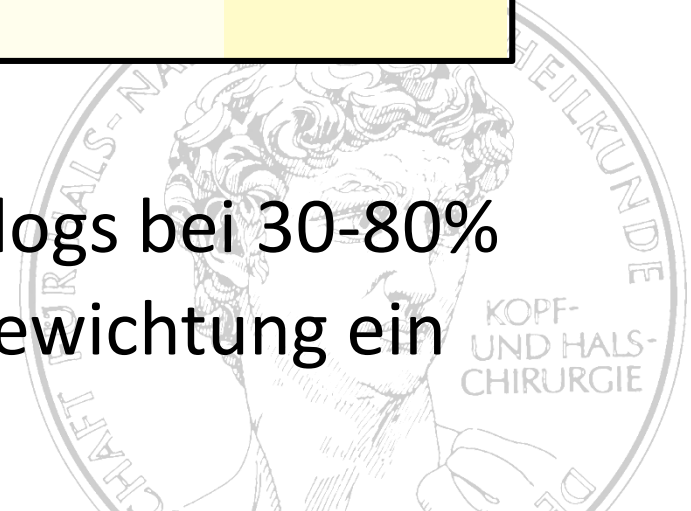
Summe Sach- und Laborkosten DRG G24B = 672,64 Euro	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/ Sachkosten	
	Ärztl. Dienst	Pflege- dienst	Med.- techn./ Funk- tionsdienst	Arzneimittel		Im- plan- tate	Übriger medizinischer Bedarf			Med. Infra- struktur	Nicht med. Infra- struktur
				Gemein- kosten	Einzel- kosten		Gemein- kosten	Einzel- kosten	Leistung Dritter		
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation				24,45	1,48	0,00	15,71	0,79	3,17		
Intensivstation				1,28	0,00	0,00	2,17	0,05	0,02		
OP-Bereich				10,11	1,27	227,64	143,72	133,25	2,34		
Anästhesie				14,22	0,08	0,00	46,23	0,99	1,84		
Kardiologische Diagnostik /Therapie				0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00		
Endoskopische Diagnostik / Therapie				0,06	0,00	0,00	1,06	0,07	0,00		
Radiologie				0,03	0,01	0,00	0,45	0,11	3,52		
Laboratorien	2,54	0,00	8,67	0,67	0,37	0,00	2,32	0,00	7,77	1,84	5,20
Diagnostische Bereiche				0,17	0,00	0,00	0,62	0,00	0,07		
Therapeutische Verfahren				0,01	0,00	0,00	0,10	0,00	0,27		
Patientenaufnahme				0,76	0,00	0,00	5,05	0,00	0,08		
Summe	2,54	0,00	8,67	51,76	3,21	227,64	217,44	135,26	19,08	1,84	5,20

Spezielle sektorengleiche Vergütung



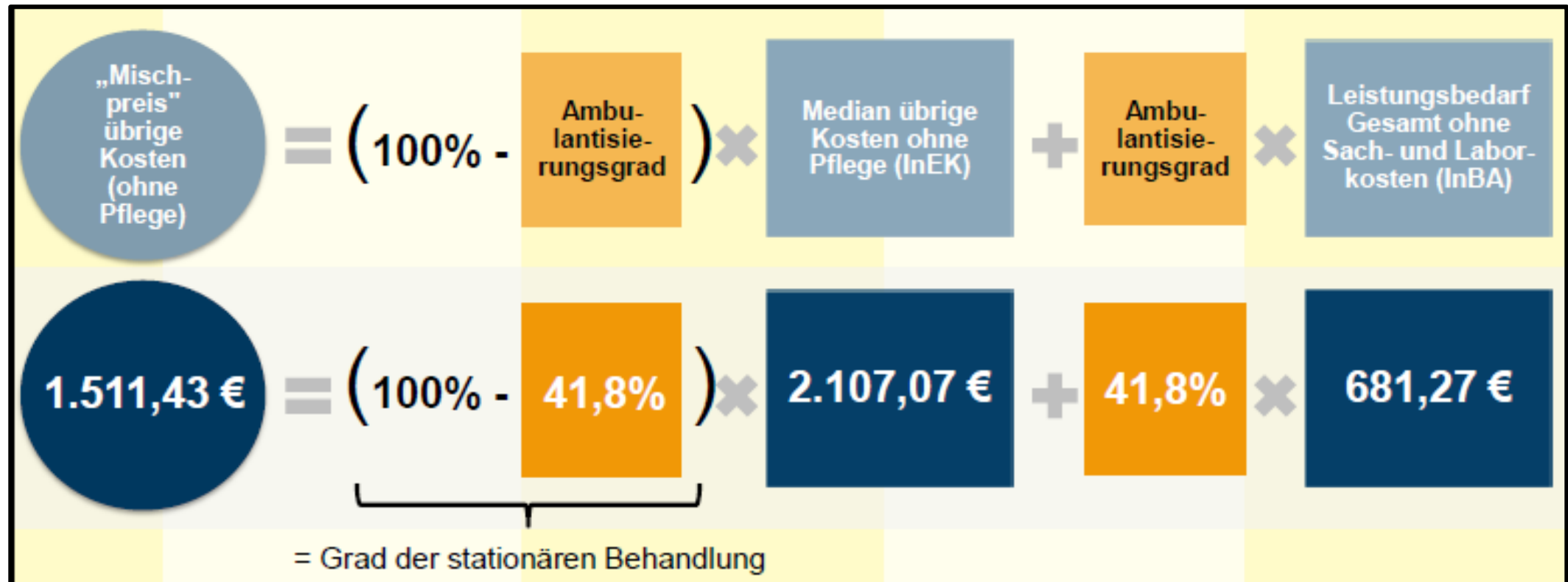
Quelle: Vortrag von Frank Heimig auf Deutschem Krankenhausstag 2023

- liegen für die 5 Entitäten des Startkatalogs bei 30-80%
- geht in die Mischpreiskalkulation als Gewichtung ein



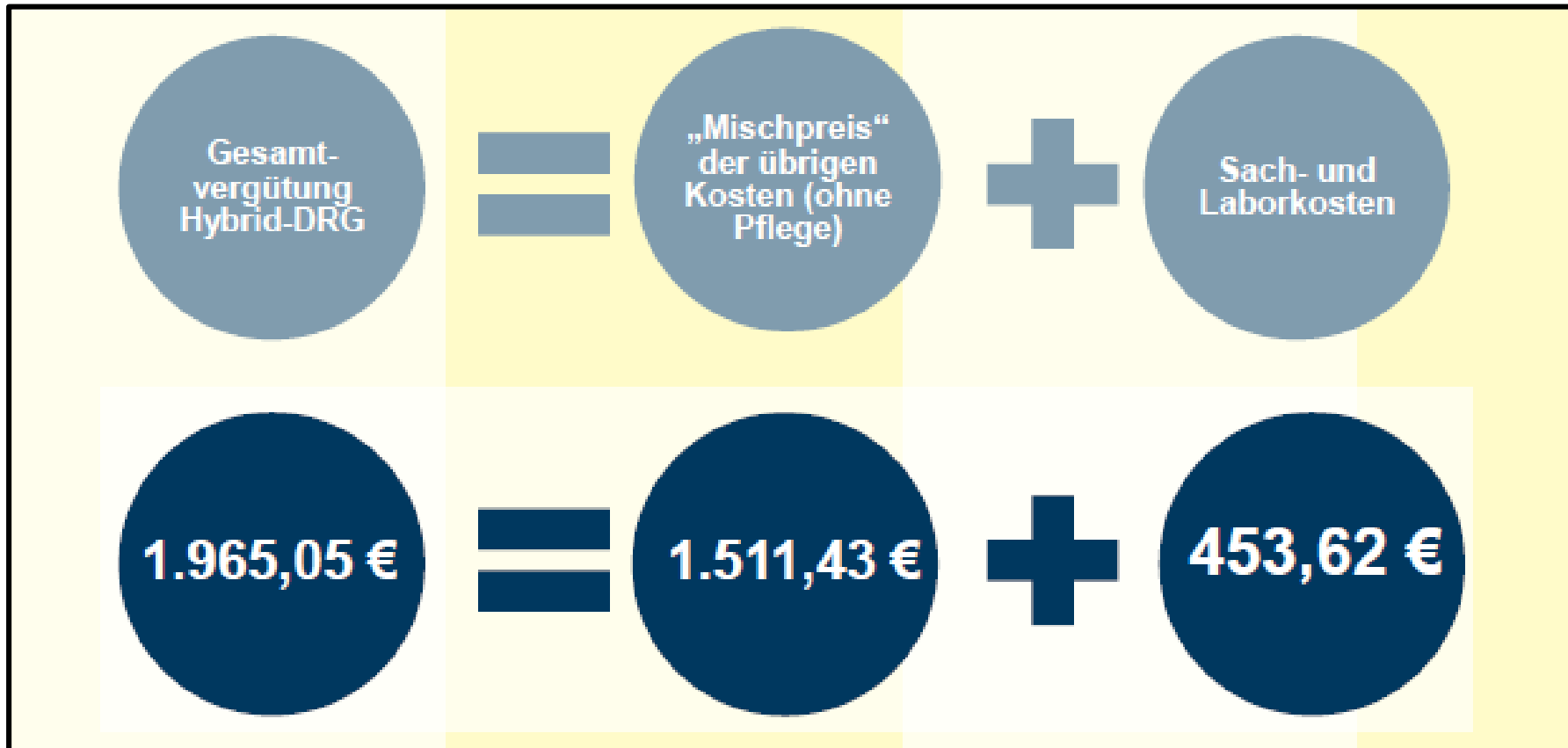
Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Kalkulation übrige Kosten (Hybrid-DRG G24N)



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Kalkulation Gesamtvergütung (Hybrid-DRG G24N)



Spezielle sektorengleiche Vergütung

Diagnose	OPS	DRG		Hybrid- DRG		
		Code	Vergütung 1 Tag	Vergütung > 1 Tag	Code	Vergütung
Leistenhernie	5-530.00	G24C	2.236	2.868	G24M	1.653
Leistenhernie < 14 J. und PCCL 3/4	5-530.00	G24B	2.580	3.212	G24N	1.965
Leistenhernie beidseits	5-530.00	G24B	2.580	3.212	G24N	1.965
Leistenhernie beidseits und > 55 J.	5-530.00	G24B	2.580	3.212	G09N	2.022
Ovarialtumor, benigne	5-652.62	N05B	2.304	3.021	N05N	1.555
Ovarialtumor, benigne, < 16 J.	5-652.62	N14Z	4.992	5.829	nein	nein
Ovarialtuomr, maligne	5-652.62	N02D	2.805	5.012	nein	nein



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- **Eingeschlossene Leistungen**
 - Operation und postoperative Nachbeobachtung (ärztl. Behandlung, Sachkosten, OP-Pflege)
 - Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung
- **Zusätzlich abrechenbare Leistungen**
 - BWR des Pflegeerlös-Katalogs (nur bei Übernachtung!)
 - Zusatzentgelte (Dialysebehandlung, Hämophilie)
- **Alternative Abrechnung nach EBM gestattet**



Spezielle sektorengleiche Vergütung

Konfliktpotential / ungeklärte Fragen

- stationäre DRG bei Verweildauer > 1 Tag
- stationäre DRG bei PCCL > 2
- Kodierung weiterer Diagnosen / operativer Prozeduren

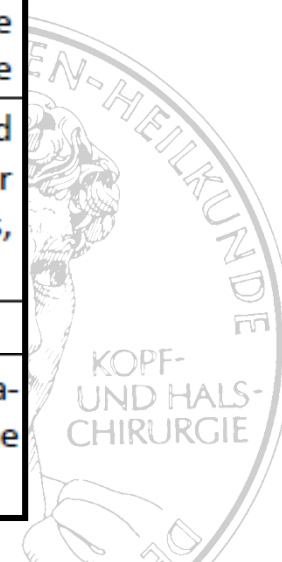


Spezielle sektorengleiche Vergütung

Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl (55 DRG's)

- Auswahlkriterien Verweildauer = 1 und PCCL < 3
- Start 01.01.2025 (?)

D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik

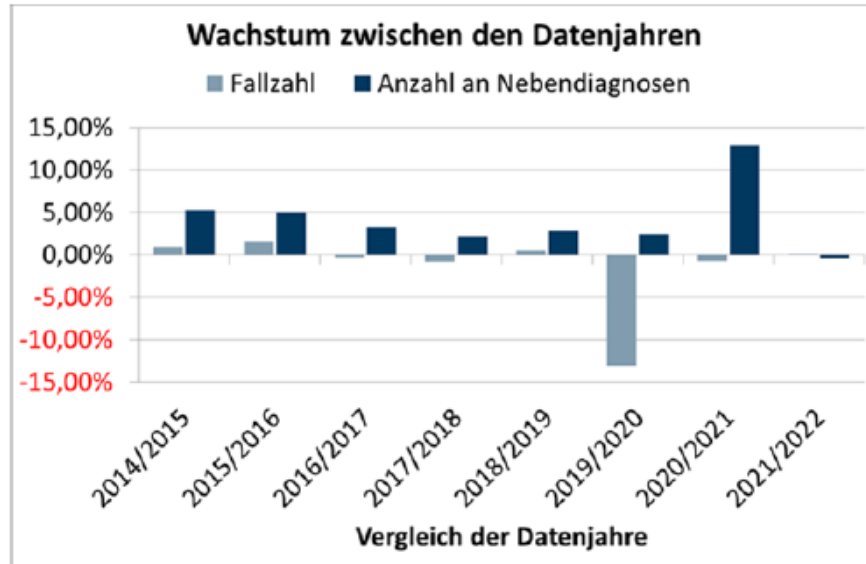


Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



Umbau der CCL-Matrix



Quelle: INEK-Abschlussbericht 2024

(Anzahl der kodierten Nebendiagnosen während der letzten Jahre)

- ▶ Einfluss der Covid-Pandemie
(durchschnittliche Fallschwere hat zugenommen)



Umbau der CCL-Matrix

	für 2017	für 2018	für 2019	für 2020	für 2021	für 2022	für 2023	für 2024
DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs	938	553	726	467	635	197	691	345
DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs	435	50	514	46	639	4	401	28
DRG-spezifische Abwertungen in 10-29 Basis-DRGs	2	16	208	7	436	4	61	23
DRG-spezifische Abwertungen >29 Basis-DRGs	107	171	16	78	227	1	68	135
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	24	18	22	0	2	0	9	2
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	3	1	0	0	0	0	5	1
Weitere Aufwertungen	10	11	0	0	5	1	11	38
Neu aufgenommene Codes	42	7	1	1	27	0	2	5
Gesamt (beinhaltet Doppelnennungen)	1.521	827	1.487	599	1.971	207	1.248	577

- ▶ Weiterentwicklung der CCL-Matrix ab 2023 wieder aufgenommen



Umbau der CCL-Matrix

- Streichungen

- B95.8** Staphylokokken als Krankheitsursache
- C79.9** Metastasen nicht näher bez. Lokalisation
- E66.96** Adipositas Grad III
- L89.19** Dekubitus Grad II
- N18.1** chron. Nierenkrankheit Stadium I
- R57.9** Schock, nicht näher bezeichnet

- Neuaufnahmen

- C43.0** Melanom der Lippe
- G93.3** Fatigue-Syndrom

