Schattauer

Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Kodierleitfaden Rheumatologie 2024 – Vorwort Teil 2: Das neue aG-DRG-System 2024 – Was ändert sich für die akutstationäre Rheumatologie?

HOMEPAGE VRA

Als Leserinnen und Leser der arthritis + rheuma können Sie mehr über den VRA auf der Homepage www.vraev.de erfahren.
Ihre Anfrage richten Sie bitte gerne an die E-Mail-Adresse des VRA-Geschäftsführers Herrn Prof. Heinz-Jürgen Lakomek: heinz-juergen.lakomek@muehlenkreiskliniken.de

Erneut stellte die Normierung des DRG-Systems – diesmal aufgrund der Ausgliederung der Fälle der Hybrid-DRGs – eine Hürde für eine Vereinbarung des neuen Fallpauschalenkatalogs dar. Letztendlich konnten sich die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung doch noch verständigen. Weiterhin leidet die DRG-Fallkostenkalkulation noch unter den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, sodass das InEK ein letztes Mal in die Methodik der Kalkulation eingreifen und stärkere Auswirkungen der Fallzahlrückgänge auf die Relativgewichte „dämpfen" musste. In Bereichen mit vergleichsweise hohem Fallzahlrückgang wie der Rheumatologie bedeutet dies, dass die gestiegenen Vorhaltekosten (Personal und Infrastruktur) nicht vollständig in den Bewertungsrelationen für 2024 abgebildet wurden. Der geänderten Kalkulationsmethodik liegt die Hypothese zugrunde, dass die Fallzahlen 2024 wieder auf das Vorpandemieniveau steigen werden. Gelingt dies nicht, dürften mit den „gedämpften" Bewertungsrelationen die Vorhaltekosten kaum zu refinanzieren sein.

Bedeutsame klassifikatorische Änderungen an den „rheumatologischen" DRGs gab es für 2024 erneut nicht

Fälle mit den hoch unspezifischen Hauptdiagnosen der chronischen Polyarthritis M06.98/M06.98 und weiteren Hauptdiagnosen (z. B. einige Kodes mit Hämarthros, juvenile Osteochondrosen sowie unspezifisch kodierte Osteoporosen und Osteochondropathien) wurden von der höher bewerteten DRG I69A in die DRG I69B verschoben. Hiervon werden die meist spezifischer kodierenden Kliniken für Rheumatologie kaum betroffen sein.

In der Basis-DRG I66 dürfte für die Rheumatologie die Verschiebung (meist Aufwertung) von Fällen mit den Hauptdiagnosen: Panarteriitis nodosa (M30.0), Hypersensitivitätsangiitis (M31.0), Granulomatose mit Polyangiitis (M31.3), mikroskopische Polyangiitis (M31.7) sowie sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien (M31.8) von der DRG I66G in die DRG I66F am relevantesten sein.

Für die Kinder- und Jugendrheumatologie kann es durch eine Verschiebung der Fälle mit einem Alter von weniger als 6 Jahren und einer Verweildauer von einem Belegungstag von der DRG I66H in die DRG I66G zu einer höheren Vergütung kommen.

Weitere COVID-bedingte Umbauten haben möglicherweise Einfluss auf die Bewertungsrelationen gehabt, werden aber bei dem derzeitigen Verlauf der COVID-19-Erkrankungen vermutlich wenig Einfluss auf die DRG-Zuordnung haben.

Während sich die mittleren Verweildauern und Grenzverweildauern der häufig abgerechneten rheumatologischen DRGs kaum geändert haben (nur die oberen Grenzverweildauern in den DRGs I69A und I66E sind um einen Tag gestiegen, in der DRG I69B um einen Tag gesunken), sind Veränderungen der Bewertungsrelationen deutlicher ausgefallen. Rheumakliniken werden – in Abhängigkeit von ihrem Leistungsspektrum – daher für 2024 möglicherweise größere Katalogeffekte erfahren. Am deutlichsten ist die Bewertungsrelation der DRG I97Z für die rheumatologische Komplexbehandlung gesunken (–7,8 %). Auch die Bewertungsrelation der häufigen DRGs I79Z (Fibromyalgie), I66G und I69B liegen 2024 um –1,6 %, –1,1 % bzw. –0,8 % niedriger. Auf der anderen Seite steigen die Bewertungsrelationen in den DRGs I69A (+ 4,2 %), I66H (+ 7,2 %) und I66E (+ 7,1 %).

Die Steigerung der Landesbasisfallwerte zur Kompensation der Kostensteigerungen ist für 2024, sofern es nicht noch zu einem Einlenken des Gesetzgebers kommt, durch den Veränderungswert von 5,13 % begrenzt.

Pflegepersonal in der Rheumatologie

Neben den Pflegepersonaluntergrenzen, die 2024 in der Rheumatologie, Inneren Medizin sowie Kinder- und Jugendmedizin in unveränderter Höhe weiter gelten, will der Gesetzgeber für 2024 die Erfassung des Pflegebedarfs mit der PPR 2.0 noch verpflichtend einführen.

Es bleibt weiterhin zu hoffen, dass die Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstruments zu einer differenzierteren Darstellung des Pflegeeinsatzes in der Rheumatologie beiträgt und die Fehlanreize der

arthritis + rheuma 2024; 44: 140–141 | © 2024. Thieme. All rights reserved.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Pflegepersonaluntergrenzen aufgrund der zwar gesetzlich vorgeschriebenen, aber immer noch fehlenden Differenzierung nach Pflegeaufwand perspektivisch aufgehoben werden.

Der VRA hofft, Sie mit dieser Neuauflage des Kodierleitfadens weiter bei den Anforderungen an die korrekte Klassifizierung und Kodierung in der Rheumatologie unterstützen zu können.

Prof. Dr. med. H.-J. Lakomek, Geschäftsführer des VRA
Dr. med. W. Fiori, DRG-Research-Group, Roeder & Partner
Prof. Dr. med. N. Roeder, DRG-Research-Group, Roeder & Partner

KONTAKTADRESSE

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.
Geschäftsstelle
Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Direktor Universitätsklinik für Geriatrie
Johannes Wesling Klinikum Minden
Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden
Tel.: 0571/790 3801
Fax: 0571/790 29 3800
E-Mail: lakomek@vraev.de
Internet: www.vraev.de

IMPRESSUM

Verantwortlich für den Inhalt
Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Geschäftsführer, Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V.
E-Mail: heinz-juergen.lakomek@muehlenkreiskliniken.de

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.