



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NUKLEARMEDIZIN e.V.

– Geschäftsstelle –

DGN e.V.
c/o vokativ GmbH
Hospitalstraße 7
D - 37073 Göttingen

Tel. (Mitglieder): +49.551.48857-401
Tel. (Presse): +49.551.48857-402
Fax: +49.551.48857-79

e-mail: office@nuklearmedizin.de
Internet: www.nuklearmedizin.de

DGN-Arbeitsausschuss Leistungserfassung Bericht 2006

Information zur Abbildung der Radioiodtherapie und anderer Therapien mit Radionukliden im G-DRG-System 2007

Die Radioiodtherapie und –diagnostik werden in der Version 2007 des G-DRG-Systems erstmals differenziert abgebildet. Damit wurden die Vorschläge der DGN nach einer leistungsgerechteren Abbildung der Radioiodtherapie, die bereits mehrfach beim Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eingereicht wurden, umgesetzt. Voraussetzung war die differenzierte Abbildung der Radioiodtherapie in der Prozedurenverschlüsselung (OPSKatalog) seit 2005, da nur so eine Kalkulationsgrundlage gewonnen werden konnte.

Die Radioiodtherapie wird 2007 in 3 verschiedenen DRGs abgebildet. Als Gruppierungsvariable für die DRGs dient die verschlüsselte Prozedur. Für Radioiodaktivitäten ≥ 5 GBq und/oder Applikation von rekombinantem humanen TSH (rhTSH) im Rahmen des stationären Aufenthalts erfolgt die Einteilung in die DRG K15B mit der höchsten Bewertungsrelation. Für Radioiodaktivitäten $> 1,2$ GBq und < 5 GBq ohne Applikation von rhTSH erfolgt die Gruppierung in die DRG K15C mit einer entsprechend niedrigeren Bewertungsrelation. Die übrigen Radioiodtherapien werden der nachrangigen DRG K15D zugeordnet.

Für die Radioioddiagnostik beim Schilddrüsenkarzinom und in der Nachsorge des Schilddrüsenkarzinoms stehen jeweils 2 DRGs zur Verfügung. Behandlungsfälle mit Durchführung einer Ganzkörperszintigraphie mit rhTSH-Gabe werden in entsprechend höher bewertete DRGs eingruppiert als Behandlungsfälle mit Ganzkörperszintigraphie ohne rh-TSH-Gabe.

Darüber hinaus wurde vom InEK der Vorschlag der DGN umgesetzt und ein Zusatzentgelt für die Therapie mit I-131-mIBG etabliert, welches krankenhausesindividuell mit den Kostenträgern vereinbart werden muß.

Bei der Interpretation der DRG-Systemänderungen ist unbedingt zu beachten, dass in der Einführungsphase des DRG-Systems (Konvergenzphase), die nach aktueller Gesetzeslage bis 2009 abgeschlossen werden soll, Krankenhäuser mit den Kostenträgern weiterhin ein Budget für die Krankenhausleistungen (Fallzahl & Casemix) vereinbaren. Regelhaft werden dazu die Leistungen der Vorjahre als Grundlage für die Vereinbarung des Budgetjahres herangezogen.

Übersteigt der Gesamtjahreserlös eines Krankenhauses die vereinbarte Budgetsumme, z.B. durch Ausweitung der Fallzahl oder durch Behandlung aufwändigerer Patienten (Abrechnung höher bewerteter DRGs), sind bis zu 65% dieser so genannten Mehrerlöse an die Kostenträger zurückzuerstatten. Ist der Mehrerlös ausschließlich auf eine verbesserte Kodierung zurückzuführen, sind sogar 100% der Mehrerlöse zurückzahlen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine unkontrollierte Ausweitung von im DRG-System höher bewerteten Leistungen negative Folgen für das Kosten-/Erlösverhältnis des Krankenhauses haben kann. Die deutlich reduzierten Erlöse bei Überschreitung des Budgets können die

Kostensteigerungen, z.B. durch Einsatz teurer Medikamente, ggf. nicht kompensieren. Die Systematik zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen bzw. zur Berücksichtigung von Leistungsmengenänderungen in den Leistungs- und Entgeltverhandlungen ist sehr komplex. Wir empfehlen deshalb, die strategische Leistungsausrichtung einer Abteilung in enger Abstimmung mit der Krankenhausgeschäftsführung durchzuführen.