

# G-DRG-Version 2009 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet\*

## G-DRG-Version 2009 and its impact on our specialty

H. Mende<sup>1</sup>, G. Geldner<sup>1</sup>, A. Schleppers<sup>2</sup> und J. Martin<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin, Regionale Kliniken Holding Neckar-Schwarzwald gGmbH, Klinikum Ludwigsburg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. Geldner)

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. K. van Ackern)

<sup>3</sup> Medizinischer Geschäftsführer der Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH

► **Zusammenfassung:** Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung haben am 17.09.2008 bekanntgegeben, dass sie sich auf den G-DRG-Katalog Version 2009 sowie auf die Deutschen Kodierrichtlinien geeinigt haben. Die Zahl der DRGs beträgt nun 1.192. Die Anästhesie ist weiterhin mit dem operativen Eingriff abgebildet. Der Umbau der intensivmedizinischen Komplexbehandlung ist abgeschlossen. Die wichtigste Änderung für unser Fachgebiet stellt die Definition des Beatmungsendes beim Weaning dar. Um auch im Jahr 2009 unser Fachgebiet leistungsgerecht im DRG-System darstellen zu können, müssen die Änderungen der Kodiervorschriften in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

► **Schlüsselwörter:** Diagnosis-Related-Groups (DRGs) – Anästhesie – Intensivmedizin – Weaning.

► **Summary:** On September 17, 2008, the Central Organizations of Self-administration announced that an agreement had been reached on the G-DRG Catalogue, Version 2009 and the German Code Guidelines. Forthwith the total number of DRGs is 1,192. Anaesthesia continues to be represented together with the surgical intervention. The reorganization of the complex intensive care medicine sector has been completed. The most important alteration for our specialty is agreement on what constitutes the end of respiratory treatment following a period of weaning. In order to continue to correctly represent our area of expertise in the DRG system in terms of performance in 2009, the changes in this year's system must be taken into account and applied to routine documentation.

► **Keywords:** Diagnosis-Related Groups (DGRs) – Anaesthesia – Intensive Care Medicine – Weaning.

## Einleitung

Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung haben am 17.09.2008 die Einigung auf den Fallpauschalenkatalog inklusive aller Anlagen, wie Abrechnungsbestimmungen,

Zusatzentgeltkatalog, des Katalogs der noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen vergüteten Leistungen und der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2009, bekanntgegeben und am 24.09.2008 auf den Seiten des InEK ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) veröffentlicht. Die aktuelle Version des ICD-10- und des OPS-301-Katalogs wurden im Oktober 2008 veröffentlicht.

Um die erforderliche Leistungsdifferenzierung besser abbilden zu können, ist die Anzahl der DRGs erwartungsgemäß vermehrt worden. Die Überarbeitung der DRG-Systematik führte 2009 zu deutlich weniger Veränderungen als in den Vorjahren. Neue DRG-Splits sind durch die Kriterien Alter, PCCL, Entkondensationen oder spezielle Prozeduren entstanden. Die Zahl der Basis-DRGs hat sich seit 2007 nur unwesentlich erhöht (Tab. 1). Die Bewertungsrelationen des DRG-Kataloges 2009 wurden so justiert, dass der effektive Gesamt-Casemix auf Bundesebene durch den Katalogwechsel nicht verändert wird.

Die DRG-Version 2009 zeichnet sich durch eine weitere Systemverbesserung aus. Beispiele hierfür sind die Definition neuer Fallgruppen, die Aufnahme weiterer Alterssplits, die sachgerechtere Abbildung von Fällen mit Extremkosten sowie von Fällen mit komplexen Eingriffen. Es wurden neue Zusatzentgelte eingeführt und Leistungen aus dem Verfahren für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“ in das System integriert. Die Überarbeitung der Schweregrad- (CCL)-Matrix wurde, wie bereits 2007 begonnen, weitergeführt, um Nebendiagnosen sachgerechter im System darstellen zu können. Die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit des Systems ist gesteigert worden, indem wie bereits in den Vorjahren DRGs entkondensiert und Basis-DRGs umbenannt wurden. Die auffälligste Änderung betrifft die Darstellung der geänderten DRG-Logiken im Definitionshandbuch. Erstmals wurde, zum besseren Verständnis, und um die Inhalte auch komplexer DRGs übersichtlicher darzustellen, die DRG-Logiken in übersichtlicher Form tabellarisch aufgearbeitet (Tab. 2). Dabei sind nebeneinanderstehende Ele-

\* Rechte vorbehalten



Tab. 1: Entwicklung der Anzahl der DRGs seit Einführung des DRG-Systems.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>DRGs gesamt</b>	664	824 (+160)	878 (+54)	954 (+76)	1.082 (+128)	1.137 (+55)	1.192 (+55)
<b>DRGs bewertet</b>	642	806 (+164)	845 (+39)	913 (+68)	1.036 (+123)	1.090 (+54)	1.147 (+57)
<b>DRGs unbewertet</b>	22	18 (-4)	33 (+15)	41 (+8)	46 (+5)	47 (+1)	45 (-2)
<b>Basis-DRGs</b>	411	471 (+60)	614 (+143)	578 (-36)	593 (+15)	604 (+11)	609 (+5)

Tab. 2: Neue DRG-Logik in tabellarischer Form.

A09B Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation			
Dauer der maschinellen Beatmung > 499h	MDC ≠ 22	Komplizierende Konstellationen Prä-MDC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplexe OR-Prozeduren</li> <li>- Polytrauma</li> <li>- Autogene Stammzelltransplantation</li> <li>- Intensivmed. Komplexbehandlung &gt; 3221 Aufwandspunkte</li> </ul>
		Sehr komplexe Eingriffe an Kopf, Thorax, Ösophagus, Leber	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplexe OR-Prozeduren</li> <li>- Polytrauma</li> <li>- Autogene Stammzelltransplantation</li> <li>- Intensivmed. Komplexbehandlung &gt; 3221 Aufwandspunkte</li> </ul>

► mente mit „und“ verknüpft und untereinanderstehende Elemente mit „oder“. Die ausführliche Erläuterung dieser neuen Darstellung findet sich in der Einleitung des Definitionshandbuches.

Nachdem 2004 erstmals Zusatzentgelte (25 unbewertet, 1 bewertet) vorlagen, ist ihre Anzahl mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems stetig gestiegen. Im Jahr 2009 wurde die Zahl der Zusatzentgelte (ZE) von bislang 115 auf 127 erhöht. 2009 sind 53 unbewertet und 74 bewertet. Bei den zwölf neuen oder aus einer Überleitung resultierenden neuen ZE handelt es sich vorwiegend um teure Medikamente. Die wichtigste Änderung im Bereich der ZE betrifft das Zusatzentgelt für die Gabe von Thrombozytenkonzentraten. Hier bestanden bei der Festlegung der verabreichten Zahl von Transfusionseinheiten (TE) Unsicherheiten, da von der Bundesärztekammer (Richtlinie Hämotherapie) neben der Thrombozytenzahl pro Einheit auch das Volumen als Mindestbedingung definiert war. Diese Unsicherheit wurde durch die Novelle 2005 behoben. Diese Novelle beinhaltet nur noch die Thrombozytenzahl pro Einheit als Mindestbedingung. Damit war nun für das Jahr 2009 nach ergänzender Datenlieferung auf der Grundlage der neuen Vorgabe der Umbau des ZE möglich. Die Dosisklasseneinteilung erfolgt nun auf Basis der transfundierten Thrombozytenkonzentrate bei exakt definiertem Mindestgehalt an Thrombozyten pro Konzentrat und nicht mehr wie bisher auf Basis der Transfusionseinheiten (Tab. 3).

Die Fachgebiete, die bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems besonders berücksichtigt wurden, waren Intensivmedizin, Schlaganfallbehandlung, Querschnittslähmung, Kinder- und Jugendmedizin, Kardiologie und Kardiochirurgie sowie Extremkostenfälle.

## Relevante Änderungen des G-DRG-Katalogs 2009, des OPS-301-, des ICD-10-Katalogs sowie der DKR für unser Fachgebiet

### Anästhesie und Schmerztherapie

Die Anästhesieleistung ist weiterhin mit dem operativen Eingriff in der jeweiligen DRG kalkuliert. Das heißt, dass alle perioperativen Leistungen, wie z.B. die Prämedikation und die postoperative Schmerztherapie in der DRG enthalten sind. Des Weiteren sind für die Anästhesie schweregradsteigernde Nebendiagnosen, wie z.B. die „schwierige oder misslungene Intubation“ nach Vorgabe der DKR zu erfassen und zu kodieren.

Die Anregung aus dem strukturiertem Dialog der Vorjahre, die „Komplexe Akutschmerztherapie“ im DRG-System zu berücksichtigen, war auf Grund der wenig trennscharfen Definition – z.B. fehlenden Untergrenze der Behandlungsdauer, verschiedenste Verfahren – nicht möglich. 2009 wurden in OPS und ICD neue, für die Schmerztherapie rele- ►

Tab. 3: Neue Dosisklasseneinteilung und Bewertung von Thrombozytenkonzentraten.

2008: ZE 83					
8	bis unter	12 TE	=>	639,28	Euro (2 TK-Beutel)
12	bis unter	16 TE	=>	913,25	Euro (3 TK-Beutel)
16	bis unter	24 TE	=>	1.232,89	Euro (4 bis unter 6 TK-Beutel)
24	bis unter	32 TE	=>	1.780,84	Euro (6 bis unter 8 TK-Beutel)
32	bis unter	40 TE	=>	2.328,79	Euro (8 bis unter 10 TK-Beutel)
40	bis unter	48 TE	=>	2.874,20	Euro (10 bis unter 12 TK-Beutel)
2009: ZE 94					
2	TK		=>	592,30	Euro (- 109,98 Euro im Vergleich zu 2008)
3	TK		=>	820,39	Euro (- 92,86 Euro im Vergleich zu 2008)
4	bis unter	6 TK	=>	1.185,42	Euro (- 47,47 Euro im Vergleich zu 2008)
6	bis unter	8 TK	=>	1.641,37	Euro (- 139,47 Euro im Vergleich zu 2008)
8	bis unter	10 TK	=>	2.097,29	Euro (- 231,50 Euro im Vergleich zu 2008)
10	bis unter	12 TK	=>	2.553,22	Euro (- 320,98 Euro im Vergleich zu 2008)

▶ vante Codes etabliert. So wurden die Voraussetzungen für eine zukünftige detaillierte Analyse schmerztherapeutischer Leistungen zur sachgerechteren Abbildung geschaffen. Beispielhaft zu nennen ist hier u.a. die Ausdifferenzierung des Codes F45.4: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Schaffung des neuen Schlüssels F45.41: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die neuen Codes für die teilstationäre multimodale Schmerztherapie (8-91c) und die Präzisierung der Codes aus 8-918 Multimodale Schmerztherapie anhand der Anzahl der Therapieeinheiten. Die seit 2005 im DRG-System abgebildete multimodale Schmerztherapie und ihre entsprechenden Fallpauschalen B47Z, I42Z, U42Z und Z44Z bleiben in ihrer Definition auch 2009 bestehen. Die DRG U42Z bleibt weiterhin unbewertet (Anlage 3a des Fallpauschalenkatalogs); für die anderen drei DRGs ist ein Relativgewicht kalkuliert.

### Intensivmedizin

Die Weiterentwicklung der Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorgter Patienten war auch 2009 einer der wesentlichen Schwerpunkte.

Für die G-DRG-Versionen 2004 bis 2007 traf dies ebenfalls zu. Meilensteine der Weiterentwicklung waren die Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs in der Prä-MDC (G-DRG 2004 und 2005), die Etablierung der Funktion komplizierende Prozeduren im Jahr 2005 sowie die Einbindung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Aufwandspunkte nach TISS und SAPS) 2006 und 2007.

Der 2005 begonnene Umbau auf Basis der Codes zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Core-TISS/SAPS-Score ohne GCS) konnte weitgehend abgeschlossen werden. Mit Ausnahme der MCD 15 Neugeborene, wo die Angabe dieser Codes nicht zulässig ist, sind aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlungen im G-DRG-System 2009 in jeder MDC gruppierungsrelevant. Vervollständigt wurde die sachgerechte Abbildung intensivmedizinisch behandelter Kinder >14 Jahre durch Schaffung einer Vielzahl kinderspezifischer Alterssplits.

Zwei weitere wichtige Änderungen im Bereich der Intensivmedizin sind in diesem Jahr besonders bedeutsam:

- (1) Zur verbesserten Abgrenzung vergleichsweise wenig aufwendiger Fälle mit Langzeitbeatmung wird in den jeweils rangniedersten Fallpauschalen der Basis-DRG A07, A09, A11 und A13 eine Eingruppierung anhand der Hauptdiagnose vorgenommen. Dieses neue, klassische Splitkriterium „mit bzw. ohne komplexe Diagnose“ führt beispielsweise zu einer Aufwertung beatmeter Fälle mit Sepsis, Hirnblutungen oder Meningitis bei Abwertung weniger komplexer Fälle mit Pneumonie, Herzinsuffizienz oder Asthma.
- (2) 2008 konnte im Einzelfall das Problem auftreten, dass ein Fall mit einer hohen Anzahl an Aufwandspunkten der intensivmedizinischen Komplexbehandlung bei zusätzlicher Angabe von Beatmungsstunden in eine DRG mit geringerem Relativgewicht eingruppiert wurde, was einen unerwünschten Kodieranreiz zur Nichtangabe der Beatmungsstunden darstellte. Dieses Problem wurde so gelöst, dass der Abfrage-Algo-

rithmus geändert wurde und DRGs mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung nun entsprechend ihres jeweiligen Relativgewichts in der Prä-MDC vor geringer vergüteten Beatmungs-DRGs abgefragt werden.

Gemessen an den Umbauten der Vorjahre, gibt es im Bereich der Intensivmedizin in der G-DRG-Version 2009 wenige Veränderungen.

Zur aufwandsgerechten Abbildung intensivmedizinischer Leistungen wurden in den zurückliegenden Jahren der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems mehrere Wege parallel beschritten:

- Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC
- Berücksichtigung der Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score)
- Einbeziehen intensivmedizinisch relevanter, aufwendiger Prozeduren in zahlreiche DRG-Definitionen oder Splitkriterien, z.B. im Rahmen der Funktion „Komplizierende Prozeduren“
- Etablierung intensivmedizinisch bedeutsamer Zusatzentgelte.

Auch nach mehrjähriger Anwendung haben sich diese Lösungsansätze alle im Grundsatz als weiterhin geeignet zur sachgerechten Abbildung der Intensivmedizin gezeigt.

### Entwöhnung von der Beatmung / Beatmungsende

Die wichtigste Änderung im Bereich der Intensivmedizin betrifft eine Änderung in den Deutschen Kodierrichtlinien. 2009 wurde – nicht zuletzt aufgrund der hohen Entgeltrelevanz – zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern das sehr konfliktträchtige Thema des Endes der maschinellen Beatmung insbesondere nach einer Phase der Entwöhnung vom Beatmungsgerät (Weaning) in den Deutschen Kodierrichtlinien aufgegriffen und genau definiert (DKR 1001 h). Während der Beginn der Beatmungstherapie problemlos feststellbar ist, war die Definition des Endes der Respiratortherapie oft strittig. Schwerpunkt der Konflikte war die Anerkennung von äußerst personalintensiven Phasen einer intermittierenden nichtinvasiven Beatmung/Atemunterstützung über Maskensysteme im Wechsel mit Spontanatmung zur Entwöhnung vom Respirator durch die Kostenträger, während andere Formen nichtinvasiver Beatmung/Atemunterstützung wie ASB oder CPAP/ASB im Wechsel mit Spontanatmung akzeptiert wurden. In der DKR 1001 h ist nun festgelegt, dass das Ende der Entwöhnung nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgelegt werden kann, also wenn der Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet. Dieser Zeitraum wurde für Patienten, die bis 7 Tage beatmet waren, auf 24 Stunden und für Patienten, die länger als 7 Tage beatmet waren, (jeweils inklusive Entwöhnung) auf 36 Stunden formal festgelegt.

Die Anrechnung der Entwöhnung über Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung auf die Beatmungszeit ist nur möglich, wenn die Spontanatmung des Patienten min- ▶

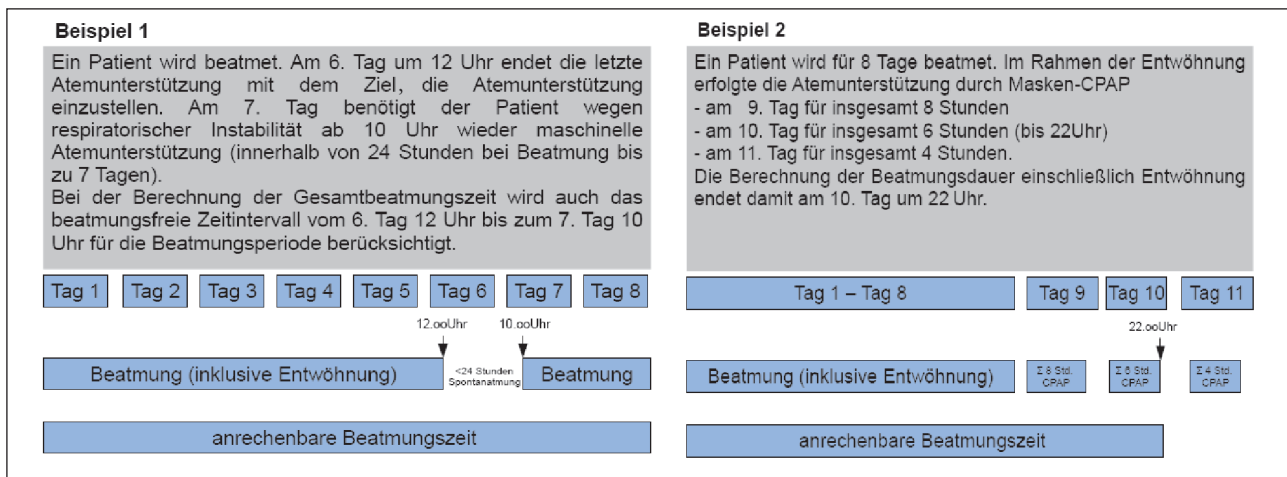


Abb. 1: Änderung der Kodierrichtlinie Beatmungsende.

► destens sechs Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde (Abb. 1).

Neu aufgenommen in dieselbe Kodierrichtlinie wurde auch eine Regelung zur Berücksichtigung der Beatmungszeiten bei heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden.

## Zusammenfassung

Im ICD und OPS gibt es 2009 nur wenige für unser Fachgebiet relevante Änderungen. Es hat weitere Änderungen in der CCL-Matrix gegeben, um Nebendiagnosen aufwandsgerechter darstellen zu können.

Im Bereich der Intensivmedizin ist durch den Hauptdiagnosen-getriggerten Split in den rangniedrigsten Basis-DRGs der Prä-MDC (A07, A09, A11, A13) eine sachgerechtere Darstellung der erbrachten Leistung möglich. So werden z.B. Fälle mit beatmetem Schlaganfall besser abgebildet. Ein großer Schritt zur Beendigung der Unklarheit des genauen Endes der Beatmung bzw. des Weaning ist mit der Klarstellung in der DKR 1001 h erreicht worden. Eine weitere wichtige Änderung ist die Veränderung im ZE-94 „Gabe von Thrombozytenkonzentraten“.

Zusammenfassend kann man sagen, dass auch in diesem Jahr ein großer Schritt zur leistungsgerechten Vergütung unseres Fachgebiets gemacht wurde. Die Neuerungen müssen nun rasch in die tägliche Routine umgesetzt werden, um einen leistungsgerechten Erlös für unser Fachgebiet bzw. die Klinik erzielen zu können.

Wie gewohnt stellen wir Ihnen ab Ende Januar den DRG-Fachkommentar 2009 zu Verfügung, der Ihnen wieder einen (fast) vollständigen Überblick über alle relevanten Änderungen bietet.

### Downloads für weitere Informationen:

[www.g-drg.de](http://www.g-drg.de) G-DRG-Katalog Version 2009  
 Deutsche Kodiervorschriften 2009  
 Abschlussbericht G-DRG-System 2009  
[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) ICD-10 Version 2009, OPS-301 Version 2009  
[www.bda.de](http://www.bda.de) Erklärung und Kodiervorschrift OPS 8-980 und Fachkommentar DRG 2009.

### Weitere Quellen

1. Das G-DRG-System 2009: Bereit für das Ende der Konvergenzphase. f&w 2008;25(6):618-622.
2. Schlottmann N, Köhler N, Fahlenbrach C, Brändle G. G-DRG-System Version 2009. Krankenhaus 2008;100:1145-1162.
3. Köhler N, Brändle G, Fahlenbrach C, Schlottmann N. Deutsche Kodierrichtlinien – Version 2009. Krankenhaus 2008;100:1163-1168.

### Interessenkonflikt

Der Autor hat für wissenschaftliche Vorträge Honorarzahlungen von den Firmen B. Braun (Melsungen), GlaxoSmithKline (München) und Novalung (Talheim) erhalten. Es wird versichert, dass keine weitere Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

### Korrespondenzadresse:

Hendrik Mende  
 Zentrum für Anästhesie, Intensivmedizin,  
 Schmerztherapie und Notfallmedizin  
 Klinikum Ludwigsburg  
 Posilipostraße 4  
 71640 Ludwigsburg, Deutschland  
 Tel.: 07141 99-66701  
 Fax: 07141 99-66709  
 E-Mail: [hendrik.mende@kliniken-lb.de](mailto:hendrik.mende@kliniken-lb.de)