

# G-DRG-Version 2010 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet\*

## G-DRG-Version 2010 – Its impact on our specialty

**H. Mende<sup>1</sup>, G. Geldner<sup>2</sup>, A. Schleppers<sup>3</sup> und J. Martin<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Leitung Medizincontrolling, Regionale Kliniken Holding gGmbH

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin, Klinikum Ludwigsburg  
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. Geldner)

<sup>3</sup> Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

<sup>4</sup> Geschäftsführer der Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH

► **Zusammenfassung:** Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung haben am 23.09.2009 bekanntgegeben, dass sie sich auf den G-DRG-Katalog Version 2010 sowie auf die Deutschen Kodierrichtlinien geeinigt haben. Die Zahl der DRGs beträgt nun 1.200. Die Anästhesie ist weiterhin mit dem operativen Eingriff abgebildet.

Gemessen an den Veränderungen der letzten Jahre ergeben sich 2010 nur wenige Neuerungen für unser Fachgebiet. Neu eingeführt wurden die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, die Bewertung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung nach Verweildauer und die Neuberechnung des ZE 108 Gabe von Thrombozytenkonzentraten. Um auch im Jahr 2010 unser Fachgebiet leistungsge- recht im DRG-System darstellen zu können, müssen die Änderungen der Kodievorschriften in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

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

► **Summary:** On September 23, 2009, the umbrella organizations of self-management declared that they had reached agreement on the G-DRG Catalogue Version 2010 and the German Code Guidelines. The number of DRGs now total 1,200. Anaesthesia continues to be represented together with the respective surgical intervention. In comparison with the past few years, the new DRG-catalogue contains only a few changes relevant to our specialty. Innovations include paediatric intensive comprehensive care, evaluation of palliative comprehensive care based on duration of stay, and a new calculation of ZE 108 (transfusion of platelets).

To continue to be able to represent our specialty in the DRG system in accordance with performance, the changes in the code system must be incorporated into documentation routine.

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

### Einleitung

Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung haben am 23.09.2009 die Einigung auf den Fallpauschalenkatalog inklusive aller Anlagen, wie Abrechnungsbestim- mungen, den Zusatzentgeltkatalog, den Katalog der noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen vergüteten Leistungen und die Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2010, bekanntgegeben und am 30.09.2009 auf den Seiten des InEK ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) veröffentlicht. Die aktuellen Versionen des ICD-10- und des OPS-301-Katalogs wurde im Oktober 2009 veröffentlicht. Um die erforderliche Leistungsdifferenzierung besser abbilden zu können, ist die Anzahl der DRGs erwartungsgemäß vermehrt worden. Die Überarbeitung der DRG-Systematik führte 2010 zu deutlich weniger Ver- änderungen als in den Vorjahren. Neue DRG-Splits sind durch die Kriterien Alter, PCCL, Entkondensatio- nen oder spezielle Prozeduren entstanden. Die Zahl der Basis-DRGs hat sich seit 2007 nur unwesentlich erhöht und ist im Jahr 2010 wieder unter 600 gesunken (Tab. 1).

\* Rechte vorbehalten

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>DRGs gesamt</b>	664	824 (+160)	878 (+54)	954 (+76)	1082 (+128)	1137 (+55)	1192 (+55)	1200 (+8)
<b>DRGs bewertet</b>	642	806 (+164)	845 (+39)	913 (+68)	1036 (+123)	1090 (+54)	1147 (+57)	1155 (+8)
<b>DRGs unbewertet</b>	22	18 (-4)	33 (+15)	41 (+8)	46 (+5)	47 (+1)	45 (-2)	45
<b>Basis-DRGs</b>	411	471 (+60)	614 (+143)	578 (-36)	593 (+15)	604 (+11)	609 (+5)	593 (-16)

Tab. 2: Neue Bewertung von Thrombozytenkonzentraten.

Dosisklassen	Betrag 2009 (in €)	Betrag 2010 (in €)
4 bis unter 6 Thrombozytenkonzentrate	1.185,42	1.139,79
6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate	1.641,37	1.738,88
8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate	2.097,29	2.216,96
10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate	2.553,22	2.784,72
12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate	3.009,17	3.289,72
...	...	...
112 bis unter 120 Thrombozytenkonzentrate	26.626,50	30.497,26
120 bis unter 128 Thrombozytenkonzentrate	28.450,25	32.637,42
128 Thrombozytenkonzentrate und mehr	30.273,99	34.777,57

► Die Bewertungsrelationen des DRG-Kataloges 2010 wurden so justiert, dass der effektive Gesamt-Case-mix auf Bundesebene durch den Katalogwechsel nur unwesentlich verändert wurde. Die DRG-Version 2010 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-Matrix (CCL) 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 Darstellung der geänderten DRG-Logiken im Definitionshandbuch wurde dieses Jahr beibehalten. Die DRG-Logiken werden weiterhin in übersichtlicher Form tabellarisch aufgearbeitet. Dabei sind neben einanderstehende Elemente mit „und“ verknüpft und untereinanderstehende Elemente mit „oder“.

Nachdem 2004 erstmals Zusatzentgelte (25 unbewertet, 1 bewertet) vorlagen, ist ihre Anzahl mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems stetig gestiegen. Im Jahr 2010 erhöhte sich die Zahl der Zusatzentgelte (ZE) auf 143. Davon werden 81 Zusatzentgelte bundeseinheitlich bewertet. 62 Zusatzentgelte sind definiert, konnten aber bislang nicht sachgerecht kalkuliert werden und müssen daher krankenhausindividuell vereinbart werden.

Dieses Jahr wurden ca. 80 angefragte Methoden/Leistungen aus dem NUB-Verfahren für die sachgerechte Abbildung im DRG-System 2010 analysiert. So konnten nach einer ersten Prüfung 14 Methoden/Leistungen mit Status 1 als Zusatzentgelt in das G-DRG-System überführt werden. Von diesen 14 Metho-

den/Leistungen konnten 4 ZE kalkuliert (z.B. Anidulafungin, Abatacept) und die restlichen 10 ZE definiert, aber nicht bewertet (z.B. Neralabin, Amphotericin B Lipidkomplex) werden.

Die Umstellung des ZE für die Gabe von Thrombozytenkonzentraten auf der Basis der transfundierten Konzentrate zur Vereinfachung der Abrechnung im Jahr 2009 blieb weitgehend ohne Beeinflussung der Erlöse in Bezug auf 2008. Die Berechnung des Preises war dieses Jahr anhand der in der ergänzenden Datenbereitstellung gelieferten plausibilisierten IST-Kosten möglich. Dadurch ergaben sich in den einzelnen Dosisklassen zum Teil deutliche Veränderungen des ZE-Betrags (Tab. 2). Zusätzlich wurden in Bezug auf die Extremkostenproblematik unter Berücksichtigung der Daten der letzten 3 Jahre die oberen Dosisklassen beim ZE107 Gabe von Erythrozytenkonzentraten und ZE108 Gabe von Thrombozytenkonzentraten erweitert.

Die Fachgebiete, die bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems 2010 besonders berücksichtigt wurden, waren: Intensivmedizin, Schlaganfallbehandlung, Geburtshilfe, Pädiatrie, aufwändige Chirurgie sowie Extremkostenfälle.

### Relevante Änderungen des G-DRG Katalogs 2010, des OPS-301-, des ICD-10-Katalogs sowie der DKR für unser Fachgebiet

#### Anästhesie, Schmerztherapie und Palliativmedizin

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. ►

Tab. 3: ZE 60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung.

Bezeichnung	OPS-Code	OPS-Text	Betrag
ZE 60.01	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.321,76 €
ZE 60.02	8-892.2	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	2.108,98 €
ZE 60.03	8-892.3	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.354,27 €

► Die als „Besondere Einrichtung“ geführten Palliativstationen wurden für 2010 einer genaueren Untersuchung unterzogen. In diesem Zusammenhang wurde das Zusatzentgelt „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ überarbeitet. Es stehen nun 3 differenzierte Geldbeträge zur Verfügung (Tab. 3).

Die Analyse zeigte, dass z.B. Behandlungsfälle mit 7 bis 13 Behandlungstagen palliativmedizinischer Komplexbehandlung in den ihnen zugeordneten DRG-Fallpauschalen Inlier waren; allerdings zeigte die Verweildaueranalyse eine deutliche Verschiebung in Richtung der oberen Grenzverweildauer.

Entsprechend wurde der Betrag für das ZE 60.01 Palliativmedizinische Komplexbehandlung [...] bis höchstens 13 Behandlungstage als gewichteter Mittelwert der Differenz der Kostendeckung von Fällen mit 7 bis 13 Behandlungstagen palliativmedizinischer Komplexbehandlung (identifiziert über den entsprechenden OPS-Kode) und Fällen ohne diese Komplexbehandlung in den korrespondierenden DRG-Fallpauschalen kalkuliert.

### Intensivmedizin

Die Weiterentwicklung der Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorger Patienten war auch 2010 einer der wesentlichen Schwerpunkte.

Meilensteine der Weiterentwicklung waren die Etablierung der Funktion Komplizierende Prozeduren 2005 sowie die Einbindung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Aufwandpunkte nach TISS und SAPS) in den Jahren 2006 und 2007.

Gemessen an den Umbauten der Vorjahre, gibt es im Bereich der Intensivmedizin in der G-DRG-Version 2010 wenige Veränderungen:

#### „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“

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 Aufwandpunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System/Simplified Acute Physiology Score)
- Einbeziehen der ab 2008 erstmals gültigen Kodes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter
- Etablierung intensivmedizinisch bedeutsamer Zusatzentgelte
- Analyse intensivmedizinisch relevanter, aufwendiger Prozeduren mit nachfolgender Berücksichtigung in zahlreichen DRG-Definitionen oder Splitkriterien, z.B. im Rahmen der Funktion Komplizierende Konstellationen.

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

Die für 2010 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter Lösungen dar.

Der mit der G-DRG-Version 2006 begonnene Umbau des G-DRG-Algorithmus zur Abbildung hochaufwendiger Intensivpatienten auf Basis der OPS-Kodes Intensivmedizinische Komplexbehandlung kann als weitgehend abgeschlossen angesehen werden.

Die Veränderungen der Vorjahre zeigten sich auch in den Kalkulationsdaten des Jahres 2008 weiterhin als geeignete Kostentrenner, so dass die Beatmungs-DRGs der Prä-MDCs für 2010 nur noch geringfügig modifiziert wurden:

- Aufwertung der Fälle mit einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in den Basis-DRGs A09, A11 und A13
- Ergänzung bestehender Splitbedingungen in den Basis-DRGs A09, A11 und A13 um die Prozeduren ECMO sowie bestimmte invasive Hypothermieverfahren
- Aufwertung bestimmter, hochkomplexer Diagnosen wie generalisierte Mucositis bei Immunsuppression und Zustand nach Organtransplantation

Nr.	Kriterien	Punkte	Nr.	Kriterien	Punkte
1.	Alter		14.	Pupillenreaktion	
	• mehr als 28 Tage, aber unter 1 Jahr (365 Tage)	15		• bds. reagierend oder Größe < 3 mm Durchmesser	0
	• 1 Jahr bis unter 8 Jahre (2922 Tage)	7		• nur 1 Seite reagierend und Größe $\geq$ 3 mm Durchmesser	3
	• 8 Jahre bis unter 14 Jahre (6575 Tage)	0		• bds. lichtstarr und Größe $\geq$ 3 mm Durchmesser	8
2.	Vorerkrankungen		15.	Glasgow Coma Scale	
	Low-Risk-Diagnose	10		$\geq$ 8	0
	• Asthma bronchiale			$\geq$ 4 bis < 8	6
	• Bronchiolitis			< 4	13
	• Croup		16.	Apparative Beatmung inklusive jeglicher Form von CPAP	5
	• diabetische Ketoazidose ohne Koma als Aufnahmegrund		17.	Infusion von > 1 Katecholamin oder PDE-III-Hemmer oder Vasopressor (Dopamin, Dobutamin, Adrenalin, Noradrenalin, Milrinon, Amrinon, Enoxim, Vasopressin, Terlipressin ...)	4
	High-Risk-Diagnose	17	18.	Flüssigkeitssatz $> 3.000 \text{ ml/m}^2\text{KOF/24h}$	4
	• aplastische Phase nach KMT/SZT		19.	Liegende Katheter Hierzu gehören z.B. arterieller Gefäßzugang, ZVK, Thorax-, Pricard-, Ascitesdrainage, Ureter-Splint, Katheter zur Messung des intraabdominalen Drucks. Hierzu gehören nicht transurethraler oder suprapubischer Blasenkatheter. Diese Punkte können nur einmal pro Tag angerechnet werden, auch wenn mehrere Katheter liegen!	4
	• Herzstillstand oder Reanimation vor Aufnahme auf die ICU		20.	Invasives Kreislaufmonitoring HZV-Messungen mittels PiCCO oder PA-Katheter oder FATD (femoral artery thermodilution)	5
	• HIV-Infektion				
	• Immundefekt				
	• Kardiomyopathie				
	• Leberversagen als Aufnahmegrund				
	• Leukämie oder Lymphom nach Induktionstherapie				
	• Myokarditis				
	• spontane Hirnblutung				
	• symptomatisches komplexes Herzvitium				
	• symptomatische neurodegenerative Erkrankung				

Abb. 1: Berechnung der Aufwandpunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (unvollständig).

- Verschiebung der Fälle mit einer endoskopischen Blutstillung bei Oesophagusvarizenblutung aus der DRG A13G in die DRG A13F.

Im Ergebnis wurde durch diese Umbauten insbesondere eine weitere Entmischung der jeweils rangniederen Fallpauschalen der Basis-DRGs A09, A11 und A13 erreicht.

#### „Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter“

Aufgrund des im Jahr 2008 neu geschaffenen Schlüssels 8-98c „intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter“ bestand für das IneK die Möglichkeit, weitergehende Untersuchungen über die ergänzende Datenlieferung durchzuführen. Dieses Jahr erfolgte nun die Kalkulation auf der Grundlage dieses neuen Schlüssels. Damit wird die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (>72 Stunden) innerhalb der folgenden Basis-DRGs berücksichtigt:

- E40: „Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung >24 Stunden“
- E77: „Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane“
- G03: „Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum“.

Des Weiteren fanden diverse Aufwertungen in der Pädiatrie statt. So wurde z.B. die Hypothermiebehandlung bei Neugeborenen, mehrzeitige Operationen in den Basis-DRGs P04 und P06, Fälle mit septischer Arthritis und Alter <16 Jahre sowie operative Korrektoreingriffe bei androgenitalem Syndrom aufgewertet. Ab 2010 stehen im OPS die neu gestalteten Kodes 8-98d.- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, die ähnlich den Kodes aus 8-980.- nach Aufwandpunkten differenziert sind, jedoch zahlreiche

Besonderheiten der pädiatrischen Intensivmedizin berücksichtigen, für eine aufwandsgerechte Verschlüsselung zur Verfügung (Abb. 1).

Im Bereich der Zusatzentgelte wird die Kinder- und Jugendmedizin durch spezielle Dosisklassen berücksichtigt. So wurden im DRG-System 2010 für 32 bewertete ZE explizite Dosisklassen für Kinder definiert.

#### Extremkosten

Ein Teil der Krankenhauspatienten verursacht aufgrund einer hohen Leistungsdichte und/oder einer langen Verweildauer Kosten, die über die bestehenden Entgelte nicht sachgerecht finanziert sind. Das Problem dieser Kostenfälle ist, dass die Fallzahlen so gering sind, dass sie keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Kalkulation haben. So sind z.B. teure Implantate in typischen Fallkonstellationen in hochbewerteten DRGs abgebildet. Abbildungslücken bestanden z.B. bei Einzelfällen mit ungewöhnlichem Verlauf, z.B. aufgrund einer abweichenden Hauptdiagnose (Eingruppierung in eine andere MDC). Ziel im DRG-System 2010 war es, diese Fälle besser abzubilden. Daher wird 2010 eine Zuordnung atypischer Fälle mit teuren Implantaten zu hochbewerteten kostenähnlichen DRGs vorgenommen. Zudem erfolgte in der Prä-MDC eine Aufwertung der Implantation von Stentgraft-Prothesen an der Aorta.

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die in den Vorjahren erarbeiteten Lösungsansätze konsequent weiterverfolgt. Es wurde erneut eine Vielzahl von Detailveränderungen umgesetzt, die auf einer systematischen Prüfung seltener, aber extrem teurer Fälle beruhen. Vielfach sind die Fallzahlen der identifizierten Extremkosten-Konstellationen für die Etablierung eigener DRGs zu gering, ▶

► sodass eine mögliche Lösung auch in der Zuweisung zu bereits bestehenden, kostenähnlichen DRGs bestehen kann.

Für 2010 wurden u.a. umgesetzt:

- Zuordnung von Fällen mit bestimmten, hochteuren Implantaten (Stentgraftprothesen der Aorta, Tumorendoprothese, Neurostimulator) zu bestehenden, kostenähnlichen DRGs, wie beispielsweise der DRG E36Z Intensivmedizinische Komplexbehandlung >552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
- Aufwertung von Fällen mit Eingriffen bei Mammakarzinom mit großen Begleitoperationen (z.B. an Wirbelsäule, Leber, Thorax)
- Erweiterung der Funktion Multiviszeraleingriff bei gynäkologischen Patientinnen
- Aufwertung organtransplantierter Patienten (Zustand nach Transplantation) in einer Vielzahl von DRGs
- Aufwertung schwerster Pneumonieformen (CMV, Pneumocystis) in der Basis-DRG E62 Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane.

## Fazit für die Praxis

Im ICD und OPS gibt es 2010 nur wenige für unser Fachgebiet relevante Änderungen. Es hat weitere Änderungen (Abwertung, Aufwertung und Streichungen von Codes) 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 (A09, A11, A13) eine sachgerechtere Darstellung der erbrachten Leistung möglich. Eine weitere wichtige Änderung ist die Veränderung der Beträge im ZE 108 „Gabe von Thrombozytenkonzentraten“ sowie die Erweiterung in den oberen

Dosisklassen bei der Gabe von Erythrozyten- und 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 steht Ihnen der DRG-Fachkommentar 2010 zu Verfügung, der Ihnen wieder einen (fast) vollständigen Überblick über alle relevanten Änderungen bietet.

### Interessenkonflikt:

Der Autor versichert, dass kein Interessenkonflikt besteht. Die Präsentation des Themas ist unabhängig, die Darstellung der Inhalte produktneutral.

### Downloads für weitere Informationen:

www.g-drg.de	G-DRG-Katalog Version 2010, Deutsche Kodervorschriften 2010 Abschlußbericht G-DRG-System 2010
www.dimdi.de	ICD 10 Version 2010, OPS 301 Version 2010
www.bda.de	Erklärung und Kodervorschrift OPS 8-980
www.dgai.de	und Fachkommentar DRG 2010

### Weitere Quellen:

**Schlottmann N, Köhler N, Fahlenbrach C, Brändle G.** G-DRG-System Version 2010. Das Krankenhaus 2009;11/09:1145-1162.

## Korrespondenzadresse:

Dr. med. Hendrik Mende  
Leitung Medizincontrolling  
Regionale Kliniken Holding gGmbH  
Klinikum Ludwigsburg  
Posilipostraße 4  
71640 Ludwigsburg  
Deutschland  
Tel.: 07141 99 60100  
Fax: 07141 99 60119  
E-Mail: [hendrik.mende@kliniken-lb.de](mailto:hendrik.mende@kliniken-lb.de)

