

G-DRG-Version 2011 and its impact on our specialty

H. Mende¹ · V. Herholz² · G. Geldner³ · J. Martin⁴ · A. Schleppe⁵

G-DRG-Version 2011 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet

- 1 Leitung Medizincontrolling & Qualitätsmanagement, Regionale Kliniken Holding Neckar Schwarzwald gGmbH
- 2 Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. A. Hoefft)
- 3 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin, Klinikum Ludwigsburg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. Geldner)
- 4 Geschäftsführer der Kliniken des Landkreises Göppingen gGmbH
- 5 Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

Zusammenfassung

Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung haben am 23.09.2010 bekanntgegeben, dass sie sich auf den G-DRG-Katalog Version 2011 sowie auf die Deutschen Kodierrichtlinien geeinigt haben. Die Zahl der DRGs beträgt nun 1.194.

Gemessen an den Veränderungen der letzten Jahre, ergeben sich 2011 nur wenige, aber zum Teil bedeutsame Neuerungen für unser Fachgebiet. Um auch im Jahr 2010 unser Fachgebiet leistungsgerecht im DRG-System darstellen zu können, müssen die Änderungen der Kodiervorschriften in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

Summary

On September 23, 2010 the various umbrella organizations announced that they had reached agreement on the G-DRG Catalogue Version 2011 and the German Code Guidelines. The number of DRGs now totals 1.194.

In comparison with the changes made over recent years, only a few – although in some cases important – innovations in this year's DRG-catalogue are relevant to our particular specialty. In order to be able to adequately represent our specialty-related performances within the DRG system, the relevant changes must be incorporated into our documentation routine practice.

Einleitung

Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung haben am 23.09.2010 die Einigung auf den Fallpauschalenkatalog inklusive aller Anlagen wie Abrechnungsbestimmungen, den Zusatzentgeltkatalog, den Katalog der noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen vergüteten Leistungen und die Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2011 bekanntgegeben und am 30.09.2010 auf den Seiten des InEK (www.g-drg.de) veröffentlicht. Die aktuelle Version des ICD-10- und des OPS-301-Katalogs wurden im Oktober 2010 veröffentlicht.

Die erforderliche Leistungsdifferenzierung erfolgt auch in diesem Jahr. Die Überarbeitung der DRG-Systematik führt 2011 jedoch erstmalig im G-DRG-System zu einer Verringerung der DRG-Anzahl. Die Zahl der Basis-DRGs blieb stabil auf dem Vorjahresniveau (Tab. 1).

Die Bewertungsrelationen des DRG-Kataloges 2011 wurden so justiert, dass der effektive Gesamt-Casemix auf Bundesebene durch den Katalogwechsel nur unwesentlich verändert wird. Die DRG-Version 2011 zeichnet sich durch eine weitere Systemverbesserung aus. Beispiele hierfür sind die klassifikatorische Überarbeitung verschiedener Bereiche wie z. B. der Intensivmedizin, des akuten Querschnitts, der Spezifizierung der bestehenden Unklarheiten beim diabetischen Fußsyndrom und einzelner Extremkostenfälle. Es werden 2011 erneut weitere Zusatzentgelte geschaffen und Leistungen aus dem Ver-

Schlüsselwörter

Diagnosis-Related-Groups (DRGs) – Anästhesie – Intensivmedizin

Keywords

Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Anaesthesia – Intensive Care Medicine

Tabelle 1

Entwicklung der Anzahl der DRGs seit Einführung des DRG-Systems.

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------|------|------------|------------|-----------|-------------|------------|------------|-----------|-----------|
| DRGs gesamt | 664 | 824 (+160) | 878 (+54) | 954 (+76) | 1082 (+128) | 1137 (+55) | 1192 (+55) | 1200 (+8) | 1194 (-6) |
| DRGs bewertet | 642 | 806 (+164) | 845 (+39) | 913 (+68) | 1036 (+123) | 1090 (+54) | 1147 (+57) | 1155 (+8) | 1151 (-4) |
| DRGs unbewertet | 22 | 18 (-4) | 33 (+15) | 41 (+8) | 46 (+5) | 47 (+1) | 45 (-2) | 45 | 43 (-2) |
| Basis-DRGs | 411 | 471 (+60) | 614 (+143) | 578 (-36) | 593 (+15) | 604 (+11) | 609 (+5) | 593 (-16) | 594 (+1) |

fahren 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. Für das Jahr 2011 wurden vom InEk knapp 450 Diagnosen untersucht, und es konnten 27 Diagnosen ermittelt werden, deren CCL-Werte aufwandsgerecht angepasst wurden. Dies führt zur Streichung von 10 Kodes, wohingegen 11 Kodes in die Matrix aufgenommen werden, die 2011 CCL-relevant und potenziell schweregradsteigernd sein können. Jeweils 3 Kodes wurden auf- bzw. abgewertet.

An der Funktion „Globale Funktionen“, um komplexe und aufwändige Fälle sachgerecht darzustellen, wurde nichts verändert. Diese Funktion bleibt wichtiger Bestandteil des Systems, um bestimmte Sachverhalte weiterhin MDC-übergreifend in den Gruppierungsalgorithmus eingebunden werden können.

Die Darstellung der DRG-Logiken im Definitionshandbuch wird dieses Jahr beibehalten.

Nachdem 2004 erstmals Zusatzentgelte (ZE) eingeführt wurden, ist ihre Anzahl mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems stetig gestiegen. Im Jahr 2011 erhöht sich die Zahl der Zusatzentgelte auf 146. Davon werden 82 Zusatzentgelte bundeseinheitlich bewertet. 64 Zusatzentgelte sind definiert, konnten aber bislang nicht sachgerecht kalkuliert werden und müssen daher krankenhaushausindividuell vereinbart werden. Bei

den Zusatzentgelten lassen sich vier Leistungskomplexe identifizieren:

- teure Medikamente (inkl. Blutprodukte)
- teure Sachmittel
- diagnostische Verfahren
- therapeutische Verfahren.

Die Entwicklung der Zusatzentgelte nach Leistungskomplexen ist in Tabelle 2 dargestellt.

Inhaltlich neu definierte Zusatzentgelte 2011 sind beispielsweise die „Gabe von Sitaxentan, oral“ (ZE 2011-83) oder der „medikamentenfreisetzung Ballon an Koronargefäßen“ (ZE 2011-87).

Einige Zusatzentgelte aus dem Jahr 2010 sind nicht mehr im Katalog enthalten. So wurde zum Beispiel das ZE91 „Gabe von Oxaliplatin“ gestrichen. Grund hierfür ist der deutliche Preisverfall des Medikamentes.

Dieses Jahr wurden ca. 90 angefragte Methoden / Leistungen aus dem NUB-Verfahren für die sachgerechte Abbildung im DRG-System 2011 analysiert. So konnten nach Prüfung 8 Methoden / Leistungen mit Status 1 als Leistung in das G-DRG-System überführt werden. Von diesen 8 Methoden / Leistungen

konnten 3 Medikamente (2 unbewertet / 1 bewertet) und 4 Verfahren (unbewertet) als Zusatzentgelt integriert werden. In die Klassifikation integriert wurden 2 NUB-Leistungen, und 2 NUBs führten zu einer Aufwertung innerhalb des G-DRG-Systems. Beispiele sind die Integration der „AB0-inkompatiblen Organtransplantation“ als DRG oder die Überführung des NUB „Sitaxentan“ in ein unbewertetes Zusatzentgelt.

Die Fachgebiete, die bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems 2011 besonders berücksichtigt wurden, waren: Intensivmedizin, akuter Querschnitt, Pädiatrie, Gefäßoperationen bei Diabetes mellitus 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. Des Weiteren sind anästhesiologisch bedingte schweregradsteigernde Nebendiagnosen, wie z.B. die „schwierige oder misslungene Intubation“ (ICD 10-GM: T88.4) nach Vorgabe der DKR zu erfassen und zu kodieren.

Die perioperative Schmerztherapie ist in die jeweilige Fallpauschale kalkuliert und nicht erlösrelevant.

Palliativmedizinisch behandelte Fälle sind über viele DRGs verteilt und unterscheiden sich hinsichtlich der Verweildauer und dem notwendigen Aufwand zum Teil erheblich. Daher konnten von

Tabelle 2

Zahl der Zusatzentgelte nach Leistungskomplex.

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Medikamente | 1 | 31 | 39 | 53 | 57 | 62 | 73 | 75 |
| Sachmittel | 12 | 25 | 25 | 23 | 27 | 30 | 31 | 31 |
| Diagnostische Verfahren | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Therapeutische Verfahren | 13 | 15 | 18 | 28 | 30 | 34 | 38 | 38 |
| Gesamt | 26 | 71 | 83 | 105 | 115 | 127 | 143 | 146 |

2007 bis 2010 palliativmedizinische Einheiten mit mindestens fünf Betten befristet aus dem pauschalierten Entgeltssystem herausgenommen werden. Bis 2009 war, obwohl die Behandlungsepisoden mit entsprechenden OPS-Kodes abbildbar waren, nur ein Zusatzentgelt kalkuliert. Im System 2010 wurden innerhalb des ZE 60 drei differenzierte Beträge entsprechend der jeweiligen OPS-Kodes kalkuliert. Zur Kalkulation der ZE für 2011 stand dem InEK eine bessere Datenbasis mit deutlich mehr Fällen aus mehr Kliniken zur Kalkulation zur Verfügung. Bei unveränderter Kalkulationsmethodik ergab sich für 2011 eine geringe Erhöhung des Betrags für die zwei ZE bis 20 Behandlungstage und eine geringe Absenkung des Betrags für das ZE ab 21 Behandlungstagen.

Intensivmedizin

Die Weiterentwicklung der Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorgter Patienten war auch 2011 einer der wesentlichen Schwerpunkte.

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

Gemessen an den Umbauten der Vorjahre gibt es im Bereich der Intensivmedizin in der G-DRG-Version 2011 wenige, aber bedeutsame 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 Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score)
- Einbeziehen der ab 2008 erstmals gültigen Codes 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 2011 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter Lösungen dar.

Über Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren wurde ein Umbau der DRG A36Z erarbeitet. Die A36Z wurde geschaffen, um Fälle mit hochaufwendiger Intensivtherapie ohne Langzeitbeatmung in allen MDC sachgerecht abzubilden. Extrem kostenauffällig waren Fälle mit Graft-vs-host-disease in der DRG A36Z. Auf der anderen Seite waren hochaufwendige Fälle mit Graft-vs-host-disease und komplizierende Konstellationen in der DRG A61Z untervergütet, so dass 2011 ein Split der A36Z mit der Bedingung „ab 1.657 Aufwandspunkten oder bei Versagen und Abstoßung eines Transplantats hämatopoetischer Zellen“ in die DRG A36A und weniger aufwendiger

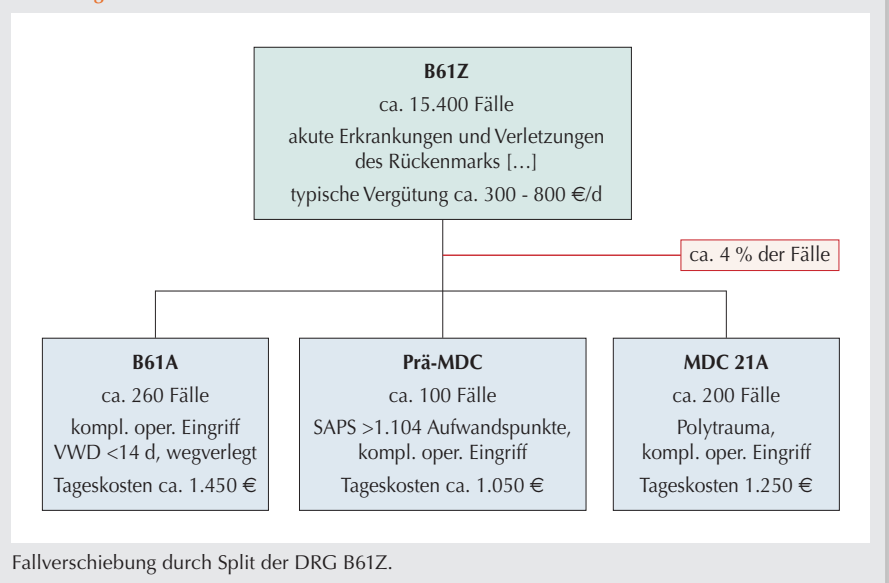
Fälle in die DRG A36B erfolgt. Ebenso erfolgt eine Zuordnung aufwendiger Fälle aus der DRG A61Z in die A36B. Wenig aufwendige Fälle verbleiben in der DRG A61Z.

„Akuter Querschnitt“

Die Notwendigkeit der Bearbeitung der unbewerteten DRG B61Z „akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks [...]“ ergab sich aus dem Problem von nicht auf die Versorgung querschnittsgelähmter Patienten spezialisierter Krankenhäuser. Das Problem stellte hierbei die Akutversorgung mit Anfall entsprechend hoher Behandlungskosten pro Tag dar und die Schwierigkeiten, diese unbewertete DRG bei den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern differenziert verhandelt zu bekommen. Aus dem Vorschlagsverfahren ergaben sich Hinweise auf eine notwendige Differenzierung bzw. Ausgliederung beatmeter und polytraumatisierter Fälle aus der B61Z.

Das Ergebnis für 2011 ergibt, dass Fälle mit Polytrauma und komplexer OR-Prozedur sowie Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung >1.104 Aufwandspunkten und komplexer OR-Prozedur aus der B61 ausgeschlossen werden und in den Beatmungs-DRGs der prä-MDC sowie in der MDC 21A

Abbildung 1



Fallverschiebung durch Split der DRG B61Z.

(Polytrauma) abgebildet werden. Ein Beispiel komplexer OR-Prozedur ist die „offene Reposition der Wirbelsäule mit Osteosynthese durch ein Fixateur internes System“. Des Weiteren erfolgt ein Split der B61Z in die bewertete DRG B61A „bestimmte akute [...] Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff [...] und die unbewertete DRG B61B.

In der B61A werden Fälle mit hochaufwendigem Trauma und hohen Tageskosten abgebildet.

Die Eingruppierung ergibt sich aus

- komplexem operativem Eingriff
- Verweildauer <14 Tage und
- Entlassgrund „wegverlegt“.

Alle anderen Fälle und auch Fälle, bei denen eine Komplexbehandlung bei Querschnittslähmung > 99 Tage durchgeführt wird, verbleiben in der B61B (unbewertet). Die Neuverteilung und Kostenstruktur dieser Fälle zeigt Abbildung 1.

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.

Ein Versuch, Extremkostenfälle sachgerecht abzubilden, ist mit dem oben beschriebenen Umbau der DRG A36Z geschehen. Weitere Anpassungen erfolgen, z. B. die Erweiterung des Multiviszeralergriffes bei gynäkologischen Patientinnen um Zwerchfelleingriffe, Aufwertung der Diagnosen für bestimmte Organversagen bzw. -komplikationen in der MDC 07, Aufwertung von Schilddrüseneingriffen mit Sternotomie und der Berücksichtigung der Vakuumtherapie bei Polytrauma. 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.

Zusammenfassung

Im ICD und OPS gibt es 2011 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. Die Kodierung CCL-relevanter Diagnosen, wie zum Beispiel „schwierige Intubation“ (T88.4), „multiresistenter Erreger“ (U80.6, U80.7), „Blutungsanämie“ (D62) oder „Heparin-induzierten Thrombozytopenie Typ 2“ (D69.53), sollte in der täglichen Routine nicht vergessen werden.

Im Bereich der Intensivmedizin ist z.B. durch die verbesserte Abbildung des akuten Querschnitts in der prä-MDC bzw. MDC 21A eine sachgerechte Vergütung erreicht.

Hier zeigt sich, dass die Teilnahme am Vorschlags- bzw. NUB-Verfahren sinnvoll und zur sachgerechten Abbildung unseres Fachgebiets unbedingt notwendig ist.

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 2011 zur Verfügung, der Ihnen wieder einen (fast) vollständigen Überblick über alle relevanten Änderungen bietet.

Neuigkeiten rund um das Thema DRG finden Sie auch auf der neu gestalteten Seite des Referats Krankenhausmanagement unter www.bda.de. Hier erhalten Sie aktuelle Informationen (z.B. zu Vorschlagsverfahren, Terminen) und Muster-Anträge für das NUB-Verfahren.

Downloads für weitere Informationen:

www.g-drg.de

G-DRG-Katalog Version 2011,
Deutsche Kodiervorschriften 2011
Abschlussbericht G-DRG-System 2011

www.dimdi.de

ICD 10 Version 2011,
OPS 301 Version 2011

www.bda.de

Erklärung und Kodiervorschrift
OPS 8-980

www.dgai.de

und Fachkommentar DRG 2011

Korrespondenz- adresse



Dr. med. Hendrik Mende

Medizincontrolling &
Qualitätsmanagement
Regionale Kliniken Holding GmbH
Posilipostraße 4
71640 Ludwigsburg, Deutschland
Tel.: 07141 99 60100
Fax: 07141 99 60119
E-Mail:
hendrik.mende@verbund-rkh.de

BDA BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
ANÄSTHESISTEN

Ab Ende Januar
zu beziehen

DRG Fachkommentar 2011

Roritzerstraße 27, 90419 Nürnberg, Fax: 0911 3938195

[http://www.bda.de/downloads/
19_bestellschein-drg-fachkommentar.pdf](http://www.bda.de/downloads/19_bestellschein-drg-fachkommentar.pdf)

www.bda.de