

## G-DRG-Version 2016 – Its impact on our specialty

H. Mende<sup>1</sup> · D. Olenik<sup>2</sup> · A. Schleppers<sup>3</sup>

- 1 Klinik für Neurologie, Neurophysiologie, Frührehabilitation und Schlafmedizin, Neurologische Intensivstation  
Klinikum Christophsbad, Göppingen
- 2 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin,  
Universitätsmedizin Mannheim
- 3 Ärztlicher Geschäftsführer Berufsverband  
Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

### Downloads für weitere Informationen:

**www.g-drg.de**

G-DRG-Katalog Version 2016  
Deutsche Kodierrichtlinien 2016  
Abschlußbericht G-DRG-System 2016

**www.dimdi.de**

ICD 10 Version 2016,  
OPS Version 2016

**www.bda.de**

Erklärung und Kodiervorschrift  
OPS 8-980

**www.dgai.de**

und  
Fachkommentar DRG 2016

### Interessenkonflikt:

Der Autor H. Mende versichert, dass die Präsentation des Themas unabhängig ist und kein Interessenkonflikt besteht.

### Schlüsselwörter

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

### Keywords

Diagnosis-Related Groups (DGRs) – Super-SAPS – Anaesthesia – Intensive Care Medicine

### Zusammenfassung

Der DRG-Katalog 2016 enthält nur moderate Anpassungen der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte. Es stehen nun 1.220 DRGs und 170 Zusatzentgelte zur Verfügung. Schwerpunkte in der klassifikatorischen Weiterentwicklung waren insbesondere die Bereiche Intensivmedizin, Extremkosten, Behandlung von Kindern und der Abbau von Konfliktpotenzial bei der Kodierung.

Gemessen an den Veränderungen der letzten Jahre ergeben sich 2016 nur wenige, aber zum Teil bedeutsame Neuerungen für unser Fachgebiet. Um auch im Jahr 2016 unser Fachgebiet leistungsgerecht im DRG-System darstellen zu können, müssen die Änderungen der Kodiervorschriften in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

### Summary

The DRG-2016 catalogue contains only moderate adjustments of DRGs and additional fees. There are now 1,220 DRGs and 179 additional charges available. Priorities in the development of classificatory were particular areas of intensive care, extreme costs, treatment of children and the reduction of conflict potential in the encoding.

As measured by the changes during the past few years only sparse innovations result from this year's DRG-catalogue for our specialty. In order to be able to represent our area of expertise in the DRG system according to our performances in

## G-DRG-Version 2016 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet

2015 as well, the changes of this year's system must be taken into our documentary routine.

### Einleitung

Die jährliche Weiterentwicklung der stationären Krankenhausvergütung hat inzwischen die dreizehnte DRG-Version gebracht. Die jährliche Überarbeitung ergab im Entwurf des DRG-Katalogs 2016 erneut moderate Änderungen in den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten.

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) haben sich am 01.10.2015 auf das Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 verständigt.

Die aktuelle Version des ICD-10- und des OPS-Katalogs wurden im Oktober 2015 veröffentlicht. Die Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG zeigt weiterhin einen Rückgang der mittleren Verweildauer. Diese beträgt nun auf der Datenbasis des Jahres 2014 für Hauptabteilungen 6,33 Tage (2013: 6,47 Tage).

Die erforderliche Leistungsdifferenzierung erfolgte auch in diesem Jahr. Die Überarbeitung der DRG-Systematik führt 2016 zu einem geringen Anstieg der DRG-Anzahl. Die Zahl der Basis-DRGs blieb stabil auf dem Niveau der Vorjahre (Tab. 1).

Die Bewertungsrelationen des DRG-Katalogs 2016 wurden erneut so justiert,

**Tabelle 1**

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>DRGs gesamt</b>	664	824 (+160)	878 (+54)	954 (+76)	1082 (+128)	1137 (+55)	1192 (+55)	1200 (+8)	1194 (-6)	1193 (-1)	1187 (-6)	1196 (+9)	1200 (+4)	1220 (+20)

dass der effektive Gesamt-Casemix auf Bundesebene bei identischer Datenlage durch den Katalogwechsel nur unwesentlich verändert wird.

Die DRG-Version 2016 zeichnet sich durch eine weitere Systemverbesserung aus. Beispiele hierfür sind die klassifikatorische Überarbeitung verschiedener Bereiche, wie z.B. der Extremkosten, der Abdominalchirurgie, der Kinderheilkunde, der Intensivmedizin, der Zusatzentgelte, der Gerinnungsfaktoren und des „Super-SAPS“, sowie erneut die Auflösung streitbefangener Konstellationen. Es werden 2016 erneut weitere Zusatzentgelte geschaffen 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. Die Methodik der Überarbeitung der CCL-Matrix wurde 2013 geändert. Die Bewertung von Nebendiagnosen erfolgte spezifischer, d.h. globalere Änderungen (Zeilenverschiebungen in der CCL-Matrix) wurden durch DRG-spezifische Anpassungen abgelöst. Dieses Vorgehen wurde 2014 weiterverfolgt und zum Beispiel das Vorhandensein einer inhaltlichen Nähe bestimmter Diagnosen zum typischen DRG-Inhalt oder Kodierbesonderheiten (streitbefangene Kodierung) untersucht.

Die Auswirkungen des umfangreichen Umbaus der CCL-Matrix des Jahres 2014 (Änderung der PCCL-Formel) waren erst mit den dem DRG-Jahr 2016 zugrunde liegenden Daten des Jahres 2014 auswertbar und beurteilbar. Mit dem Ziel, Fälle mit äußerst schwerem CCL stärker zu differenzieren, wurde vom InEK die Berechnungsformel des pCCL erneut geändert. Damit wurden drei neue

Schweregrade geschaffen. Statt des bisher maximal zu erreichenden PCCL von 4 (äußerst schwere CC) sind durch die Änderung der Berechnungsformel nun PCCL-Werte von 4 (äußerst schwere CC), 5 oder 6 (schwerste CC) möglich. Laut InEK gibt es bei Fällen mit einem PCCL bis 3 (errechneter PCCL <3,5) keine Änderungen. Mit dieser Anpassung wurden neue Splitbedingungen möglich. Sie wurden nach Angaben des InEK in 10 besonders geeigneten Basis-DRGs (z.B. A11, B02, E02, ...) implementiert. Dies führt zu einer deutlichen Verbesserung der Vergütung für einige teure Fälle. Abzuwarten bleibt, ob die Einführung des „schwersten CC“ eine Option als Kostentrenner darstellt und sich damit etabliert.

Die CCL-Matrix wurde nur bei deutlichen Auffälligkeiten überarbeitet, zum Beispiel bei stark unterschiedlichem Kodierverhalten oder Schiefen einzelner Diagnosen. So wurden für 2016 624 Diagnosen aus dem Vorschlags- und Anfrageverfahren untersucht. Darüber hinaus wurden vom InEK weitere 2.000 Diagnosen überprüft. Die Folge dieser Überprüfung war ein umfangreicher Umbau des PCCL-Systems mit über 1.800 veränderten Diagnosen. Eine Einschätzung, welche Folgen diese Änderungen der Schweregradsystematik in Kombination mit der Änderung der CCL-Berechnungsformel mit Einführung der „schwersten CC“ haben werden, wird erstmals im DRG-Katalog 2018 möglich sein, wenn die Kalkulationsdaten der Jahre 2016/2017 vorliegen. Für 2016 erfolgten 1.694 Abwertungen und 122 Aufwertungen. Neu aufgenommen wurden 12 Diagnosen. Eine Zusammenfassung der Änderung an der CCL-Matrix 2014 bzw. 2016 zeigt Abbildung 1.

**Abbildung 1**

Veränderungen in der CCL-Matrix 2014/2016.

	2014	2016
<b>Anzahl untersuchter Diagnosen</b>	<b>ca. 1.240</b>	<b>ca. 2.600</b>
Abwertungen	1.098	1.694
Aufwertungen		122
Streichungen	0	0
Neuaufnahmen	58	12
<b>Summe</b>	<b>1.156</b>	<b>1.828</b>

An der Funktion „Globale Funktionen“, um komplexe und aufwendige Fälle sachgerecht darzustellen, wurde nichts verändert. „Globale Funktionen“ bestehen meist aus Listen von Codes für Diagnosen und/oder Prozeduren, die bei verschiedenen MDCs oder DRGs unterschiedliche Relevanz haben. Aufwendige Fälle können über Kode-Kombinationen identifiziert und bewertet werden. Diese Funktion bleibt weiterhin wichtiger Bestandteil des Systems, um bestimmte Sachverhalte MDC-übergreifend in den Gruppierungsalgorithmus einbinden zu können. Im DRG-System 2004 wurde mit 2 globalen Funktionen begonnen (Geburtsgewicht, OR-Prozedur ohne Bezug). 2016 sind wie voriges Jahr 21 globale Funktionen eingesetzt.

Die Zahl der Zusatzentgelte (ZE) hat sich 2016 um 9 auf 179 erhöht. Die Entwicklung der Zusatzentgelte ist in Tabelle 2 dargestellt. Dieses Jahr wurden aus den NUB-Verfahren mit Status 1 bzw. 4 für die sachgerechte Abbildung im DRG-System 2016 8 als neue Zusatzentgelte definiert.

Tabelle 2

Entwicklung der Anzahl der Zusatzentgelte.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Gesamt</b>	26	71	83	105	115	127	143	146	150	156	159	170	179

### Relevante Änderungen des G-DRG Katalogs 2016, des OPS-, 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.

Die perioperative Schmerztherapie (8-919) 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. Im System 2010 wurden innerhalb des ZE 60 drei differenzierte Beträge entsprechend den

jeweiligen OPS-Codes kalkuliert. Zur Kalkulation der ZE für 2016 stand dem InEK erneut eine breitere Datenbasis mit deutlich mehr Fällen aus mehr Kliniken zur Kalkulation zur Verfügung. Bei unveränderter Kalkulationsmethodik ergab sich für 2016 ein deutlich geringerer Betrag für das ZE 60 sowie eine Erlössteigerung für das ZE 145.

Der Code 8-98e.ff für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung führt in das Zusatzentgelt ZE 145. Das Ergebnis dieser Analyse und die Bewertung der beiden palliativmedizinischen Zusatzentgelte zeigt Tabelle 3.

#### Intensivmedizin

Die Weiterentwicklung der Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorgter Patienten war auch 2016 einer der wesentlichen Schwerpunkte.

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

#### „Intensivmedizinische Komplexbehandlung und Super-SAPS“

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)
- Etablierung intensivmedizinisch bedeutsamer Zusatzentgelte

Tabelle 3

ZE 60 palliativmedizinische Komplexbehandlung und ZE 145 spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung.

		Betrag in Euro						Differenz zum Vorjahr 2015 vs. 2016	
Zusatzentgelt		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Absolut (€)	Relativ (%)
ZE 60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung; Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.334	1.339	1.273	1.274	1.218	1.134	-84	-6,8
ZE 60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung; Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	2.124	1.962	1.756	1.621	1.547	1.358	-189	-12,2
ZE 60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung; Mindestens 21 Behandlungstage	3.310	3.433	2.760	2.603	2.442	2.330	-112	-4,5
ZE 145.01	Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung; Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage				1.572	1.508	1.507	-1	-0,1
ZE 145.02	Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung; Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage				1.906	1.772	1.797	+25	+1,4
ZE 145.03	Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung; Mindestens 21 Behandlungstage				3.220	3.055	3.145	+90	+2,9

- 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 im Grundsatz alle als weiterhin geeignet zur sachgerechten Abbildung der Intensivmedizin gezeigt. Die für 2016 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter und neuer Lösungen dar.

2014 gab es einen systematischen Umbau im Bereich Intensivmedizin. Die Trennschärfe bzw. die Abbildung hochaufwendiger intensivmedizinisch versorgter Fälle für den kostenintensiven Bereich der Intensivmedizin konnte für 2014 deutlich verbessert werden. Die Analyse der bisherigen Kostentrenner (Beatmungsstunden, TISS/SAPS-Aufwandspunkte, komplexe Prozeduren etc.) hat gezeigt, dass deren Kombination deutlich trennschärfer ist, als es die Parameter einzeln betrachtet sind. Dies führt auch 2016 dazu, dass in den „Beatmungs-DRGs“ A07, A09, A11 und A13 Fälle mit einer bestimmten Anzahl an Aufwandspunkten der intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit einer geringeren Anzahl an Beatmungsstunden in eine höher bewertete „Beatmungs-DRG“ eingruppiert werden. So kann die DRG A09C entweder mit >499 Beatmungsstunden und diverser komplizierender Konstellation/Prozeduren oder mit >249 Beatmungsstunden und der Prozedur Intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 2.353/1.932/2.209 Aufwandspunkten erreicht werden.

Die Bemühungen von BDA, DGAI und DIVI um eine sachgerechte Vergütung komplexer Intensivbehandlung führten 2013 zur Aufnahme der Leistungsziffer **8-98f.\* „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“** zur Dokumentation hochaufwendiger intensivtherapeutischer Leistungen in den OPS-Katalog. Dieser OPS darf anstelle der

8-980.\* verwendet werden, wenn die umfangreichen Strukturvoraussetzungen hinsichtlich der rund um die Uhr verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, der klinischen Konsiliardienste und der personellen Voraussetzungen erfüllt sind (siehe [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de), unter „Klassifikationen“).

Für 2015 besaß dieser Code erstmals Entgeltrelevanz.

2016 wurde laut InEK insbesondere die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung umfassend untersucht. Das Ergebnis waren zahlreiche Änderungen. Diese Änderungen betreffen nicht nur die Prä-MDCs, sondern auch DRGs in anderen MDCs. In verschiedenste Basis-DRGs wurde die intensivmedizinische Komplexbehandlung als Gruppierungsmerkmal eingeführt.

- Die **Komplexbehandlung bei Besiedelung mit multiresistenten Erregern (MRE)** ist mit dem OPS 8-987.ff kodierbar und war bislang ab einer Dauer von 7 Behandlungstagen gruppierungsrelevant in 7 MDCs. 2016 ist die Kodierung dieser Codes in einer Vielzahl von MDCs relevant. Bislang sind jedoch nicht alle MDCs bezüglich einer Gruppierungsrelevanz berücksichtigt. Wünschenswert wäre für die Problematik der MRE ein Zusatzentgelt für die Komplexbehandlung, da die MRE unabhängig von der MDC auftreten und somit im Sinne des Systems die Voraussetzungen eines ZE erfüllen.
- Zur Abbildung von Isolierungen bei nicht multiresistenten Erregern wie Clostridien, Noroviren und Tuberkulose wurde ein neuer OPS eingeführt: **8-98.g Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern**. Inwieweit dieser Code zukünftig entgeltrelevant sein wird, kann zur Zeit noch nicht abgeschätzt werden.

#### **Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren**

Das seit Einführung des G-DRG-Systems etablierte Zusatzentgelt ZE20XX-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerin-

nungsfaktoren wurde 2013 durch zwei verschiedene Zusatzentgelte ersetzt: das extrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20xx-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren und das intrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20xx-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren. Beide bleiben auch 2016 unverändert erhalten.

Wie bisher sind beide Zusatzentgelte durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosecodes definiert. Unter das Zusatzentgelt ZE20xx-97 **Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren** fallen Fälle mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen.

Für Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen kann dagegen das Zusatzentgelt ZE20xx-98 **Gabe von Blutgerinnungsfaktoren** geltend gemacht werden.

Für das Jahr 2016 gilt weiterhin der Schwellenwert in Höhe von 9.500 € für die **Summe** der zur Behandlung verwendeten Blutgerinnungsfaktoren. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.

Ab dem DRG-Katalog 2016 sollte der Schwellenwert auf Grundlage der InEK-Kalkulation festgelegt werden. Laut Auskunft des InEK war auf Basis der vorliegenden Daten eine sachgerechte Kalkulation zur Änderung des Schwellenwerts nicht möglich. Ab dem DRG-Katalog 2017 soll der Schwellenwert auf Grundlage der InEK-Kalkulation festgelegt werden.

Im ICD-Katalog gibt es zwei für unser Fachgebiet **relevante Neuerungen**, mit denen typische Komplikationen intensivpflichtiger Patienten abgebildet werden können. So kann die Enterokolitis durch Clostridium difficile (A04.7-) nun nach Vorhandensein eines Megakolons und Organkomplikationen differenziert werden. Mit dem neuen Code R19.80 kann das abdominelle Kompartmentsyndrom explizit verschlüsselt werden.



### Zusammenfassung

Im ICD und OPS gibt es 2016 nur wenige, aber wichtige Änderungen für unser Fachgebiet. Es hat weitere Änderungen (Abwertung, Aufwertung und Streichungen von Codes) in der CCL-Matrix gegeben, um Nebendiagnosen aufwandsgerechter darstellen zu können und einige streitbehaftete Konstellationen zu beseitigen.

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 Februar den DRG-Fachkommentar 2016 zu Verfügung, der Ihnen wieder einen (fast) vollständigen Überblick über alle relevanten Änderungen bietet.

### Korrespondenz- adresse



**Dr. med.  
Hendrik Mende**

Klinik für Neurologie, Neurophysiologie, Frührehabilitation und Schlafmedizin, Neurologische Intensivstation, Klinikum Christophsbad Göppingen  
Faurndauer Straße 6-28,  
73035 Göppingen, Deutschland

E-Mail:  
hendrik.mende@christophsbad.de