

G-DRG-Version 2005 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet*

G-DRG-Version 2005 – Its impact on our specialty

J. Martin¹ und A. Schleppers²

¹ Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie (Chefarzt: Prof. Dr. M. Fischer)

² Institut für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus van Ackern)

Zusammenfassung: Erstmals konnten sich die Spitzenverbände der Selbstverwaltung am 16.09.2004 auf den G-DRG-Katalog Version 2005 sowie die Deutschen Kodierrichtlinien einigen. Die Zahl der DRGs beträgt nun 878. Eine höhere Gewichtung der Prozeduren führt zu einer besseren Darstellung der erbrachten Leistungen. Während die Anästhesie weiter in dem operativen Eingriff abgebildet wird, gibt es erhebliche Änderungen in den OPS-301-Kodierungen der Schmerztherapie. Die größte Modifikation ist in der Intensivmedizin mit der Einführung der „Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ festzustellen. Um auch im Jahr 2005 unser Fachgebiet leistungsgerecht in dem DRG-System darzustellen, müssen die Änderungen in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

Summary: On 16.09.2004 the leading bodies of the autonomous administration were able to agree, for the first time, on the G-DRG Version 2005 and the German coding guidelines.

Einleitung

Im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems konnten sich erstmals die Spitzenverbände der Selbstverwaltung für das Jahr 2005 am 16.09.2004 auf den Fallpauschalenkatalog inklusive aller Anlagen, wie Abrechnungsbestimmungen der Zuschläge für Begleitpersonen und die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) einigen.

Strittig bleiben die:

- Ausbildungsstätten- und Ausbildungsvergütungen
- Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte
- „Besondere Einrichtungen“
- „NUB“-Regelungen, Abschläge für Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, Sicherstellungszuschlag.

Hierzu ist der Gesetzgeber aufgefordert, eine Ersatzvorkehrung vorzunehmen.

Die wesentlichen Merkmale des neuen DRG-Kataloges:

1. Die Anzahl der DRGs steigt von 824 im Jahr 2004 auf 878 im Jahr 2005.
2. Die Spannweite zwischen der niedrigsten und der höchsten Bewertungsrelation beträgt nun 57,633.
3. Für das Jahr 2005 sind bis zu 7 Schweregrade (a - g) vorgesehen.
4. Die Schweregradifferenzierungen bei ähnlichen medizinischen Sachverhalten werden vermehrt über Z-DRGs abgebildet. Dadurch verliert die Nebendiagnose zugunsten der Prozeduren an Bedeutung.

Auch wird 2005 der Zusatzentgeltkatalog geändert. Die Anzahl der Zusatzentgelte (ZE) ist stark erhöht worden. Für

The number of DRGs now included is 878. A higher weighting of the procedures results in an improved presentation of the performances delivered. While anaesthesia continues to be an integral part of the surgical intervention (reimbursement), considerable changes have been made in the OPS 301 coding of pain therapy. The biggest modification is to be seen in intensive care medicine with the introduction of “complex intensive therapy”. To ensure that, also in the year 2005, performances in our specialty are appropriately represented within the DRG system, the changes need to be integrated into the routine documentation process.

Schlüsselwörter: G-DRG-System – Anästhesie – Intensivmedizin – Schmerztherapie

Keywords: G-DRG System – Anaesthesia – Intensive Care Medicine – Pain Therapy.

das Jahr 2005 werden 35 bundesweit einheitlich vergütete ZE gegenüber einem ZE für das Jahr 2004 ausgewiesen. Bei den krankenhausindividuellen zu vereinbarenden ZE steigt die Anzahl von 25 auf 35. Der größte Zuwachs für ZE ist für teure Medikamente und teure Sachmittel. Bei Medikamenten werden insbesondere Chemotherapeutika und Blutprodukte ausgewiesen und bepreist. Wobei die einzelnen ZE in sich nach Mengenklassen gestaffelt sind, z.B. ist das ZE 32 „Gabe von Ery-Konzentraten“ in 15 Gruppen eingeteilt (ZE 32 01 bis ZE 32 15). Dies fordert in Zukunft eine sehr genaue Erfassung von Medikamenten und Sachmitteln, die DRG-relevant über Zusatzentgelte abgerechnet werden können. Die neuen Versionen des ICD-10 und das OPS-301-Kataloges wurden am 15.08.2004 bzw. am 15.10.2004 verabschiedet und publiziert.

Relevante Änderungen des DRG-Kataloges, des OPS 301 sowie der ICD-10-Version 2005

Die **anästhesiologischen Leistungen** werden wie bisher mit dem operativen Eingriff abgegolten. Es sollten jedoch weiterhin Nebendiagnosen sowie Prozeduren durch die Anästhesie codiert werden. Wichtig ist die Dokumentation der Anzahl der Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrate (OPS 301 Ziffer 8-8000 ff).

Das Eigenblutmanagement wird weiter über die Ziffer 8-8030 bis 8-803y im OPS-Katalog codiert.

* Rechte vorbehalten.

Im OPS-Katalog können nun auch in der Ziffer 8-810 ff die Transfusion von Plasma und Plasmapbestandteilen codiert werden. Hierunter fallen neben dem Aktivierten Rekombinanten Faktor VIIa, PPSB, Antithrombin III sowie Aktiviertes Protein C. Ein Teil dieser Leistung wird durch Zusatzentgelte (ZE01 bis ZE35) direkt vergütet.

Die Änderungen in der **Schmerztherapie** beziehen sich insbesondere auf die Ziffer 8-918 „Multimodale Schmerztherapie“. Hier wurde jetzt eine Zeitkomponente eingeführt von mind. 7 Tagen bis höchstens 13 Behandlungstagen, 14 - 20 Behandlungstagen und mindestens 21 Behandlungstagen (8-918.0 bis .2). Auch wurde im OPS-Katalog eine Ziffer zur Wiederbefüllung einer implantierbaren Schmerzpumpe zur Schmerztherapie eingeführt (891a.0, 891a.1). Ebenso wurde mit der Ziffer 1-910 bis 1-912 der Aufwand zur multidisziplinären algesiologischen Diagnostik in der OPS-301-Version 2005 eingeführt.

In die komplexe „Akutschmerzbehandlung“ OPS (8-919) wurde nun neben den kontinuierlichen Regionalverfahren auch die patientenkontrollierte Analgesie berücksichtigt.

Gravierende Änderungen ergeben sich in der **Intensivmedizin**. Im OPS-Katalog wurde die Ziffer 8-718 „Dauer der maschinellen Beatmung“ komplett gestrichen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Beatmungszeit nicht dokumentiert werden muss, sondern sie geht nun direkt als Rohwert in den Grouper zur DRG-Bestimmung ein. Bei den Beatmungs-DRGs (A06 bis A13) wurden nun verschiedene Schweregrade eingeführt. So wird zum Beispiel A06A „Beatmung > 1.799 Stunden mit komplexer OA-Prozedur (Operativer Prozedur) oder Polytrauma“ mit einem Relativgewicht von 52,586 bewertet, während A06B „Beatmung > 1.799 Stunden ohne komplexe operative Prozedur und ohne Polytrauma“ mit 37,508 bewertet wird. Auch sind in den Sonderentgelten ZE01 - ZE35 zahlreiche intensivmedizinische Leistungen abgebildet. Insbesondere werden kostenintensive Medikamentengaben mit einem festen Zusatzentgelt dargestellt. Ebenso werden mit den individuellen Zusatzentgelten (ZE) 2005-1 bis ZE 2005-36 zahlreiche intensivmedizinische Leistungen abgebildet, die krankenhausesindividuell verhandelt werden müssen.

Die weitest reichende Änderung wird mit der OPS-Ziffer 8-980 „Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)“ eingeführt. Mit der Einführung dieser Ziffer wurde der Forderung der DIVI-Rechnung getragen, eine sachgerechte Vergütung komplexer intensivmedizinischer Behandlung zu ermöglichen. Die Grundvoraussetzung zur Dokumentation des OPS 8-980 sind die Strukturkriterien. Es muss eine kontinuierliche 24-Stunden-Überwachung und Akutbehandlungsbereitschaft durch ein in der Intensivmedizin erfahrenes Team von Pflegepersonal und Ärzten

gewährleistet sein. Die ständige ärztliche Anwesenheit ist erforderlich. Der Code darf nicht bei Intensivüberwachung und kurzfristiger Intensivtherapie < 24 Stunden angewendet werden. Die Aufwandspunkte werden als Summe aus dem täglich bestimmten Schweregrad-Score SAPS II (ohne Glasgow-Coma-Scale) (1) sowie 10 besonders aufwendigen TISS 28 (2) Werten ermittelt. Diese werden wie die Beatmungsstunden über die Krankenhausbehandlungsdauer kumuliert und als 1 Code weiter gegeben. Der Code hat derzeit noch keine Vergütungsrelevanz, dient jedoch zur Kalkulation und Weiterentwicklung des DRG-Systems durch das InEK. Dieser Code wird frühestens ab 2007 abrechnungsrelevant.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass mit der Verabschiedung des G-DRG-Kataloges Version 2005 ein Schritt in Richtung leistungsgerechte Vergütung getan wurde. Insbesondere Schwerpunktkrankenhäuser und Maximalversorger werden durch diese Höhergewichtung von Prozeduren im Gegensatz zu Diagnosen verbessert abgebildet werden. Auch unser Fachgebiet muss sich insbesondere in den Bereichen Schmerztherapie und Intensivmedizin auf die neuen Kodiervorschriften einstellen, um einen leistungsgerechten Erlös für die Klinik zu erwirtschaften.

Downloads für weitere Informationen

www.g-drg.de	G-DRG-Katalog Version 2005, Deutsche Kodiervorschriften 2005
www.dimdi.de	ICD 10 Version 2005, OPS 301 Version 2005
www.bda.de www.dgai.de	Erklärung und Kodiervorschrift OPS 8-980 und Fachkommentar DRG 2005 (Rubrik: Aktuelles)

Literatur

1. LeGall J, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA 1993;270:2957-2963.
2. Miranda RD, de Rijk A, Schaufeli W. Simplified therapeutic intervention scoring system: The TISS-28 items - Results from a multicenter study. Crit Care Med 1996;24: 64-73.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Alexander Schleppers*
 Institut für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
 Universitätsklinikum Mannheim gGmbH
 Theodor-Kutzer-Ufer 1 - 3
 D-68167 Mannheim
 E-Mail: alexander.schleppers@anaes.ma.uni-heidelberg.de