

Der Weg von den Australian Refined DRGs zum German Refined DRG-System

Fortsetzung 1 *

A. Schleppers

Um den aktuellen OPS 301-Katalog in der Version 2.0 an das neue GR-DRG-System (German Refined Diagnosis Related Groups) anzupassen, sind noch eine Vielzahl von Modifikationen erforderlich. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat daher den Auftrag, im Laufe des Jahres 2001 einen neuen OPS 301-Katalog vorzustellen, der voraussichtlich ab dem 01.01.2002 den derzeit geltenden Katalog ablösen wird. Laut Aussage des DIMDI soll die neue Version ab dem 01.07.2001 bereitgestellt werden.

DGAI und BDA werden für diese Neuauflage des OPS 301 ihre Vorschläge einreichen, um die bisher nicht oder nur unzureichend repräsentierten anästhesiologischen Leistungen abzubilden.

Schon an dieser Stelle sei jedoch angekündigt, daß der Prozedurenschlüssel OPS 301 aufgrund seines hierarchischen Aufbaus schon seit längerem im Bereich der operativen Prozeduren an die Grenzen der Erweiterungsfähigkeit gestoßen ist. Nach Angabe des DIMDI soll daher mittelfristig auf ein mehrschichtiges, den Bedürfnissen der modernen Medizin angepaßtes Kodiersystem (PCS - procedure coding system) umgestiegen werden.

Für die Erweiterung des OPS 301 sollen daher nicht alle theoretisch möglichen Prozeduren in den Katalog aufgenommen werden, sondern nur die wichtigen, d.h. ökonomisch relevanten Prozeduren, die eine ökonomische Differenzierung zwischen den maximal 800 DRGs ermöglichen. Maßnahmen, die sehr häufig und bei fast jedem Patienten einer bestimmten Behandlungsgruppe durchgeführt werden, sollen auch in Zukunft keinen Eingang in die Klassifikation des OPS 301 finden. Diese Maßnahmen sollen bei der Ist-

Kalkulation der einzelnen DRGs über Umlagefaktoren berücksichtigt werden.

Dokumentation

Da es in den letzten Wochen eine Vielzahl von Anfragen bezüglich Art und Umfang der erforderlichen Dokumentation gegeben hat, werden im folgenden Antworten zu häufig gestellten Fragen zum OPS 301 Version 2.0 vorgestellt, die inhaltlich mit den Empfehlungen des DIMDI abgestimmt worden sind. Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß sich im Laufe der Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems diese Empfehlungen verändern und teilweise sogar völlig neu darstellen werden, da auch die Entscheidungsträger (DKG, DIMDI und Krankenversicherungsverbände) bei der Weiterentwicklung des neuen Vergütungssystems einer ständigen Evaluation ihrer Entscheidungen unterworfen sind.

Warum findet man viele gängige Verfahren nicht im OPS 301 wieder?

Beim OPS 301 handelt es sich um keine umfassende medizinische Prozedurenklassifikation. Es sollen vielmehr nur die Verfahren zusammengefaßt werden, die im australischen DRG-System für die Ansteuerung der DRGs und für eine Differenzierung zwischen DRGs erforderlich sind. Weiterhin wurden Maßnahmen aufgenommen, die für die Anpassung und Weiterentwicklung des DRG-Systems in Deutschland erforderlich sind.

* 1. Folgeartikel zur Publikation in Heft 2/2001 dieser Zeitschrift, Seite 112-116.

Derzeitiger Stand der Arbeiten (07.03.01)

Arbeitsschritte	Geplant bis	Voraussichtliche Fertigstellung
Übersetzung des AR-DRG - Systems in die deutsche Sprache	30.10.00	Mai 2001
Festlegung einheitlicher Kodierregelungen für das DRG - System jetzt - Anpassung der allgemeinen Kodierrichtlinien	30.11.00	April 2001 Juni 2001
- Anpassung der speziellen Kodierrichtlinien		
Kalkulation und Anpassung des Systems	30.12.00	ab Juli 2001
Vorstellung des neuen OPS 301	01.07.01	
Anwendung des neuen OPS 301	01.01.02	

Soll man diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die im OPS 301 nicht enthalten sind, mit der Restklasse "Andere...." dokumentieren?

Die Restklassen in den Kapiteln 1, 3, 8, und 9 sind nur der Vollständigkeit halber aufgeführt, da in diesen Kapiteln eine Vielzahl von Maßnahmen fehlt.

Diese Restklassen sollen nicht als Sammeltopf aller derzeit nicht eindeutig klassifizierbaren Prozeduren dienen. Nur fehlende, sehr aufwendige Verfahren sind ggf. dort abzubilden – bei der Revision des OPS 301 sollen diese Maßnahmen dann ggf. einer eigenen Klassifikation zugeführt werden. Laut Angabe des DIMDI sollen folgende Codes möglichst nicht benutzt werden:

1-999	Andere diagnostische Maßnahmen
8-159	Andere Punktionen
8-579	Andere Reha-Maßnahmen
8-659	Andere Elektrostimulation
8-919	Andere Schmerztherapie
8-999	Andere nichtoperative therapeutische Maßnahmen.

Ab wann sind ambulante Operationen im OPS 301 zu verschlüsseln?

Bis auf weiteres gilt weiterhin die Abrechnung nach EBM, eine Kodierung nach OPS 301 ist nicht erforderlich.

Wie oft je Aufenthalt muß Kode 1-100 kodiert werden?

Dieser Kode ist nur zu verwenden, wenn dem Patienten kein anderer Kode aus dem OPS 301 zugeordnet werden kann. In diesem Fall ist er einmal pro Patient und Klinikaufenthalt anzugeben.

Wie sollen Routine-EKG und Routine-Lungenfunktionsdiagnostik kodiert werden?

Laut Information des DIMDI sollen diese diagnostischen Maßnahmen nicht im OPS 301 dokumentiert werden.

Müssen diagnostische Prozeduren, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes mehrfach durchgeführt werden (CCT, Herzkatheter, Sonographie, Gastroskopie...), auch mehrfach kodiert werden?

Mehrfach durchgeführte, aufwendige (zeit-, personal- und/oder kostenintensive) Prozeduren sollten auch mehrfach dokumentiert werden.

Welches ist der Kode für Abdomensonographie?

Die Abdomensonographie soll mit dem OPS 301 nicht kodiert werden.

Wie wird die Anlage eines suprapubischen Dauerkatheters klassifiziert?

Der OPS 301-Kode lautet: 5-572.1 Zystektomie, per-kutan.

Wie können Eigenblutspenden und Autotransfusionen kodiert werden?

Diese Maßnahmen können zur Zeit im OPS 301 nicht verschlüsselt werden.

Wie sollen pflegerische Maßnahmen, z.B. Lagerungsmaßnahmen, verschlüsselt werden?

Im OPS 301 ist nur ein Kode für die Lagerungsbehandlung enthalten. Der Kode 8-390 ist nur einmal pro Klinikaufenthalt zu dokumentieren.

Wann sollen die Codes für das Patientenmonitoring (8-92 bis 8-96) zur Anwendung kommen?

Laut DIMDI sind die Codes für das Patientenmonitoring nur für Patienten mit intensivmedizinischer Behandlung anzuwenden. Die Codes müssen nur einmal pro Krankenhausaufenthalt dokumentiert werden.

Wird bei einem Patienten einer der drei Beatmungskodes angegeben, müssen die Codes 8-930 bis 8-939 nicht zusätzlich angegeben werden.

Gelten die Monitoring-Kodes auch für die postoperative Überwachung des Patienten?

Bei nicht intensivmedizinischen Patienten sind diese Codes nicht zu verwenden.

Müssen intraoperative Maßnahmen wie Monitoring, Katheteranlagen, Magensonden etc. kodiert werden?

Laut Angabe des DIMDI sollen diese Maßnahmen nicht zusätzlich zum OP-Kode verschlüsselt werden.

Was ist mit der Bezeichnung "enterale Ernährung" als Hauptbehandlung gemeint?

Die Codes für die enterale und parenterale Ernährung sind dann anzugeben, wenn es sich um die wichtigste (und teuerste) therapeutische Maßnahme bei einem Patienten handelt.

Müssen mehrfach durchgeführte nichtoperative Maßnahmen während eines stationären Aufenthaltes auch mehrfach kodiert werden?

Laut Angabe des DIMDI sollten Codes aus den folgenden Bereichen nur einmal pro Patient und Aufenthalt angegeben werden:

8-01	Applikation von Medikamenten und Nahrung
8-17	Spülung (Lavage)
8-65	Elektrotherapie und andere Elektrostimulation
8-71	Mechanische Unterstützung der Atmung
8-72	Sauerstoffzufuhr
8-77	Maßnahmen im Rahmen der Reanimation
8-91	Schmerztherapie
8-92 bis 8-96	Patientenmonitoring.

Wie aus den oben genannten Antworten zu sehen ist, können mit diesen Empfehlungen aus dem DIMDI die Aufwendungen für die Dokumentation im anästhesiologischen Bereich deutlich reduziert werden. Unabhängig von dieser DRG geprägten Auslegung der OPS-Kodierhinweise gelten jedoch für die Leistungsdokumentation auch weiterhin folgende Empfehlungen:

Berufspolitik

Soll der neue OPS 301 im eigenen Haus zur Leistungserfassung und verknüpft damit zur internen Budgetierung eingesetzt werden, ist es sinnvoll, alle Prozeduren ohne Zeitkomponente (Monitoringmaßnahmen, Dialyse etc.) einmal je 24 Stunden zu erfassen. Prozeduren, die eine spezielle einzeitige Maßnahme beschreiben (Intubation, Bülau Drainage, Kardioversion, Reanimation, Injektion an Nervenwurzeln etc.), sollten in diesem Fall mit der jeweiligen Anzahl für einen Behandlungsaufenthalt dokumentiert werden.

Es wird weiterhin die interne Weiterentwicklung einer anästhesiologischen Leistungserfassung und Berücksichtigung auch der nicht im OPS 301 enthaltenen aufwendigen Prozeduren empfohlen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Alexander Schleppers*
Referat für Gebührenfragen des BDA
Sossenheimer Weg 19
D-65843 Sulzbach.

Buchbesprechung

Schmerz bei Kindern Schmerztherapie in Arztpraxis und Krankenhaus

Peter Gutjahr (Hrsg.)
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH;
Stuttgart 2000; ISBN 3-8047-1771-3

Auch Kinder haben Schmerzen - und ein Recht auf Schmerztherapie!

Die Schmerztherapie wird auch in der Kinderheilkunde oft noch als das Stiefkind der Medizin verkannt. Die Unterschätzung des Schmerzes bei Säuglingen und Kindern gründete sich auf ungenaue Vorstellungen über die Reifung von schmerzleitenden Bahnen und das Schmerzbewußtsein.

Schmerz als subjektive Erfahrung bedarf einer subjektiven Mitteilung des Patienten. Unterbleibt diese Äußerung, da entsprechende Artikulationsmöglichkeiten des Leidenden fehlen, darf man nicht zwangsläufig davon ausgehen, daß das Problem nicht existiert. Die Annahme, daß Kinder weniger schmerzempfindlich seien als Erwachsene, führte sogar in der Vergangenheit häufig dazu, daß Operationen mit völlig unzureichender Analgesie/Anästhesie durchgeführt wurden.

Bislang gab es hierzulande kaum umfangreiche Ausführungen oder Lehrbücher über Schmerztherapie im Kindesalter. Mit der vorliegenden Monographie versucht der Herausgeber, diese Lücke zu schließen. Basierend auf langjährigen Erfahrungen von zahlreichen Autoren, konnte eine umfassende Beleuchtung der Problematik erfolgen. Schmerztherapie ist zum großen Teil Erfahrungsmedizin. Dennoch gibt es auch in diesem Fachgebiet keine fertigen Kochrezepte. Vielmehr sollen dem Leser Denkanstöße und Therapievorschläge unterbreitet werden, besonders in Hin-

sicht auf ein bestmögliches Management der jeweiligen Schmerzzustände.

Der akute Schmerz in der Kinderarztpraxis wird bis hin zum nichtorganischen Schmerz und iatrogen verursachten Schmerz besprochen. Dabei werden den ambulant tätigen Kollegen auch Hinweise zum Umgang mit chronisch Kranken gegeben. Der chronische Schmerz und dessen Therapie nach dem Drei-Stufen-Schema der WHO in seiner aktuellen Version wird dargestellt. Eine Übersicht über ambulant nutzbare Analgetika mit Dosierungshinweisen, Indikationen und Kontraindikationen runden das Kapitel ab. Dem peri- und postoperativen Schmerz, besonders unter Berücksichtigung der zunehmenden Etablierung der ambulanten Kinderchirurgie, ist ein weiteres Kapitel gewidmet.

Der Kopfschmerz, als häufigste und am besten untersuchte endogene Schmerzform wird ausführlich besprochen. Aber auch die psychosomatisch bedingten Schmerzformen und deren Therapie finden in der Monographie Berücksichtigung, ebenso wie nichtmedikamentöse Behandlungsformen. Auch wird die Schmerztherapie aus der Sicht der Pflege beleuchtet. Dem Leser wird ein umfassender Überblick über aktuelle Prinzipien und Strategien der Schmerztherapie bei Kindern vermittelt, der nahezu alle Situationen und Grenzsituationen (z.B. Schmerz beim Neugeborenen, Schmerz in der Kinderonkologie, Schmerz auf der Kinderintensivstation) erfaßt.

Meiner Meinung nach ist dieses Werk sehr gelungen und allen Ärzten und pflegerisch tätigen Kollegen im stationären und ambulanten Bereich, die sich mit Schmerzen im Kindesalter beschäftigen müssen, zu empfehlen.

J. Radke