

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

A. Schleppers

Grundlage für die Einführung des deutschen DRG – Systems (GR-DRGs), dies haben die Selbstverwaltungsorgane am 27. Juni 2000 vereinbart, ist die Systematik der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), Version 4.1 mit 409 Basisfallgruppen und insgesamt 661 ökonomisch relevanten Fallgruppen. Diese moderne Version befindet sich auf einem relativ aktuellen medizinischen Entwicklungsstand, wobei jedoch schmerztherapeutische Leistungen inadäquat abgebildet sind, und ist seit 1998 als Grundlage für Vergütungssysteme im Einsatz.

Seit Juli 2000 wird in den Selbstverwaltungsorganen die Basisadaptation des AR-DRG Klassifikationssystems (z.B. Übersetzung der Handbücher, Übertragung auf deutsche Diagnose- und Prozedurenschlüssel, Änderungen von Leistungsabbildungen auf der Grundlage deutscher Versorgungsstrukturen) erarbeitet. Um die gesetzlichen Anforderungen an ein einheitliches Vergütungssystem für alle Krankenhausfälle mit der erforderlichen Sorgfalt zu erfüllen, sind vielfältige Abstimmungen zwischen den Selbstverwaltungsorganen erforderlich, die zu einer Verzögerung von bisher ca. sechs Monaten im ursprünglichen Zeitplan geführt haben.

Zu- und Abschläge der im § 17 b KHG genannten Tatbestände

Im Spitzengespräch der Spitzenverbände der Krankenkassen, dem PKV-Verband und der DKG wurden am 15.12.2000 abschließend die Vereinbarungen über Zu- und Abschlagstatbestände konsentiert. Die detaillierten Regelungen hierzu werden in den nächsten Monaten entwickelt. Nach dieser Vereinbarung erhalten Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, einen Abschlag auf den Basisfallwert. Notfallversorgung umfaßt dabei eine Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an

Wochenenden (ggf. auch in Zusammenarbeit mit mehreren Krankenhäusern) und die Möglichkeit der Intensivüberwachung sowie der Intensivbeatmung (Intensivtherapie).

Die zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von stationären Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG nicht kostendeckend finanzierbar sind, sowie selten genutzter Einrichtungen ist im Zusammenhang mit dem Sicherstellungsauftrag und der gesundheitspolitischen Letztverantwortung der Bundesländer für die stationäre Versorgung zu sehen. Sachgerechte Kriterien zur Festlegung eines Zuschlags sind zum Beispiel Entfernung und Erreichbarkeit in Verbindung mit Leistungskriterien; diese werden von den Vertragspartnern bis zum 30.06.2001 vereinbart. Eine Konkretisierung der entsprechenden Zuschlagshöhe erfolgt spätestens bis zum 30.06.2002 u.a. auf Basis der im Rahmen des Adaptations- und Pflegeprozesses gewonnenen Erkenntnisse.

Für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BPflV wird spätestens zum 30.06.2002 eine Zuschlagsregelung mit Tagesbezug vereinbart.

Das KHG sieht die Finanzierung von Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG und Ausbildungsvergütungen vor. Soweit es die Ausbildungsstätten betrifft, gilt dies auch für die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA). Hierzu haben die Selbstverwaltungspartner gemäß § 17 b KHG Regelungen zu treffen. Auf der Landesebene bestehen aufgrund des § 17 Abs. 4 a KHG unterschiedliche Regelungen (Fonds- oder Budgetlösung). Bei einer Zuschlagsvereinbarung kann es zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Krankenhäuser mit Ausbildungsstätten kommen. Die Selbstverwaltungspartner vereinbaren deshalb, an den Bundesgesetzgeber heranzutreten und ein bundeseinheitliches Umlageverfahren einzufordern.

Derzeitiger Stand der Arbeiten

Arbeitsschritte	Geplant bis	Voraussichtliche Fertigstellung
Übersetzung des AR-DRG Systems in die deutsche Sprache	30.10.00	März 2001
Festlegung einheitlicher Kodierregelungen für das DRG System	30.11.00	
- jetzt - Anpassung der allgemeinen Kodierrichtlinien		Februar 2001
- Anpassung der speziellen Kodierrichtlinien		Mai 2001
Kalkulation und Anpassung des Systems	30.12.00	ab April 2001

Dokumentation

Für die tägliche Praxis der medizinischen Dokumentation gilt im zukünftigen GR-DRG-System jedoch ein noch weit wichtigerer Termin, der 01.01.2001. Ab diesem Stichtag greifen die erheblich verschärften Anforderungen an eine umfangreiche und vollständige medizinische Dokumentation. Die bereits 2001 erfaßten Daten nach ICD 10 und OPS 301 bilden rückwirkend die Basis bei der Berechnung des Krankenhausbudgets ab 2003.

Um die neuen Anforderungen an die medizinische Dokumentation zeitnah umsetzen zu können, wurde vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) kurzfristig eine neuer, zumindest teiladaptierter, Diagnosen- und Prozedurenkatalog erarbeitet. Mit Bekanntmachung im Bundesanzeiger vom 15.11.2000 wurden diese Kataloge in der Version 2.0 als verbindliche Grundlage der Dokumentation stationärer/teilstationärer Patientenfälle im Krankenhaus zum 01.01.2001 eingeführt. Die Dokumentation nach ICD 10 bei ambulanten Patienten, erfolgt nach wie vor mit der ICD 10 Version 1.3.

Unbedacht blieb bei diesem engen Zeitplan, daß eine offizielle Druckversion des neuen ICD-10 2.0 und des OPS-301 2.0 erst im Laufe des Januars 2001 zur Verfügung gestellt werden kann. Auch können viele Krankenhausinformationssysteme erst im Laufe der ersten drei Monate im Jahr 2001 eine Umstellung der EDV Systeme vornehmen.

Obwohl der neue Prozedurenkatalog eine Ausweitung von bisher ca. 7.000 auf nunmehr ca. 23.000 dokumentierbare Prozeduren erfahren hat, sind aufgrund des Zeitdruckes einige Bereiche, wie z.B. die Schmerztherapie, nur in groben Strukturen angelegt und müssen im Rahmen der Pflege des Schlüssels ausgebaut werden. BDA und DGAI haben für die anästhesiologischen, schmerztherapeutischen und intensivmedizinischen Prozeduren Vorschläge erarbeitet und dem DIMDI für die Weiterentwicklung der Kataloge zur Verfügung gestellt.

Da die endgültigen Dokumentationsrichtlinien im Hinblick auf die Bedeutung einzelner Diagnosen und Prozeduren für die Eingruppierungsrelevanz bei den GR-DRGs erst im Laufe des ersten Halbjahres 2001 erstellt werden, empfiehlt der BDA für die Dokumentation der anästhesiologischen Diagnosen und Prozeduren folgendes Vorgehen:

Diagnosendokumentation nach ICD 10

Erfassung aller im Rahmen der anästhesiologischen, intensivmedizinischen und schmerztherapeutischen Behandlung erhobenen Diagnosen, insbesondere der Nebendiagnosen, und Dokumentation dieser Diagnosen nach ICD 10. Welche konkreten Aufgaben dabei im jeweiligen Krankenhaus von der Anästhesieabteilung übernommen werden, bleibt sicherlich individuellen Vereinbarungen vorbehalten.

Absprache mit den jeweiligen Verwaltungen, ob die im Haus vorhandenen Krankenhausinformationssysteme in der Lage sind, den neuen ICD 10 Version 2.0 zu

erfassen, oder welche hausinternen Übergangsregelungen vom ICD 10 Version 1.3 zur Version 2.0 vereinbart wurden.

Prozedurendokumentation nach OPS 301

Absprache mit den jeweiligen Verwaltungen, ob bzw. ab welchem Zeitpunkt die im Haus vorhandenen Krankenhausinformationssysteme in der Lage sind, den neuen OPS 301 Version 2.0 zu erfassen, oder welche hausinternen Übergangsregelungen vom OPS 301 Version 1.3 zur Version 2.0 vereinbart wurden.

Intensivmedizin / Schmerztherapie

Es wird empfohlen, alle im neuen OPS 301 enthaltenen Prozeduren während der intensivmedizinischen und schmerztherapeutischen Behandlung zu erfassen und in der Form zu dokumentieren, daß sie dem KIS System zur Verfügung gestellt werden können. Insbesondere wird empfohlen, die kostenintensiven Prozeduren dieser Bereiche zu erfassen. Bei Prozeduren, die mehrfach erbracht werden, z.B. Monitoring, empfehlen wir die einmalige Erfassung dieser Leistung je Behandlungsaufenthalt, da zur Zeit nicht absehbar ist, ob eine Mengenausweitung einen Einfluß auf die DRG-Eingruppierung haben wird.

Wird der neue OPS 301 im eigenen Haus zur Leistungserfassung und verknüpft damit zur internen Budgetierung eingesetzt, kann es sinnvoll sein, 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. Nur vor Ort kann geregelt werden, wie eine bisher schon etablierte Leistungserfassung an die neue OPS 301 Version 2.0 angepaßt und somit weiter genutzt werden kann.

Anästhesie

Die Anästhesieleistungen nach den Nrn. 8-900 bis 8-909 sind nur dann zu dokumentieren, wenn diese bei Eingriffen erbracht wurden, die in der Regel ohne Anästhesieverfahren durchgeführt werden. Intubationsleistungen im Rahmen einer Operation sind nicht zu dokumentieren.

Der BDA empfiehlt die Dokumentation aller perianästhesiologischen Leistungen (z.B. Katheteranlagen, Drainagen etc.), die im Rahmen einer Anästhesieleistung in operativen Bereichen erbracht werden.

Die folgende Auflistung soll Ihnen einen ersten Überblick über die derzeit wichtigsten relevanten OPS 301 Codes der Version 2.0 für die Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie geben. (Änderungen bzw. Ergänzungen, insbesondere im Bereich der Schmerztherapie bleiben vorbehalten). Es werden 79 Prozeduren nach bestimmten Themengebieten geordnet vorgestellt. Schon heute als DRG relevant bekannte Prozeduren wurden dabei fett gekennzeichnet.

Berufspolitik

Anästhesie

Dieser Kode ist ein Zusatzkode, der nur dann zu verwenden ist, wenn das Anästhesieverfahren bei Operationen angewendet wird, die normalerweise ohne Allgemeinanästhesie durchgeführt werden (also nicht während Anästhesien bei Operationen) (z.B. neben den OPS Nrn. 1-20 bis 1-40, 1-60 bis 1-69)

8-900	Intravenöse Anästhesie
8-901	Inhalationsanästhesie
8-902	Balancierte Anästhesie
8-909	Andere Allgemeinanästhesie

Intubation / Bronchoskopie / Pulmonale Maßnahmen

Die Intubation im Rahmen einer Operation ist nicht zu kodieren

1-610.0	Diagnostische Laryngoskopie, direkt
1-610.1	Diagnostische Laryngoskopie indirekt
1-620.0	Diagnostische Bronchoskopie mit flexiblem Instrument
8-175	Bronchialtoilette inkl. Gewinnung von Sekreten und Abstrichen
8-700.0	Intubation und Offenhalten der Atemwege durch oropharyngealen Tubus
8-700.1	Intubation und Offenhalten der Atemwege durch nasopharyngealen Tubus
8-700.x	Intubation und Offenhalten der Atemwege (sonstige)
8-701	Einfache endotracheale Intubation (Notfallintubation)
8-704	Intubation mit Doppellumentubus
8-714	Spezialverfahren bei schwerem Atemversagen
8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle (z.B. Bülaudrainage)
8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion der Pleurahöhle
8-390	Lagerungsbehandlung z.B. mit Spezialbetten (nur einmal pro stat. Aufenthalt)
8-711.0	Invasive maschinelle Beatmung bei Neugeborenen (zusätzliche Dokumentation der Beatmungsdauer) mit CPAP

Tracheotomien

5-312.0	Permanente Tracheotomie
5-311.3	Temporäre Koniotomie
5-311.2	Temporäre Minitracheotomie
5-311.0	Temporäre Tracheotomie als Punktionstracheotomie

Beatmung

Als Beatmungszeit wird derzeit die längste zusammenhängende Beatmungszeit gewertet (nicht zu verwenden, wenn die Beatmung während einer Operation stattfindet; Dokumentation jedoch, wenn die Beatmung während einer Operation beginnt und länger als 24 Stunden andauert)

8-718.0	Maschinelle Beatmung bis 24 Stunden
8-718.1	Maschinelle Beatmung 24 Stunden bis 96 Stunden
8-718.2	Maschinelle Beatmung mehr als 96 Stunden

Katheteranlagen

8-831.0	ZVK Anlage
8-831.2	ZVK Wechsel
8-831.3	ZVK Entfernung ohne Bakteriologie
8-831.4	ZVK Entfernung mit Bakteriologie
8-831.5	Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Zirkulation
8-832.0	Legen eines Katheters in die A. pulmonalis
8-832.2	Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis
8-832.3	Katheter in der A. pulmonalis – Entfernung ohne Bakteriologie
8-832.4	Katheter in der A. pulmonalis – Entfernung mit Bakteriologie

Monitoring

1-207	EEG
8-920	EEG Monitoring für mehr als 24 Stunden
8-921	Monitoring mittels evozierter Potentiale
8-922	Monitoring des intrakraniellen Druckes

1-204.0	Messung des Hirndruckes
1-208.2	SSEP
8-930	Spirometrie
8-934	Atemgasanalyse
8-940	Kontinuierliches EKG Monitoring
8-941	Kontinuierliche ZVD Messung
8-942	Kontinuierliche Pulmonalarteriendruckmessung
8-944	Monitoring des Blutdruckes

Niere / Hämofiltration / Dialyse

8-133.0	Wechsel eines suprapubischen Katheters
8-133.1	Entfernung eines suprapubischen Katheters
8-853.0	Intermittierende Hämofiltration
8-853.1	Kontinuierliche arteriovenöse Hämofiltration
8-853.2	Kontinuierliche venovenöse Hämofiltration
8-854.0	Intermittierende Hämodialyse
8-854.1	Kontinuierliche venovenöse Hämodialyse
8-820.0	Therapeutische Plasmapherese mit Albumin
8-820.1	Therapeutische Plasmapherese mit FFP
8-821.0	Therapeutische Immunadsorption mit LDL Apherese
8-821.3	Therapeutische Immunadsorption bei Intoxikation

Reanimation / Kardioversion

8-770	Maßnahmen für die Atmung im Rahmen der Reanimation
8-771	Kardiale Reanimation (inkl. Maßnahmen für die Atmung)
8-640.0	Synchronisierte Kardioversion
8-640.1	Defibrillation

Transfusionen

8-800.0	Transfusion von Vollblut 1-5 Konserven
8-800.1	Transfusion von Vollblut > 5 Konserven
8-800.2	Transfusion von EK 1-5 Konserven
8-800.3	Transfusion von EK > 5 Konserven
8-800.4	Transfusion von TK 1-5 Konserven
8-800.5	Transfusion von TK > 5 Konserven
8-810.2	Transfusion von Plasmabestandteilen 1-5 Konserven
8-810.3	Transfusion von Plasmabestandteilen > 5 Konserven
8-810.4	Transfusion von Immunglobulinen

Extrakorporale Zirkulation

8-852	ECMO
8-851.0	Operativer äußerer Kreislauf (HLM) mit Normothermie
8-851.1	Operativer äußerer Kreislauf (HLM) mit milder Hypothermie

Schmerztherapie

8-631	TENS zur Schmerzbehandlung
8-632	Spinal Cord Stimulation
8-910	Epidurale Injektion und Infusion
8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln
8-915	Injektion eines Medikamentes an andere periphere Nerven
8-916	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem

Magenspülung

8-120	Magenspülung
-------	--------------

Berufspolitik

Aus Gründen der internen Leistungsdokumentation kann es ratsam sein, weitere Prozeduren zu erfassen.

DRG-Seminar

Um Sie neben den regelmäßigen Veröffentlichungen in der A & I umfassend über das Australische DRG-System und seine Auswirkungen auf die Anästhesiologie sowie die Neuordnung des § 115 (ambulantes Operieren) zu informieren, laden wir Sie an dieser Stelle zu einem Diskussionsforum am **6. April** nach **Düsseldorf** einladen (siehe folgende Seite).

Ankündigung des Service Centers Referat für Gebührenfragen

Als weiteres Dienstleistungsangebot des Service Centers Referat für Gebührenfragen bieten wir Ihnen ab sofort Informationen zu

- aktuellen GOÄ Themen,
- Veranstaltungen des Referates für Gebührenfragen,
- dem anästhesiespezifischen Privatliquidationsprogramm narLIS©,
- dem Anästhesiekommentar zur GOÄ von Schleppers / Weißbauer,
- und weiteren Themen.

Auch im Internet unter www.bdainfo.de an.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Alexander Schleppers*
Referat für Gebührenfragen des BDA
Institut für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Klinikum Darmstadt
Grafenstraße 9
D-64283 Darmstadt.