

Der Weg von den Australian Refined DRGs zum German Refined DRG-System (Fortsetzung 3)

A. Schleppers

Der neue OPS 301 - Version 2.1

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat am 15.08.2001 einen überarbeiteten OPS 301 Katalog vorgestellt, welcher ab 01.01.2002 die Grundlage für die Verschlüsselung medizinischer Prozeduren bilden soll und die Anwendbarkeit im Rahmen des neuen Vergütungssystems nach GR-DRGs im Krankenhausbereich verbessern soll. Schon im Vorfeld hat das DIMDI mehrfach darauf hingewiesen, daß diese Revision sich darauf beschränken soll, Fehler und Inkonsistenzen zu bereinigen sowie nur diejenigen Verfahren in den Katalog neu aufzunehmen, die zu einer ökonomischen Differenzierung zwischen den DRGs beitragen können.

Die Änderungsvorschläge für die Version 2.1 wurden hierbei gemeinsam vom DIMDI und der Firma SBG – unter der Leitung des DIMDI erarbeitet. Diese Vorschläge wurden dann in die Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKS) eingebracht. Die Arbeitsgruppe OPS besteht aus Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger sowie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Unter den o.g. restriktiven Bedingungen für die Revision wurde nur ein geringer Teil der, vor allem von den medizinischen Fachgesellschaften eingebrachten Änderungsvorschläge berücksichtigt.

Auch den von der gemeinsamen Arbeitsgruppe von DGAI und BDA erarbeiteten Empfehlungen für die Anpassung der anästhesiologischen, intensivmedizinischen sowie schmerztherapeutischen Prozedurencodes wurde nur zu einem kleinen Teil Rechnung getragen. Insbesondere dem Vorschlag, die Anästhesieleistung regelhaft als wichtig zu dokumentierenden Leistungsbestandteil neben den operativen Prozeduren zu etablieren, wurde von der Arbeitsgruppe OPS des KKS nicht Rechnung getragen.

Die Empfehlungen für die Einführung einer differenzierten Dokumentation der intensivmedizinischen Prozeduren in die OPS-Systematik, die nicht nur auf den drei bisherigen Codes für die Beatmungszeiten basiert, wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Hier wurde lediglich ein weiterer Code für längere Beatmungsdauern über 11 Tage eingeführt, ohne jedoch eine differenzierte Abstufung ökonomisch höchst unterschiedlicher Prozeduren oder Prozedurenpakete zuzulassen.

Ein weiteres Beispiel für den fehlenden medizinischen, oder zumindest fehlenden anästhesiologischen Sachverstand der OPS-Bearbeiter zeigt die nun vor-

Derzeitiger Stand der Arbeiten (September 2001)

Arbeitsschritte	Geplant bis	Voraussichtliche Fertigstellung
Übersetzung des AR-DRG - Systems in die deutsche Sprache	30.10.00	???
Festlegung einheitlicher Kodierregelungen für das DRG-System - Anpassung der allgemeinen Kodierrichtlinien	30.11.00	1. Entwurf liegt vor 2. Entwurf bis Oktober 2001 Oktober 2001
- Anpassung der speziellen Kodierrichtlinien		
Kalkulation und Anpassung des Systems Arbeitsentwurf Pretestphase Kalkulation in Musterkrankenhäusern	30.12.00	1. Version liegt vor seit Mai 2001 ab November 2001
Vorstellung des neuen OPS 301	01.07.01	Seit 15.08.2001 liegt die Version 2.1 vor
Anwendung des neuen OPS 301	01.01.02	Ab 01.01.2002

liegende Überarbeitung der Codes für die eigentlichen Anästhesieleistungen und die Schmerztherapie (Nrn. 8 - 90 und 8 - 91), bei denen die Vorschläge der Arbeitsgruppe von BDA und DGAI völlig ignoriert worden sind. DGAI und BDA haben ihren Protest zu diesem Verfahren eingereicht.

Kodierung

Einen weiteren Unsicherheitsfaktor beim derzeitigen Umgang mit dem neuen OPS 301 bilden die immer noch ausstehenden Kodierrichtlinien. Zwar wurde ein erster Entwurf der Allgemeinen Kodierrichtlinien bereits veröffentlicht, die angekündigten Überarbeitung und vor allem die Veröffentlichung der Speziellen Kodierrichtlinien stehen immer noch aus. Erst mit diesen Richtlinien wird festgelegt, welchen Leistungsinhalt einzelne Prozeduren erfüllen müssen, wenn sie mit spezifischen OPS-Codes dokumentiert werden können, z.B. welche Verfahren zum Bereich der maschinellen Beatmung gezählt werden.

Es bleibt nur zu hoffen, daß bei der Implementierung der Kodierrichtlinien mehr medizinischer Sachverstand Eingang findet als bei der Überarbeitung der Prozedurencodes.

Fälschlicherweise versuchen immer noch einige Krankenhausträger und Controller, den OPS 301 als Basis der Leistungsdokumentation im Krankenhaus zu implementieren. Dies mag in Einzelfällen sinnvoll sein, wird jedoch für den Bereich der Anästhesie keinesfalls ausreichen. Für eine Kalkulation der DRGs auf Basis einer Ist-Kosten-Erhebung und für eine zukünftige Positionierung der Anästhesie wird eine interne anästhesiologische Leistungserfassung unter Berücksichtigung der nicht im OPS 301 enthaltenen aufwendigen Prozeduren essentiell. Nur wenn der - zumindest gedankliche - Switch von einem reinen Kostenfaktor Anästhesie zu einem Erlöscenter Anästhesie gelingt, kann die Anästhesie auch weiterhin ihre Hoheit über das eigene Budget und damit über ihre eigenen Steuerungsmechanismen für Anästhesieleistung, Personal und Sachkosten bewahren und der Fremdbestimmung entgehen.

Kalkulation und Anpassung des GR-DRG-Systems

Ende April 2001 haben die Arbeiten zur Kalkulation und Anpassung des GR-DRG Systems begonnen. Im sogenannten Pretest werden die konzeptionell erar-

beiteten Methoden der Beratungsgesellschaft KPMG zur Kalkulation in einzelnen Musterkrankenhäusern evaluiert. Hierbei werden - im Gegensatz zur damaligen Kalkulation der Fallpauschalen und Sonderentgelte - top down sämtliche relevanten Leistungen kalkuliert, alle Kosten berücksichtigt und nach vorgegebenen Schlüsseln verteilt. Für die Gesamtkalkulation ist dabei eine umfangreiche interne Leistungsverrechnung erforderlich - deren einzige "harten" Vorgabe durch die KPMG darin liegen, daß die Verteilungsschlüssel verursachungsgerecht sein und dokumentiert werden müssen. Dies bedeutet auch für die Anästhesie, daß eine interne Kalkulation, z.B. nach Anästhesieminuten, für eine interne Verrechnung unverzichtbar ist.

Interessant im Kalkulationsschema der KPMG ist, daß rein vorstationäre Fälle zu erfassen und zu kalkulieren sind. Ob dies einzig der besseren Transparenz einzelner stationärer Leistungskomplexe dienen soll oder ob hiermit eine völlige Ausgliederung der prästationären Leistungen in der ambulanten Sektor bezweckt wird - das Kalkulationsschema ermöglicht beide Wege.

Noch einmal sei darauf hingewiesen, daß der Pretest noch nicht, wie immer noch mißverständlich von einigen Beratungsgesellschaften suggeriert wird, die eigentliche Phase der Kalkulation der Relativgewichte und der DRG-Erlöse darstellt, sondern lediglich der Evaluation der Methodik dienen soll. In der anschließenden Musterkalkulation in einer noch nicht benannten Anzahl Krankenhäuser sollen dann die eigentlichen Relativgewichte kalkuliert werden. Liegen die Relativgewichte der einzelnen DRGs und damit die relative ökonomische Abstufung der einzelnen DRGs untereinander fest, ist über die landesweite bzw. bundesweite Festlegung des Basisfallpreises eine Anpassung an ein Gesamtbudget und damit die politisch gewollte Einhaltung eines Globalbudgets leicht möglich.

Für weitere Fragen zum Thema DRG steht Ihnen der Berufsverband Deutscher Anästhesisten gerne zur Verfügung.

Korrespondenzadresse:

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