

Der Weg von den Australian Refined DRGs zum German Refined DRG-System (Fortsetzung 4)

A. Schleppers

Nachdem wir in der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift bereits kurz auf den neuen OPS 301 in der Version 2.1 hingewiesen hatten, möchten wir Ihnen in dieser Ausgabe die Inhalte der neuen OPS-Version und die aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zur Einführung des deutschen DRG-Systems vorstellen.

Der neue OPS 301 Version 2.1

Mitte August wurde der neue OPS 301 in der Version 2.1 vorgestellt, der ab 01.01.2002 die Basis für die Prozedurendokumentation im Krankenhaus bilden wird. Um den Umgang mit der Verschlüsselung zu erleichtern, wurde Mitte September die von den Selbstverwaltungsorganen verabschiedete Version der Deutschen Kodierrichtlinien 2002 vorgelegt. Unterteilt werden die Kodierrichtlinien in die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten, die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren und die Speziellen Kodierrichtlinien, in denen die Kodierung bestimmter Komplexe, wie z.B. Sepsis, Beatmung und Herzerkrankungen, näher definiert wird.

Nach den Allgemeinen Kodierrichtlinien sind mit dem neuen Prozedurenkatalog alle "signifikanten Proze-

duren zu dokumentieren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden". Als signifikante Prozeduren werden dabei die Prozeduren bezeichnet, die

- chirurgischer Natur sind,
- ein Eingriffsrisiko bergen,
- ein Anästhesierisiko bergen und / oder
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordern.

Trotz der gemeinsamen Bestrebungen von DGAI und BDA ist die anästhesiologische Prozedurendokumentation im OPS weiterhin erheblichen Restriktionen unterworfen, die eine adäquate Abbildung des Fachgebietes Anästhesiologie mit den Bereichen Anästhesie, Schmerztherapie und Intensivmedizin nicht ermöglicht. Besonders unverständlich erscheint hierbei, daß die ab 2002 geplante Einführung der regelmäßigen Dokumentation anästhesiologischer Leistungen in Australien nicht in die Neukonzeption miteinbezogen wurde.

In der Übersicht finden Sie einige der wichtigsten Codes für die Bereiche Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie:

Derzeitiger Stand der Arbeiten (Oktober 2001)

Arbeitsschritte	Geplant bis	Voraussichtliche Fertigstellung
Übersetzung des AR-DRG - Systems in die deutsche Sprache	30.10.00	entfällt
Festlegung einheitlicher Kodierregelungen für das DRG - System - Anpassung der allgemeinen Kodierrichtlinien - Anpassung der speziellen Kodierrichtlinien	30.11.00	Zusammenführung der bisher vorliegenden Allgemeinen Kodierrichtlinien und der Speziellen Kodierrichtlinien zu einem einheitlichen Regelwerk der Deutschen Kodierrichtlinien - Version 2002 liegt nun vor
Kalkulation und Anpassung des Systems Arbeitsentwurf Pre-Testphase Kalkulation in Musterkrankenhäusern	30.12.00	1. Version liegt vor seit Mai 2001 ab Januar 2001
Vorstellung des neuen OPS 301	01.07.01	Seit 15.08.01 liegt die Version 2.1 vor nächste Revision erst ab Ende 2002
Anwendung des neuen OPS 301	01.01.02	Ab 01.01.02

Anästhesie

Dieser Kode ist ein Zusatzkode, der nur dann zu verwenden ist, wenn das Anästhesieverfahren 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 - 90	Allgemeinanästhesie
8 - 900	Intravenöse Anästhesie
8 - 901	Inhalationsanästhesie
8 - 902	Balancierte Anästhesie

Intubation / Bronchoskopie / Pulmonale Maßnahmen

Die Intubation im Rahmen einer Operation ist nicht zu kodieren

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 - 709	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
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 - 711ff	Invasive maschinelle Beatmung bei Neugeborenen (zusätzliche Dokumentation der Beatmungsdauer)

Tracheotomien

5 - 311.0	Temporäre Tracheotomie
5 - 311.1	Temporäre Punktionstracheotomie
5 - 311.2	Temporäre Minitracheotomie
5 - 311.3	Temporäre Koniotomie
5 - 312.0	Permanente Tracheotomie

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

8 - 920	EEG Monitoring für mehr als 24 Stunden
8 - 921	Monitoring mittels evozierter Potentiale
8 - 922	Monitoring des intrakraniellen Druckes
8 - 923	Monitoring hirnenvenöse Sauerstoffättigung
1 - 204.0	Messung des Hirndruckes
1 - 208.2	SSEP
8 - 930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf (ohne ZVD und PAD)
8 - 931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit ZVD
8 - 932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit PAD

Niere / Hämofiltration / Dialyse

5 - 572.1	Anlage eines suprapubischen Katheters
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
8 - 821.0	Therapeutische Immunadsorption

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

Blutsparende Maßnahmen

8 - 803.0	Eigenblutspende
8 - 803.1	Normovol. Hämodilution
8 - 803.2	Cell Saver ohne Bestrahlung
8 - 803.3	Cell Saver mit Bestrahlung

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 - 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
---------	--------------

Beatmung

8 - 718.0	Maschinelle Beatmung bis 24 Stunden
8 - 718.1	Maschinelle Beatmung 24 Stunden bis 96 Stunden
8 - 718.2	Maschinelle Beatmung 96 Stunden bis unter 11 Tage
8 - 718.3	Maschinelle Beatmung

Berufspolitik

Ein Kode für die maschinelle Beatmung von bis zu 24 Stunden ist nur dann anzugeben, wenn die Beatmung nicht während einer Operation durchgeführt wurde, da die Beatmung während einer Operation zum integralen Bestandteil eines chirurgischen Eingriffs gezählt wird. Eine Beatmung auf einer Intensivstation ist dagegen auch dann zu dokumentieren, wenn sie weniger als 24 Stunden dauert, z.B. nach SHT. Beginnt die Beatmung jedoch während der Operation und dauert länger als 24 Stunden, ist sie mit den entsprechenden Codes zu dokumentieren. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall bei der Intubation.

Die Intubation ist in jedem Fall zu kodieren, auch wenn die Beatmung während der Operation begonnen wurde. Bei mehreren Beatmungsperioden während eines Krankenhausaufenthaltes ist die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln und dann der entsprechende Kode zu dokumentieren.

Bei Patienten, bei denen die künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen wird und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Beatmungszeit mit der Intubation.

Eine mittels Maske durchgeführte maschinelle Beatmung wird zur berechenbaren Beatmungszeit hinzugezählt.

Die Beatmung endet mit der Extubation bzw. mit der Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung. Die Methode der Entwöhnung (CPAP, etc.) ist dabei nicht zusätzlich zu kodieren.

Wird ein Patient im Krankenhaus beatmet aufgenommen (z.B. nach Reanimation, SHT, Polytrauma etc.), beginnt die Berechnung der Beatmungszeit mit der Aufnahme im Krankenhaus.

Wird ein beatmeter Patient von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus verlegt, gibt das verlegende Krankenhaus die Beatmungsdauer und den Kode für Intubation/Tracheotomie an, wenn diese Maßnahmen vor Verlegung durchgeführt wurden. Das aufnehmende Haus kodiert nur die Dauer der Beatmung; Intubation und/oder Tracheotomie werden nicht nochmals kodiert.

Weiterführende Dokumentation

Aus den bisher vorliegenden Kodierrichtlinien ergibt sich, daß die Prozedurenkodes im OPS für Anästhesieleistungen im operativen Bereich praktisch keine Bedeutung haben. Für die Intensivtherapie gibt es dagegen eine Reihe wichtiger Codes, die die Einordnung in einzelne DRG-Fallgruppen erheblich beeinflussen können, obwohl die genauen Zuordnungsmechanismen (Grouping) immer noch nicht bekannt sind. Es wird in DRG-Zeiten jedoch keinesfalls genü-

gen, die anästhesiologische Dokumentation am minimalistischen Ansatz der OPS-Kodierung zu orientieren. Vielmehr ist es für ein optimiertes Anästhesiemanagement wichtig, sich mit einigen Kennzahlssystemen vertraut zu machen. Beispielhaft sind nachstehend einige relevante Kennzahlen aufgeführt, die für die eigene Datentransparenz hilfreich erscheinen. Eine detailliertere Übersicht relevanter Kennzahlensysteme finden Sie auch auf der Homepage des gemeinsamen Arbeitskreises Anästhesie und Ökonomie von DGAI und BDA (www.med.uni-marburg.de/anaesth/anoeko).

Kosten

Personalkosten

Ständige Bezüge (Grundgehalt)

Nichtständige Bezüge
Bereitschaftsdienst
Überstunden

Medizinischer Bedarf

Arzneimittel
Blut und Blutprodukte
Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel
Ärztl. und pfleger. Verbrauchsmaterial
Narkose- und OP-Bedarf
Untersuchungen in fremden Instituten
Sonstiger medizinischer Bedarf

Sonstige Sachkosten

Instandhaltung Medizintechnik
Sonstiger direkt zugebuchter Aufwand

Interne Leistungsanforderung

Umgelegte Gemeinkosten

Erträge

Externe Erträge

aus Pflegesatz
aus Fallpauschalen
Vor- und nachstationäre Behandlung
Sonstige (Ambulanzen, Notarztdienst, ...)

Interne Erträge

Leistungsverrechnung Anästhesie
Sonstige Leistungsverrechnung (Konsile, ...)

Investitionsmittel (Geräte etc.)

Leistungszahlen

Anästhesien

Gesamt-Fallzahl
Anästhesie-minuten
Aufwachraum-Betreuung
Prämedikation / Zeiten

Intensivstation

Fallzahl
Im Durchschnitt betriebene Betten
Berechnungstage
Beatmungszeiten (Tage oder Stunden)

Schmerztherapie

Stationärer Betrieb
Ambulanz
Konsile.

Je Narkose zu erfassen:

Beginn / Ende Anästhesie-Präsenz
Beginn / Ende Anästhesie

OP-Freigabe
Beginn / Ende OP-Maßnahmen
Beginn / Ende OP (Schnitt-Naht-Zeit)
Beginn / Ende Aufwachraum
Dauer der Prämedikation.

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

Um Sie über das Thema DRG und die Auswirkungen auf Anästhesie und Krankenhaus intensiv informieren zu können, lädt Sie das Referat für Gebührenfragen am

15. November 2001 von 9.30 bis 17.00 Uhr

zu einem Diskussionsforum über "Auswirkungen der DRGs - was ist für den Anästhesisten und Klinikmanager wichtig?" nach München ein.

Nähere Informationen und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie über das Referat für Gebührenfragen.

Korrespondenzadresse:

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



**Fachärztin / Facharzt für
Anästhesiologie und Intensivmedizin
für die Oö. Landes-Nervenklinik
Wagner-Jauregg Linz**

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an die **Abteilung Personal-Objektivierung des Amtes der Oö. Landesregierung**, A-4021 Linz, Klosterstraße 7 (Frau Dr. Hartl, Tel.: 0043/732/7720-1246).

Für nähere Informationen steht Ihnen in der Oö. Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz Herr Primar Dr. Walter Löffler unter Tel.: 0043/732/6921-2152 gerne zur Verfügung.

Im Sinne des Frauenförderprogrammes des Landes Oberösterreich werden besonders Frauen ermutigt, sich zu bewerben. Bei gleicher Qualifikation werden Frauen bevorzugt.
Internet: <http://www.ooe.gv.at>