

Einführung des deutschen Diagnosis-Related Group-Systems: Erweiterung und Anpassung der Klassifikationen

Introduction of the German Diagnosis-Related Group System: extension and adaptation of classifications

A. Schleppers

Referat für Krankenhausmanagement und -ökonomie, Berufsverband Deutscher Anästhesisten

Zusammenfassung: Im 2. Quartal 2003 hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) seinen Erweiterungskatalog zum Operationsschlüssel OPS 301 vorgelegt. Diese Version soll die künftigen Kalkulationsarbeiten für die deutschen Diagnosis-Related Groups (DRGs) unterstützen und kann fakultativ in den Krankenhäusern verwendet werden. Neben dieser eher praktischen Anpassung hat nun auch der Bundestag in seiner Sitzung am 11.04.2003 dem Kompromissvorschlag des Vermittlungsausschusses für das 12. Änderungsgesetz zum Sozialgesetzbuch V zugestimmt und damit den Verhandlungsweg für die Ausgestaltung des DRG-Systems auf lokaler Ebene eröffnet.

Summary: In the second quarter of 2003 the German Institute of Medical Documentation and Information (DIMDI) has presented a new extension catalogue to its official "Operationenschlüssel OPS 301", a procedure classification code for hospital reimbursement

according to the Diagnosis-Related Group (DRG)-based payment system. This new, supplementary classification tool is meant to facilitate future DRG-related calculation processes and is made available to the German hospitals for optional use. In addition to this rather practical improvement, the German Bundestag (Lower House of Parliament) agreed on 11 April 2003 to the compromise proposal put forward by the mediation committee on the 12th Amendment of the Social Security Code V. This agreement opens up new negotiation opportunities for the implementation and adaptation of the German DRG-System at the local level.

Schlüsselwörter: Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Krankenhausökonomie

Key words: Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Hospital Economics.

OPS-Erweiterungskatalog

Mit Beginn des Jahres 2003 sind die ersten Krankenhäuser in die Abrechnung der stationären Krankenhausfälle über das Deutsche DRG-System eingestiegen. Hierbei ist allen Vertragsparteien und auch dem Ministerium für Gesundheit und Soziales bewusst, dass mit dem derzeitigen System nur ein Teil der Krankenhausfälle sachgerecht abgebildet wird und weitere Anpassungen erforderlich sind. Um den zukünftigen Anforderungen an die Weiterentwicklung des Deutschen DRG-Systems gerecht werden zu können, ist es daher notwendig, die derzeit bestehende Klassifikationssystematik zu überarbeiten, um sie an die deutschen Verhältnisse anzupassen und eine sachgerechte Kalkulation der DRGs zu ermöglichen. Zu diesem Zweck soll die Prozedurenklassifikation in Zukunft aus zwei Bereichen bestehen:

- Amtlicher OPS-301
- Nicht-amtlicher Erweiterungskatalog (optionaler OPS-301).

Die Verschlüsselung von Prozeduren kann deshalb in Zukunft über zwei Bereiche erfolgen: den amtlichen OPS-301 und einen nicht-amtlichen Erweiterungskatalog, der der Dokumentation von Prozeduren dienen soll, die möglicherweise für Kalkulationszwecke in Zukunft benötigt werden. Der vollständige Erweiterungskatalog zum Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS-301), Version 2.1, ist über die Homepage des DIMDI (www.dimdi.de) zu beziehen.

Mit diesem "doppelten" Prozedurenkatalog soll eine auf empirische Informationen gestützte Revision der OPS-Klassifikation realisiert werden. Dies bedeutet nicht nur eine Erweiterung des Kataloges um neue Leistungen und z.B. Innovationen, sondern es schließt auch die Möglichkeit mit ein, den amtlichen OPS-301 zu verkleinern und so die Anwendung vor Ort zu vereinfachen.

Nach Angabe des DIMDI sollen bei der zukünftigen Doppelstruktur folgende Grundbedingungen erfüllt sein:

Krankenhausmanagement und- ökonomie

- "Amtlicher" OPS-301 und "nicht-amtlicher" Erweiterungskatalog bilden ein Gesamtwerk mit einer gemeinsamen Struktur.
 - Die Pflege, Weiterentwicklung und Veröffentlichung erfolgt in Verantwortung und durch das DIMDI.
 - Die Kodes werden so gekennzeichnet, dass man softwaretechnisch und optisch die Zugehörigkeit zum amtlichen OPS-301 oder zum nicht-amtlichen Erweiterungskatalog erkennen kann.
 - Die nicht-amtlichen Erweiterungen können in den Krankenhäusern auf freiwilliger Basis verwendet werden.
 - Um doppelte Verschlüsselungen für verschiedene Zwecke zu vermeiden, werden die Schlüsselnummern des nicht-amtlichen Erweiterungskatalogs zusätzlich die Angabe enthalten, auf welche Schlüsselnummern des amtlichen OPS-301 sie für Abrechnungszwecke überzuleiten sind. Es wird daher eine Abbildungstabelle zwischen der jeweilig gültigen Version des amtlichen OPS-301 und des nicht-amtlichen Erweiterungskatalogs erarbeitet. Diese ist die Grundlage für eine möglichst unproblematische Nutzung des nicht-amtlichen Erweiterungskatalogs durch den Anwender im Krankenhaus.
 - Diese Abbildungstabelle wird vom DIMDI erstellt und herausgegeben; sie ist verbindlich.
- Die Verwendung des nicht-amtlichen Erweiterungskatalogs in den Krankenhäusern soll dabei auf rein freiwilliger Basis erfolgen. Verbindlich für die Verschlüsselung nach § 301 SGB V ist nach wie vor nur der amtliche OPS-301, Version 2.1. Kalkulierende Krankenhäuser sollten jedoch den Erweiterungskatalog anwenden und diese Daten dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Verfügung stellen, um die Differenzierung und Optimierung des DRG-Katalogs voranzubringen. Der Erweiterungskatalog kann flexibler als der amtliche "Kern" gehandhabt werden und unterliegt daher größeren Veränderungen. Er soll jedoch auch in Zukunft kein Instrument für die Einzelleistungsdokumentation als Ersatz für eine klassische Leistungsdokumentation für Prozesskostenkalkulationen darstellen. Aufgrund des vorgesehenen Mappings des Erweiterungskataloges auf den Kern-OPS müssen die Anwender des Erweiterungskatalogs für Abrechnungs- und andere Zwecke nicht doppelt verschlüsseln.

12. Änderungsgesetz zum Sozialgesetzbuch V

746 Krankenhäuser, die sich nach Ablauf der offiziellen Entscheidungsfrist für das Optionsmodell 2003 vom 01.11.2003 bis zum 31.12.2003 nachgemeldet hatten (Nachoptierer), können aufatmen. Der Gesetzgeber hat die Nullrunde für diese Krankenhäuser gelockert. Nach dem Bundestag stimmte am 11. April auch der Bundesrat dem Kompromissvorschlag des Vermittlungsausschusses zum zwölften SGB-V-Änderungsgesetz zu. Damit können neben den 525 fristgerecht optierten Häusern auch diese 746 Häuser das DRG-System im Laufe dieses Jahres einführen und durch diese Teilnahme die Voraussetzung für die Ausnahme von der Nullrunde erfüllen.

Weiterhin wurde die Ausnahme von der Nullrunde über die "Nachoptierer" hinaus ausgeweitet: Krankenhäuser, die wie die psychiatrischen Krankenhäuser aufgrund gesetzlicher Vorgaben keine Fallpauschalen anwenden, und Krankenhäuser, deren Leistungsspektrum mit dem DRG-System nicht sachgerecht vergütet werden kann – darunter Spezialkliniken, die besonders viele Schwerverletzte versorgen –, sind nun ebenfalls von der Nullrunde ausgenommen.

Etwa die Hälfte der rund 2.200 Krankenhäuser kommt jetzt in den "Genuss" eines höheren Budgets für 2003. Diese Veränderungsrate für das Budget (in den alten Bundesländern 0,81% und in den neuen 2,09%) ist auch dringend erforderlich, da allein im Personalbereich Kostenzuwächse von 2,4% infolge der Tarifabschlüsse realisiert werden.

Literatur

1. www.dimdi.de
2. www.bmgesundheit.de
3. Nachmeldefrist jetzt Gesetz, Klinik Management Aktuell, 05/2003, S. 6
4. DRG Zeitung vom 22.04.03, www.myDRG.de
5. Flintrop, Jens: Dt. Ärztebl. 100, 16, 18.04.2003, Seite A-1025.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Alexander Schleppers
Referat für Krankenhausmanagement
und -ökonomie des BDA
Sossenheimer Weg 19
D-65843 Sulzbach.

Umfrage

Aktueller Stand Anästhesiekosten und OP-Management

- Bezugsjahr 2002 -

Referat für Krankenhausmanagement und -ökonomie des BDA und der DGAI

Mit Beginn des Jahres 2003 sind die ersten Krankenhäuser in Deutschland in das Zeitalter der DRG-Abrechnung eingetreten. Die zu erwartenden Strukturveränderungen werden auch erhebliche Auswirkungen auf unser Fachgebiet haben. Aus den daraus resultierenden Anforderungen an ein professionelles Krankenhausmanagement ergibt sich für die Anästhesie als eines der zentralen Themen die Reorganisation des OPs. Nur eine konsequente prozessorientierte Ausrichtung aller Beteiligten am Workflow des Patienten entlang der Wertschöpfungskette im OP wird in Zukunft eine adäquate Nutzung einer der teuersten Ressourcen im Krankenhaus ermöglichen. Dabei wird eine der wesentlichsten Veränderungen in diesem Bereich die organisatorische Zusammenfassung von OP- und Anästhesieteams darstellen.

Um unser Fachgebiet auf diese Veränderungen vorzubereiten, haben wir in diesen Tagen die Umfrage zum "Aktuellen Stand der Anästhesiekosten und des OP-Managements" begonnen und den Umfragebogen an alle Anästhesieabteilungen in Deutschland versandt (auch im Downloadbereich "www.bda-dgai.de"). Basierend auf der Kostenerhebung aus dem Jahr 1998 sollen diese Daten eine umfassende Informationsbasis für die Themen "OP-Management" und "Kostendaten Anästhesie" schaffen und zur grundsätzlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems dienen. Weiterhin bilden diese Daten eine Diskussionsbasis für die Positionierung der Anästhesie im Hinblick auf eine zukunftsorientierte Prozessausrichtung und die ökonomische Verankerung in den DRG-Kalkulationen.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre individuellen Daten keinen Dritten (z.B. Krankenkassen etc.) übermittelt werden. Nur statistisch aufgearbeitete Daten (Mittelwerte etc.) werden für die externe Diskussion weiterverwendet.

Wir hoffen, dass Sie diese Umfrage tatkräftig unterstützen, bedanken uns schon im voraus für Ihre aktive Mitarbeit und bitten um Rücksendung des Fragebogens bis zum **30.07.2003**.