

ICD-, OPS-, DRG-Kodierung – Was der Anästhesist wissen muss*

ICD, OPS, DRG coding – What the anaesthetist needs to know

J.-P. Braun¹, C. Weilbach³ und U. Linstedt²

¹ Ärztlicher Direktor, Vorstand, Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg

² Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg (Chefarzt: PD Dr. U. Linstedt)

³ Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, St.-Josefs-Hospital, Cloppenburg (Chefarzt: Dr. C. Weilbach)



PIN-Nr.: 120824

► **Zusammenfassung:** Das German-Diagnosis-Related-Group-(G-DRG)-System hat sich innerhalb von fünf Jahren zu einem sehr differenzierten diagnose- und leistungsbezogenen Entgeltsystem entwickelt.

Fallpauschalen führen zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Um Qualitätseinbußen zu verhindern, werden klinische Prozesse aufeinander abgestimmt und klinische Behandlungspfade geschaffen. Der Anästhesist ist nur in Ausnahmefällen der Mediziner, der Krankenhausfälle direkt entlässt und je nach Art der internen Leistungsverrechnung den Fallerlös oder die Fallpauschale seinem Budget verbuchen kann. Durch zwei wesentliche Faktoren ist der Anästhesist dennoch unmittelbar am DRG-System beteiligt:

- korrekte Dokumentation und Kodierung von Diagnosen und Prozeduren
- evidenzbasierte Planung von anästhesiologischen Kernprozessen im OP, auf der Intensivstation und in der Schmerztherapie, die zur Vermeidung von Komplikationen und zur Verkürzung der Hospitalisationsphase der Patienten führt.

Mit der aktuellen deutschen Fassungen des ICD-10 und des OPS-301 lassen sich differenzierte Diagnosen und auch spezielle intensivmedizinische Prozeduren abbilden. Besonders hervorzuheben ist, dass durch ein kompliziertes System aus Komplexbehandlungsziffern und Zusatzentgelten in den meisten Fällen eine adäquate Abbildung von intensivmedizinischen Behandlungen möglich ist.

► **Schlüsselwörter:** G-DRG-System – Behandlungspfade – Diagnosen – Prozeduren – Zusatzentgelte.

► **Summary:** Within a period of five years, the German diagnosis-related-group (G-DRG) system has emerged as a highly differentiated diagnosis- and service-related system.

Flat-rate reimbursement leads to a reduction in the length of hospital stay. In order to avoid a loss of therapeutic quality, clinical processes are coordinated, and clinical pathways created. Only in exceptional cases does an anaesthetist himself directly

discharge a patient from hospital, and, depending on the internal accounting system, he cannot normally credit his own budget with any profit or with the DRG lump sum. Nevertheless, he is directly involved in the DRG system via the following two functions:

- the correct documentation and coding of diagnoses and procedures
- evidence-based planning of core anaesthesiological procedures in the operation theatre, in the intensive care unit, and with regard to pain control, with the aim of avoiding complications and shortening hospital stay.

With the aid of the current versions of the German ICD 10 and the catalogue of procedures (OPS 301) diagnoses can be differentiated and special intensive care procedures can be documented. It is worth nothing that, in the majority of cases, the application of a complicated system comprising complex codes defining multiple procedures, together with additional remuneration, makes possible an adequate definition of intensive care measures.

► **Keywords:** G-DRG System – Clinical Pathways – Diagnoses – Procedures – Additional Remunerations.

Einleitung

Das German-Diagnosis-Related-Group-(G-DRG)-System ist aus dem australischen Fallpauschalen System (AR-DRG = Australian refined DRG) hervorgegangen und hat seit 2003 das deutsche Krankenhauswesen nachhaltig verändert. 2003 war es dem australischen Vorbild noch sehr ähnlich und wenig differenziert. Das hohe Ziel wurde gesteckt, 100% der klinischen Leistungen im G-DRG-System abzubilden, ein Vorhaben, welches in noch keinem Land gelungen war. Fünf Jahre später muss man anerkennen, dass quasi 100% der deutschen Krankenhausleistungen im aktuellen System abgebildet sind. Dem Grundsatz folgend, „das Geld folgt der Leistung“, kann ebenfalls festgestellt werden, dass kein ande-

* Rechte vorbehalten

► res Krankenhausentgeltsystem der Welt derart differenziert selbst komplizierte Leistungen abbildet. Die jährliche Veränderungskurve des Systems wird seit 2007 flacher. Beginnend mit 664 Fallpauschalen, waren es 2007 über 1.000 DRGs. Das G-DRG-System 2008 beinhaltet 1.137 Fallpauschalen. Über Dreiviertel des Geldwertes im System verteilen sich auf weniger als 400 DRGs. In Deutschland existiert damit ein hoher Differenzierungsgrad, der es zulässt, dass es eigene DRGs für sehr geringe Fallzahlen gibt. Eine große Umverteilung innerhalb des gedeckelten Krankenhausfinanzierungssystems hat es beim Wechsel von 2006 auf 2007 zugunsten der Intensivmedizin gegeben. Der Zuwachs für diesen Bereich betrug 30 % der gesamten Geldmenge.

Grundprinzipien

Das deutsche Fallpauschalensystem ist in diagnosebezogene Gruppen unterteilt. Diagnosen werden im amtlich gültigen ICD-10-Katalog (international classification of diseases) dokumentiert (hiervon existiert eine deutsche Modifikation: GM = German modification) und Prozeduren im OPS-301-Katalog (Operationsschlüssel nach § 301 SGB V). Beide Kataloge sind online veröffentlicht (www.dimdi.de).

Neu im G-DRG-System des Jahres 2008 ist, dass die Nomenklatur der DRGs zunehmend verständlicher, logischer und medizinisch nachvollziehbarer wird. Durch eine tabellarische Erklärungsmatrix erschließt sich zunehmend die Systematik. Jede Grund-Fallpauschale wird durch eine Hauptdiagnose festgelegt. Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die sich bei Fallabschluss als die Diagnose erweist, die den Krankenhausaufenthalt hauptsächlich verursacht hat. Jede DRG erfährt durch Nebendiagnosen oder komplizierte Prozeduren eine Schweregradabstufung, den sogenannten patientenbezogenen Komorbiditäts- und Komplexitätsgrad (PCCL = patients comorbidity and complexity level). Im Laufe der Entwicklung ist zu beobachten, dass unspezifische Nebendiagnosen, die im ICD-10 meist mit der Endung „9“ versehen waren (im Definitionstext: „...ohne nähere Angaben“), so gut wie keine Gruppierungsrelevanz mehr besitzen. Stattdessen gewinnen bei der Gruppierung der Fallpauschalen (grouping) die Diagnosen an Bedeutung, die sich bei der Kalkulation in den Kalkulationskrankenhäusern als „gewichtig“ herausgestellt haben. Neben speziellen Diagnosen bekommen OPS-Prozeduren, denen eine aufwendige Leistung zu Grunde liegt, zunehmende Gruppierungsrelevanz. Aus dem diagnosebezogenen Gruppierungssystem ist ein diagnose- und leistungsbezogenes Entgeltsystem geworden. Damit ist aus

einem Budgetsystem ein Preissystem geworden, das medizinische Leistungen zunehmend differenziert abbildet. Jede DRG hat ein Relativgewicht, welches mit dem Basisfallwert des jeweiligen Krankenhauses multipliziert den Entgeltbetrag der Fallpauschale ergibt. Die Basisfallwerte werden im Jahr 2009 in jedem Bundesland vereinheitlicht (Konvergenz). Im Laufe der Entwicklung des Systems ist die anfänglich breite Streuung der durchschnittlichen Basisfallwerte der verschiedenen Bundesländer immer geringer geworden, d.h. die Preise für die gleiche Fallpauschale entwickeln sich in Deutschland einheitlicher. Es gibt eine Diskussion um einen bundeseinheitlichen Basisfallwert nach 2009. Der Effekt der geringeren Streuung für die gleiche Fallpauschale in Deutschland ist sicherlich dem Umstand des Sich-Vergleichens mit dem bundesgemittelten oder landesgemittelten Basisfallwert geschuldet, der fälschlicherweise als „Benchmark“ bezeichnet wird. Benchmark heißt eigentlich, sich mit dem Besten zu vergleichen und nicht mit dem arithmetischen Mittelwert, wie allgemein missverstanden. Das Sich-mit-anderen-Vergleichen ist ein gewollter Vorgang und führt dazu, dass sich die Krankenhausverweildauern in Deutschland immer weiter verkürzen. Dieser Effekt verlangsamt sich jedoch von Jahr zu Jahr, aktuell um 1,7 % zum Vorjahr. Besonders die häufigen DRGs zeigen eine deutliche Abnahme der Verweildauerstreuung. Das spricht dafür, dass die Planung der klinischen Behandlung von Patienten zunehmend in sogenannten Behandlungspfaden organisiert wird. Wer keinen medizinischen Qualitätsverlust erleiden möchte, organisiert die Behandlung der Patienten abgestimmt zwischen den beteiligten Berufsgruppen, wozu Anästhesisten, als Mehrfachbeteiligte (im OP, in der Intensivmedizin, in der Schmerztherapie) einen großen Beitrag leisten.

Diagnosis-Related-Groups

Die Fallpauschalen, die DRGs, sind das Herzstück des Krankenhausentgeltsystems. Die Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category = MDC) sind überwiegend organbezogen. Daneben gibt es DRGs, die als „präMDC“ keiner Organgruppe zuzuordnen sind und stattdessen durch eine Prozedur bestimmt werden, wie z.B. Organtransplantationen oder Beatmung. Die Schweregrad differenzierung hat sich von 3 Schweregraden im System des Jahres 2003 (zu erkennen an den Endbuchstaben der Fallpauschale: A, für „schwer“ bis C, für „leicht“) auf 9 Schweregrade (Endbuchstaben A bis I) 2007 und 2008 erweitert. Nebendiagnosen als einzelne oder komplexe Prozeduren wirken sich Schweregradsteigernd aus. Die Diagnosen werden in der aktuell ►

► geltenden deutschen Version des GM-ICD-10 kodiert, Prozeduren in der aktuellen Version des OPS-Kataloges. Für jede DRG ist aus den Daten von 221 Kalkulationskrankenhäusern ein Relativgewicht kalkuliert worden. Die Summe der Relativgewichte geben das Gesamtfallgewicht eines Krankenhauses an (Case Mix = CM), der durchschnittliche Wert (der CM geteilt durch die Fallzahl) wird als Case-Mix-Index (CMI) eines Krankenhauses bezeichnet, der eine wichtige Größe für die Bemessung eines Krankenhauses bei Budgetverhandlungen darstellt. Die Relativgewichte der DRGs werden mit dem Basisfallwert des Krankenhauses multipliziert, woraus sich die einzelnen Fallpauschalenpreise ergeben. Addiert man die Summe der Erlöse aller Fallpauschalen eines Krankenhauses zu der Summe der Zusatzentgelte, ergibt sich daraus annähernd das Budget.

Zusatzentgelte

Zusatzentgelte stellen kein erlössteigerndes Element dar, sondern sie werden innerhalb eines festen Krankenhausbudgets verbucht. Der Name Zusatzentgelt ist daher irreführend und beschreibt lediglich den Umstand, dass es sich hierbei um Medikamente, Sachmittel und besondere diagnostische oder therapeutische Verfahren handelt, die sich nicht innerhalb von Diagnosegruppen kalkulieren ließen. Vereinfachend kann gesagt werden, dass Zusatzentgelte durch feste oder verhandelte Preise bestimmt werden und einen Teil des Krankenhausbudgets darstellen. Zusatzentgelte und Fallpauschalen sind die beiden wesentlichen Elemente des gedeckelten Krankenhausbudgets. Zusatzentgelte können damit zum Absenken des Basisfallwertes beitragen, dieser Effekt wird von Krankenhäusern in Hinblick auf das Ende der Konvergenzphase häufig strategisch ausgenutzt, wenn es darum geht, dass sich die krankhausindividuellen Basisfallwerte einem einheitlichen Basisfallwert pro Bundesland anpassen. In der Anästhesie und Intensivmedizin können im großen Umfang Zusatzentgelte geltend gemacht werden. Es ist wichtig, die Dokumentation dieser Prozeduren oder Sachmittel zu beherrschen.

Kalkulation

Jede Fallpauschale wird in ca. 250 deutschen, hierfür speziell ausgerichteten Kalkulationskrankenhäusern aller Versorgungsstufen kalkuliert. Alle Daten werden im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in Siegburg zusammengetragen und ausgewertet. Die Methode der Kalkulation ist in einem Kalkulationshandbuch beschrieben. Es existiert eine

Matrix, die aus Kostenarten (Personalkosten ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Funktionsdienst sowie medizinische Sachkosten, nichtmedizinische Sachkosten, Basiskosten) und Kostenstellengruppen (Normalstation, OP, Anästhesie, Radiologie usw.) besteht. Diese Matrix ist für jede DRG im G-DRG-Browser im Internet veröffentlicht (www.gdrg.de). Hierbei sind für jede DRG unter anderem die durchschnittlichen Erlösanteile der Intensivmedizin und der Anästhesie angegeben, differenziert nach Personal und Sachkosten. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, unter Kenntnis des eigenen Anästhesieminutenpreises einen Vergleich mit dem Kalkulationsdatensatz vorzunehmen. Als weitere Rechengröße muss hierbei der Basisfallwert des eigenen Krankenhauses berücksichtigt werden. Der BDA offeriert online ein Tool, welches diesen Vergleich rechnerisch vollzieht (www.bda.de). Für Standard-Operationen lässt sich damit berechnen, ob die Anästhesiekosten im eigenen Krankenhaus hierbei oberhalb oder unterhalb des durchschnittlich kalkulierten Erlös-Preises der DRG liegen. In der operativen Medizin kann man ermitteln, wie die im OP-Saal beanspruchte Zeit für eine spezielle Operation sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt verhält. Aus den OP- bzw. Anästhesiedatensätzen wird man für das eigene Krankenhaus ermitteln können, welchen Anteil die operativ bestimmte Zeit (von Freigabe durch den Anästhesisten bis Ende der chirurgischen Maßnahmen) und welchen Anteil die anästhesiologisch bestimmte Prozesszeit (Ende chirurgischer Maßnahmen bis zur erneuten Freigabe) hat. Da in jeder DRG ebenfalls die Erlöse der Intensivmedizin aufgeschlüsselt sind, lassen sich bei Kenntnis des eigenen innerbetrieblichen Kostenmodells für einen Intensivbehandlungstag Vergleiche anstellen zwischen der Intensivverweildauer im eigenen Haus mit den in der DRG dafür eingestellten Erlösen. Hierbei ist immer zu betonen, dass es sich um kalkulierte Beträge handelt, hinter denen sich eine nach dem Fallverteilungsmuster beobachtete Streuung verbirgt.

Anästhesie

Operationen werden mit OPS-Kodes verschlüsselt. In den Kalkulationen der Fallpauschalen sind die Narkoseleistungen schon enthalten und werden nicht gesondert kodiert. Nur bei Prozeduren, die nicht regelhaft mit einer anästhesiologischen Leistung verbunden sind (z.B. MRT- oder Herzkatheteruntersuchungen bei Kindern), werden die Narkoseprozeduren verschlüsselt (z.B. 8-900 = intravenöse Anästhesie). Der Anästhesist sollte Diagnosen, die sich während seiner Behandlung ereignen, sowie ►

► Prozeduren, die mit Ressourcenverbrauch verbunden sind, verschlüsseln, wie z.B. Schockformen, Beatmungskomplikationen oder Prozeduren, wie z.B. die Gabe von Blutprodukten oder Reanimationsmaßnahmen.

Blutprodukte, sind in der Summe zu dokumentieren und am Ende des Krankenhausaufenthaltes zu kodieren. Hieraus ergibt sich dann z.B. bei Erythrozytenkonzentraten ab 6 Einheiten oder ab einem Apherese-Thrombozytenkonzentrat oder ab 8 Einzelspender Thrombozytenkonzentraten Zusatzentgelte. Entsprechendes gilt für alle Einzelkomponentengaben von gerinnungswirksamen Komponenten. Als Grundregel gilt: alle Komplikationen und/oder komplexen Ereignisse im perioperativen Verlauf müssen dokumentiert und Diagnosen und Prozeduren kodiert werden.

Die Rolle des Anästhesisten beschränkt sich im DRG-Zeitalter nicht auf die reine Dokumentation besonderer oder ressourcenverbrauchender Ereignisse. Als Prozessbeteiligter im operativen Bereich trägt er durch Optimierung der Abläufe im OP oder im Aufwachraum (z.B. Schmerz-, Volumen-, Kreislauf-, Wärmemanagement) und durch frühe, zielorientierte Therapie zur Vermeidung von Komplikationen und damit von Intensivverweildauern dazu bei, dass die Behandlungsqualität und die ökonomische Effizienz der Behandlungsfälle im Krankenhaus gewährleistet werden.

Intensivmedizin

Anhand der Abbildung der Intensivmedizin im deutschen Fallpauschalensystem lässt sich die zunehmende Differenzierung des Systems gut erkennen. Während es 2003 so schien, als ob sich die Intensivmedizin in einem DRG-System nicht leistungsgerecht abbilden ließe, finden wir heute ein sehr komplexes System vor. Vorab muss folgendes festgestellt werden: Intensivstationen, egal welcher Fachabteilung unterstellt, entlassen nur selten Patienten direkt, d.h. sie sind meist Zwischen-Behandler, die nach der Logik des DRG-Systems, „wer entlässt, rechnet die DRG ab“, so gut wie nie eine DRG direkt abrechnen, es sei denn, der Patient verstirbt auf der Intensivstation (Entlassart verstorben) oder Patienten werden von hier direkt in eine Phase-B-Rehabilitationsklinik verlegt. Selbst wenn der Aufenthalt auf der Intensivstation dazu führt, dass eine intensivmedizinische DRG gruppiert wird, rechnet diese DRG immer die entlassende Fachabteilung ab. Dies ist in aller Regel nicht eine intensivmedizinische Abteilung. Die Erlösanteile der Intensivstation werden dann je nach Art der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung an die Intensivstation rückvergütet.

Da die Leistungen auf der Intensivstation wesentlich zur Gruppierung von DRGs beitragen, wird deutlich, dass es sich bei der Intensivmedizin um einen bedeutenden Erlösfaktor handelt. Intensivmedizin trägt zur Wertschöpfung des Krankenhauses bei und bildet sich kostendeckend im G-DRG-System ab.

Viele Patienten liegen zwar über 24 Stunden auf einer Intensivstation, werden aber unter 96 oder unter 24 Stunden beatmet (die Beatmungsdauer wird immer kumulativ gerechnet inklusive der Narkosebeatmungsphase im OP). Solche Patienten werden nicht über eine Beatmungs-DRG abgerechnet, lassen sich aber unter bestimmten Umständen u.a. durch die Dokumentation der intensivmedizinischen Komplexbehandlungspunkte (s.u.) als spezielle intensivmedizinische DRGs darstellen. Beatmung wird dann als komplizierender Faktor in die Gruppierung der DRG einbezogen.

Patienten, die länger als 24 Stunden intensiv behandelt werden müssen, gehören auf die Intensivstation oder die Intensivüberwachungsstation. Diese Patienten werden je nach Versorgungsstufe des Krankenhauses mittlerweile gut im DRG-System abgebildet. Es existieren intensivmedizinische DRGs für beatmete aber auch für nicht-beatmete Patienten. Dabei sind organbezogene Intensiv-Abrechnungsmodalitäten (Herz-Kreislaufkrankungen, Viszeralorgane, SIRS/ Sepsis) als enormer Fortschritt gegenüber der bisherigen Abrechnung allein nach Dauer der Beatmung auf der Intensivstation zu werten. Die Differenzierung der intensivmedizinischen Fälle findet seit 2005 statt nach dem Prinzip der medizinischen Gewichtung entsprechend der Krankheitsschwere und dem Behandlungsaufwand. Für die Krankheitsschwere wird der SAPS-II-Score [Le Gall JR, et al. JAMA 1993;270:2957-2963] und für den Behandlungsaufwand der TISS28-Score [Miranda DR, et al. Crit Care Med 1996;24:64-73] herangezogen. Der SAPS II wurde ursprünglich zur Einschätzung der Prognose von Intensivpatienten konzipiert, beschreibt aber in täglicher Erhebung den Erkrankungsschweregrad jedes wichtigen Organsystems. Der TISS28 ist eine validierte Methode zur Beschreibung des Behandlungsaufwandes. Beide Scoring-Verfahren zusammengefasst ergeben eine gekoppelte Punkterhebung anhand von Krankheitsschwere und Behandlungsaufwand. Der SAPS-II-Score wird täglich dokumentiert, und die Punkte werden ohne den Anteil der Glasgow-Coma-Scale-Wertung summiert. Aus dem 28 Items umfassenden TISS28-Score werden täglich die 10 Punkt-gewichtigsten Items summiert. Die tägliche Summe der beiden Scores ohne die Punkte des Entlass- oder Verlegungstages, aber unter Addition der Punktsumme der ersten 24 Behandlungsstunden auf der Intensivstation ►

► (Summe der Punkte der ersten 24 Stunden plus der ansonsten rein Kalendertag-orientierten Punktschritte jedes Behandlungstages) ergeben die Summe der intensivmedizinischen Komplexbehandlungspunkte. Für die Punktschritte des gesamten Intensivaufenthaltes findet sich ein OPS-Kode der Ziffer „intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ 8-980. Dabei ist folgendes zu beachten:

- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind in den Hinweisen für die Benutzung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmaprodukten, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren.

Auf verschiedene intensivmedizinische DRGs wirken sich die 8-980-Kodes schwerergraderhöhend aus. In der Logik des G-DRG-Systems ist der Erlös der intensivmedizinischen DRGs damit erstens abhängig von der Beatmungsdauer und zweitens innerhalb der Gruppe gleicher Beatmungsdauer von der Zunahme der Komplexziffer (proportional zu der Erkrankungsschwere und dem Behandlungsaufwand).

Die Scores der intensivmedizinischen Komplexbehandlung werden künftig für weitere DRGs als Gruppierungsmerkmal ausschlaggebend sein. So sind ab 2008 intensivmedizinische Komplexbehandlungsziffern für 26 DRGs in 11 MDCs erlösrelevant. Für alle MDCs, die nicht über spezielle DRGs für die intensivmedizinische Komplexbehandlung verfügen, ist künftig ab 553 Aufwandspunkten (Mindestpunktzahl) die neue DRG A36Z in der Prä-MDC abrechenbar.

Der Kode für die intensivmedizinische Komplexbehandlung kann nur bei Patienten über dem 14. Lebensjahr generiert werden.

Die Komplexziffer kann nur geltend gemacht werden, wenn bestimmte strukturelle Vorgaben der Intensivmedizin vorhanden sind:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen,
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein.

Wenn die Patienten unter 24 Stunden auf der Intensivstation verweilen, können keine Komplexbehandlungspunkte geltend gemacht werden. Bei solchen Kurzliegern erscheint die Intensivstation nur als

modularer Anteil der Gesamtbehandlung. Die intensivmedizinische Behandlung ist dann Bestandteil einer DRG, die primär nicht als intensivmedizinische DRG in Erscheinung tritt. Es stellt sich bei allen DRGs die Frage der leistungsgerechten Verteilung der Erlöse auf alle mitbehandelnden Bereiche. Die Kalkulationsmatrix jeder DRG enthält einen Kostenstellenanteil „Intensivmedizin“. Wenn man die Kalkulationsmatrix betrachtet, lässt sich der Betrag ermitteln, der durchschnittlich für Fälle dieser DRG in Deutschland intensivmedizinisch verwendet wird. Bei Beträgen unter 600 € kann man davon ausgehen, dass in einer solchen DRG nicht jeder Patient auf eine Intensivstation aufgenommen wurde, da die Kosten pro Intensivbehandlungstag generell über 600 € liegen. Es stellt sich, angeregt durch die DRG-Debatte, die berechnete Frage, ob Patienten mit einer „Intensivpflichtigkeit“ unter 24 Stunden überhaupt auf einer Intensivstation behandelt werden sollten oder ob eine prozessorientierte und zielorientierte Behandlung eines solchen Patienten nicht sinnvoller in einem erweiterten 24-Stunden-Aufwachraum (PACU = post anaesthesia care unit) stattfinden kann, in dem es keine stationäre Administrationsstrukturen gibt und die Therapie sich an der schnellen Restitution von Vitalparametern orientiert.

Die medizinische Dokumentation in der Intensivmedizin ist sehr kompliziert und anspruchsvoll. Bei unsachgemäßer Handhabung können dem Krankenhaus bedeutende Erlöse verlorengehen. Die Vorhaltung von „Dokumentations-Profis“ ist daher überaus sinnvoll.

Schmerztherapie

a) Akute postoperative Schmerztherapie

Schmerztherapie ist in der operativen Medizin ein notwendiges Modul. Die Therapie akuter Schmerzen verbessert das Outcome (Reduktion von Stress, Wundinfektionen und kardiovaskulären Komplikationen u.a.) und führt über eine raschere Rekonvaleszenz der Patienten auch zur Verweildauerverkürzung, was damit einen ökonomischen Aspekt beinhaltet. Leitliniengerechte Schmerztherapie ist u.a. mit ressourcenintensiven Techniken der Analgesie (z.B. rückenmarksnah oder periphere Schmerzkatheter) verbunden und ist an strukturelle Vorrichtungen (Schmerzdienst, Messung der Schmerzintensität, Schmerzprotokoll, körperliche Untersuchung u.a.) gekoppelt. Wird eine solche komplexe Schmerztherapie länger als nur am OP-Tag betrieben und findet eine Schmerzvisite mindestens zweimal in 24 Stunden statt, ist es seit 2004 möglich, die OPS-Ziffer 8-919 „komplexe Akutschmerztherapie“ zu verwenden, seit 2006 gilt diese Ziffer auch bei aku-

► ten Tumorschmerzen. Verschiedene interventionelle Katheterv Verfahren und/oder Medikamentenpumpenverfahren lassen sich ebenfalls im OPS-Katalog kodieren (8-910 bis 8-917 und 8-91a). Eine Gewichtung dieser Ziffer hat sich bislang als schwierig erwiesen, die Kalkulation der Kosten einer akuten Schmerztherapie ist eine Gemeinschaftsaufgabe, der sich die DGAI beispielsweise auf Ihrer Homepage (www.dgai.de) stellt. Hier findet man eine Excel-Eingabemaske, die eine Matrix zur Erfassung der verwendeten Posten darstellt. Geht man nach einer Nutzen-Risiko-adaptierten Verweildauer z.B. eines epiduralen Katheters von 3-4 Tagen aus, so können ca. 400 € als ein Basisbetrag angenommen werden. Bei Fragen zur Kalkulation von akuten schmerztherapeutischen Prozeduren steht die E-Mail-Adresse akutschmerz@med.uni-jena.de zur Verfügung.

b) Therapie chronischer Schmerzen

Bei stationären Patienten mit chronischen Schmerzen können seit 2005 Schmerz-DRGs abgerechnet werden: B47Z als DRG für neuropathische Schmerzen, I42Z als DRG für die Schmerzen des Bewegungsapparates, U42Z für Schmerzen bei psychischen Erkrankungen und Z44Z Schmerzen bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Diese genannten DRGs sind alle „Z“-DRGs, d.h. sie sind nicht in Schweregrade zu unterteilen, sondern stellen eine jeweils unveränderliche Fallpauschale dar. Diese Unveränderlichkeit bedeutet hinsichtlich der Kalkulation, dass die Behandlung des Schmerzes (der den Aufnahmegrund widerspiegelt) in standardisierten Prozessen über einen definierten Zeitraum durchgeführt werden muss.

Die Prozeduren der Schmerztherapie lassen sich in diagnostischen OPS-Schlüsseln ausdrücken (1-910 bis 1-912) sowie in der therapeutischen OPS-Ziffer „Multimodale Schmerztherapie“ 8-918.0 bis 8-918.2. Die Ziffern hinter dem Punkt geben hierbei die Dauer der multimodalen Behandlung an. Die Kodierung dieser Ziffer setzt umfangreiche therapeutische inklusive psychotherapeutische Strukturen und eine wirklich multimodale Therapie von mindestens 7 Tagen voraus. Diese strukturellen Vorgaben können nur durch spezielle Schmerztherapieeinrichtungen erfüllt werden. In Analogie zur intensivmedizinischen Kom-

plexziffer wird damit deutlich, dass komplizierte und qualitativ hochwertige Behandlungen unabdingbar mit Struktur- und Prozessqualität im Krankenhaus verbunden sind.

Fazit

Der Anästhesist ist nur in Ausnahmefällen derjenige, der einen Krankenhausaufenthalt initiiert oder die Patienten direkt wieder entlässt. Der Anästhesist ist mitbehandelnder Kollege in verschiedenen Abschnitten der Behandlungskette bzw. der Behandlungspfade. Gerade die klinischen Behandlungspfade müssen im DRG-System interdisziplinär geplant und abgestimmt werden. Evidenzbasierte Medizin ist hierbei ein zentraler Aspekt. Hierdurch lassen sich Komplikationen vermeiden und ein rationaler Ressourcenverbrauch erreichen. Der Anästhesist spielt hierbei eine Schlüsselrolle, seine Leistungen sollte er daher in OPS-301 und ICD-10 sach- und regelgerecht abbilden können. Das G-DRG-System bietet eine gute Abbildung selbst komplexer Leistungen. Der Anästhesist ist aufgefordert, sich Kenntnisse über die Kodierung zu erwerben. Zur sachgerechten medizinischen Dokumentation sind Ressourcen im Krankenhaus notwendig.

Empfohlene Quellen:

Fachkommentar DRG Anästhesiologie
(Bestellungen unter www.bda.de)

Webseiten:

www.gdrg.de | www.dimdi.de | www.mydrgr.de |
www.dgai.de | www.bda.de | www.dgss.de |
www.astib.de

Korrespondenzadresse:

Dr. med. habil. Jan-Peter Braun
Ärztlicher Direktor, Vorstand
Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg
Knuthstraße 1
24939 Flensburg
Deutschland
E-Mail: braunja@diako.de

Teilnahmebedingungen an der zertifizierten Fortbildung (CME)

Zur kostenfreien Teilnahme müssen Sie den o.a. Kurs mit der folgenden **PIN-Nummer** buchen: **120824**

Je Fortbildungsbeitrag ist ein Satz von Multiple-choice-Fragen zu beantworten. Entsprechend den Bewertungskriterien der Bayerischen Landesärztekammer erhalten Sie zwei Fortbildungspunkte, wenn Sie mindestens 70% der Fragen zutreffend beantwortet haben. Bei 100% richtiger Antworten erhalten Sie drei Fortbildungspunkte. Die richtigen Antworten werden unmittelbar nach Einsendeschluss in dieser Zeitschrift bekanntgegeben. Die Fortbildungspunkte werden auch von den anderen Ärztekammern, gemäß den jeweiligen Bestimmungen, anerkannt. **Einsendeschluss: 28.02.2009**

Weitere Informationen: Stephanie Peinlich, Tel.: 0911 9337823, E-Mail: speinlich@dgai-ev.de

www.my-bda.com

MULTIPLE-CHOICE-FRAGEN (CME 12/2008)

1. Welche Aussage trifft zu?

- a) Das aktuelle G-DRG-System orientiert sich ausschließlich an Diagnosen. Prozeduren werden in der Bewertung der Fallpauschalen nicht berücksichtigt.
- b) Das aktuelle G-DRG-System ist weniger differenziert als das australische AR-DRG-System.
- c) Seit Einführung des G-DRG-Systems im Jahre 2003 hat sich dieses nicht wesentlich weiter entwickelt.
- d) Das aktuelle G-DRG-System ist ein differenziertes Entgeltsystem und berücksichtigt Diagnosen und Prozeduren.
- e) Medizinische Leistungen bilden sich im G-DRG-System kaum ab.

2. Welche Aussage trifft zu?

- a) Der Anästhesist hat keinen Einfluss auf die Generierung der Fallpauschale.
- b) Klinische Behandlungspfade sollen nicht zur Qualitätsverbesserung von klinischen Behandlungsmustern führen.
- c) Der Anästhesist gestaltet aktiv Prozesse im klinischen Verlauf von Behandlungsfällen.
- d) Da der Anästhesist selten Patienten aus der klinischen Behandlung entlässt, ist die medizinische Dokumentation von Prozeduren und Diagnosen für ihn nicht relevant.
- e) Anästhesisten beteiligen sich nicht an der Gestaltung von klinischen Behandlungspfaden.

3. Welche Aussage trifft zu?

- a) Die Einführung von DRGs hat zu einer Verkürzung der klinischen Behandlungsdauer geführt.
- b) DRGs führen zu einer Verschlechterung der klinischen Behandlungsqualität.
- c) Behandlungsfälle sind in jedem Krankenhaus anders, daher kann man keine medizinischen oder ökonomischen Vergleiche herstellen.
- d) Je kürzer die Krankenhausverweildauer, desto mehr leidet die Behandlungsqualität.
- e) Medizinische Behandlungsqualität und ökonomische Effizienz lassen sich nicht miteinander in Einklang bringen.

4. Welche Antwort trifft nicht zu?

- a) Für den gleichen Fall bekommt man überall in Deutschland das gleiche Entgelt.
- b) Am Ende der Konvergenzphase 2009 werden gleiche Fallpauschalen bundeslandweit mit dem gleichen Basisfallwert vergütet.
- c) Das Relativgewicht einer DRG multipliziert mit dem aktuellen Basisfallwert ergibt das Entgelt der DRG.
- d) Der CMI eines Krankenhauses beschreibt das durchschnittliche Relativgewicht der dort geleisteten DRGs.
- e) Krankenhäuser in Deutschland haben verhandelte Budgets.

5. Welche Antwort trifft nicht zu?

- a) Zusatzentgelte sind prinzipiell Bestandteil des Krankenhausbudgets.
- b) Zusatzentgelte sind grundsätzlich nicht im Krankenhausbudget enthalten, bedeuten also immer einen extrabudgetären Zusatzverdienst.
- c) Zusatzentgelte innerhalb eines Krankenhausbudgets können ein Absinken des Basisfallwertes induzieren.
- d) Besonders ressourcenreiche Elemente der Intensivmedizin werden zum Teil als Zusatzentgelte abgerechnet.
- e) Zusatzentgelte beinhalten die Möglichkeit, spezielle Leistungen in der Intensivmedizin abzubilden.

6. Welche Antwort trifft nicht zu?

- a) Die deutschen Fallpauschalen sind anhand von realen Fällen in Kalkulationskrankenhäusern kalkuliert worden.
- b) Die durchschnittlichen Kosten innerhalb einer DRG für Personal und Sachmittel werden als Erlösanteile in einer Matrix ausgewiesen.
- c) Durchschnittliche Erlösanteile für Anästhesie und Intensivmedizin lassen sich aus jeder DRG herauslesen.
- d) Mit Kenntnis des eigenen Anästhesieminutenpreises lassen sich Vergleiche mit den in jeder DRG kalkulierten Anästhesieerlösanteilen anstellen.
- e) Anästhesiekosten sind in den DRGs nicht enthalten.

7. Welche Antwort trifft zu?

- a) Das G-DRG-System bildet die Intensivmedizin nur sehr unvollständig ab.
- b) Intensivmedizinisch können nur Beatmungsfälle im G-DRG-System abgebildet werden.
- c) Die intensivmedizinische Komplexbehandlungsziffer berücksichtigt nicht die Schwere der Erkrankung eines Patienten.
- d) Die intensivmedizinische Komplexbehandlungsziffer führt zur Differenzierung von intensivmedizinischen DRGs.
- e) Lediglich die Beatmungsdauer führt zur Differenzierung der intensivmedizinischen DRGs.

8. Welche Antwort trifft nicht zu?

- a) Fälle, die in eine Beatmungs-DRG oder eine andere intensivmedizinische DRG eingruppiert werden, werden immer von der Intensivstation direkt entlassen.
- b) Komplizierende Faktoren in der Intensivmedizin erhöhen den Komplexitätsgrad einer DRG.
- c) Der Behandlungsaufwand eines intensivmedizinischen Falles beeinflusst die Eingruppierung des Falles in eine DRG.
- d) Fälle, die unter 24 Stunden auf einer Intensivstation behandelt werden, werden nicht in einer intensivmedizinischen DRG abgebildet.
- e) Intensivmedizinische Behandlungen unter 24 Stunden sind in den Fallpauschalen einkalkuliert.

9. Welche Antwort trifft nicht zu?

- a) Die Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlungsziffer setzt bestimmte Strukturqualitäten der Intensivstation voraus.
- b) 24-stündige Präsenz eines intensivmedizinisch erfahrenen Arztes ist Voraussetzung zur Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlungsziffer.
- c) Die intensivmedizinische Komplexbehandlungsziffer 8-980 wird bei Patienten unter 14 Jahre nicht kodiert.
- d) Intensivmedizinisch erfahrenes Pflegepersonal ist Voraussetzung, um die Ziffer 8-980 kodieren zu können.
- e) Ein Intensivmediziner muss lediglich in Form eines Rufdienstes zur Verfügung stehen, um die Ziffer 8-980 kodieren zu können.

10. Welche Antwort trifft zu?

- a) Die OPS-Ziffer 8-919 „komplexe Akutschmerztherapie“ ist an keine strukturellen Voraussetzungen gekoppelt.
- b) Ein Schmerzdienst zur Akutschmerzbehandlung ist im Gegensatz eines Schmerzdienstes zur Behandlung chronischer Schmerzen nicht mit einem Ressourcenverbrauch verbunden.
- c) Eine adäquate Schmerztherapie kann das Outcome der Patienten verbessern und hat durch Vermeidung von Komplikationen auch eine ökonomische Bedeutung.
- d) Eine Nutzen-Risiko-Betrachtung bei der Planung eines akuten Schmerzdienstes ist überflüssig.
- e) Die Messung von Schmerzintensitäten ist nicht notwendig bei der Implementierung eines akuten Schmerzdienstes.

**ANTWORTEN CME****7/8 | 08****HEFT 7/8/2008**

Frage 1:	a	Frage 6:	b
Frage 2:	e	Frage 7:	e
Frage 3:	e	Frage 8:	c
Frage 4:	c	Frage 9:	d
Frage 5:	d	Frage 10:	c