213-218 Beitrag Laux 21.10.2003 14:09 Uhr Seite 213

Die Anästhesieambulanz in DRG-Zeiten

Zentrale Kodierung von Nebendiagnosen – eine neue Aufgabe

Outpatient anaesthesia in the DRG period
Central coding of secondary diagnoses – a new task

T. Laux[1], H. Kawach[1], H. Möck[2], D. Dietrich[2] und C. Madler[1]

[1] Institut für Anästhesiologie und Notfallmedizin I, Westpfalz-Klinikum GmbH Kaiserslautern (Chefarzt: Prof. Dr. C. Madler)

[2] Geschäftsführung, Qualitätsgeschäftsstelle, Westpfalz-Klinikum GmbH Kaiserslautern

Zusammenfassung: Mit der Einführung des DRG-Systems zur Krankenhaus-Abrechnung in Deutschland werden Nebendiagnosen erheblich an Bedeutung gewinnen. Über eine Erhöhung des patientenbezogenen Komplikations- und Komorbiditätslevels können die Erlöse erheblich beeinflußt werden. Die Kodierung wird in Deutschland ärztliche Aufgabe sein, die Erfassung von Nebendiagnosen gehört ohnehin zu den Aufgaben des Anästhesisten bei der präoperativen Untersuchung. Entgeltrelevante Prozeßabläufe werden am besten zentral organisiert und überwacht. Im Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern wurde daher die Kodierung von Nebendiagnosen durch den Anästhesisten bei der Prämedikation eingeführt. Für dieses Projekt waren eine organisatorische Umstrukturierung, personelle Aufstockung, Beschaffung von Kodierhilfen und ein laufendes Qualitätsmanagement erforderlich. Inzwischen sind sowohl die Anzahl von Nebendiagnosen pro Fall gestiegen als auch die Anzahl von Fällen ohne Nebendiagnose gesunken. Durch die zentrale Erfassung der Nebendiagnosen kann bei nicht adäquater Kodierung entsprechend an zentraler Stelle eingeschritten werden. Wegen der fehlenden deutschen Bewertungsrelationen und DRG-Gruppen kann noch keine Aussage über die Bewertung der erfaßten Nebendiagnosen gemacht werden. Sobald die Wertigkeit der Nebendiagnosen feststeht, wird zur Erzielung eines entsprechenden Entgelts fall- und prozedurengebunden verschlüsselt werden müssen. Die Verschlüsselung in Papierform und "Hitlisten" häufiger Diagnosen werden abgelöst werden durch die direkte Eingabe der Daten in das Klinikinformationssystem und die dortige Kontrolle der Entgeltrelevanz der Daten. Die Einführung der Kodierrichtlinien wurde durch die zentrale Erfassung von Nebendiagnosen in der Anästhesieambulanz erleichtert. Insgesamt hat unsere Anästhesieambulanz eine Aufwertung erfahren und wird zunehmend zur Schaltstelle des perioperativen Managements.

Summary: The implementation of Diagnosis Related Groups (DRGs) for hospital billing will make documentation of secondary diagnoses increasingly important. Better documentation of patient complications and comorbidity levels can increase revenues considerably. Documentation will be a physician task in Germany, recording secondary diagnoses is part of the anaesthetist's preoperative routine already. Information relevant for billing is best recorded and controlled centrally. As anaesthetists must see all patients before surgery, the registration of secondary diagnoses has been added to anaesthetist's tasks in the Westpfalzklinikum Kaiserslautern. This required an increase of staff, acquisition of coding aids and implementation of continuous quality management. Meanwhile, the number of secondary diagnoses recorded per case has increased while the number of cases recorded without secondary dignoses has decreased. Inadequate coding is therefore easily recognizable through the centralized collection of data. As the DRGs have not been finally determined in Germany, a definite assessment of the collected data quality is not yet possible. As soon as the rating of the secondary diagnoses has been concluded, cases and procedures will have to be encoded for reimbursement. Manual coding on paper and the use of "hitlists" for frequent diagnoses will be replaced by entering data directly in the hospitals´ electronic information system and a centralized control of information pertinent to reimbursement. Implementation of DRGs in our hospital will greatly benefit from the central collection of data by the anaesthetists. Our preoperative anaesthetic day clinic has thus gained in importance and assumed a central position in perioperative management.

Schlüsselwörter: Diagnosis Related Groups (DRGs) – Qualitätskontrolle – Anästhesieambulanz – präoperative Untersuchung – Kodierung

Key words: Diagnosis Related Groups (DRGs) – Quality Control – Anaesthesia Department, Hospital – Preoperative Care – Ambulatory Care – Coding.

© Anästhesiologie & Intensivmedizin 2002, 43: 213-218
DIOmed-Verlags GmbH.

213-218 Beitrag Laux 21.10.2003 14:09 Uhr Seite 214

Einleitung

Im Zuge des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 wurde die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierten Entgeltsystems für die Vergütung von Krankenhausleistungen beschlossen. Die Vertragspartner haben die Einführung der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) in der Version 4.1 als Grundlage eines deutschen DRG-Systems vereinbart. Erhebliches Gewicht bei der Abrechnung nach dem neuen System wird die korrekte Verschlüsselung von Prozeduren und Nebendiagnosen erlangen. Über eine Erhöhung des Patient Clinical Complexity Levels (PCCL) ergeben sich enorme Differenzen im Entgelt in Abhängigkeit von der Schwere der Nebendiagnosen eines Patienten und der Kodierqualität (1).
Nach dem am 01.03.2002 beschlossenen „Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)" wird die Einführung der DRGs verpflichtend 2004, optional 2003 erfolgen, womit 2002 zum Referenzjahr werden kann (2, 3, 4). Bereits seit dem 01.01.2001 muß im stationären Bereich nach OPS 301, Version 2.0 und ICD10-SGB V, Version 2.0 verschlüsselt werden. Im April 2001 wurden in den allgemeinen deutschen Kodierrichtlinien Nebendiagnosen definiert (5), interessanterweise wurde dabei auch auf das Prämedikationsgespräch eingegangen (Tab. 1). Inzwischen sind auch die speziellen Kodierrichtlinien erschienen (6).

Die Fortführung der Medikation kann genauso wie die Hilfe beim Waschen und die schwere Herzinsuffizienz zur Kodierung einer Nebendiagnose führen (6). Im perioperativen Bereich bedarf ein Patient mit einer höheren Anzahl bzw. schwereren Ausprägung von Vorerkrankungen ausgedehnteren Überwachungsmaßnahmen (invasives Monitoring, gegebenenfalls postoperative Überwachung auf Intensiv- oder Intermediate-Care-Station) durch den Anästhesisten sowie unter Umständen weiteren diagnostischen Maßnahmen (erweiterte Laborparameter, EKG, Röntgenaufnahme des Thorax, Lungenfunktion, etc.). Diese teuren Diagnose- und Überwachungsmaßnahmen sowie der erhöhte pflegerische Aufwand bei Risikopatienten sollen über das neue Abrechnungssystem bezahlt werden. Voraussetzung dafür ist aber eine korrekte Dokumentation von Prozeduren und Diagnosen (1, 6, 8). Was nicht kodiert wird, wird auch nicht bezahlt. Die fehlende Dokumentation auch nur einer Nebendiagnose kann den Erlös um 50% mindern, so zum Beispiel die fehlende Dokumentation eines Harnwegsinfekts als Nebendiagnose bei einem Patienten mit Linksherzinsuffizienz als Hauptdiagnose (1).

Nebendiagnosen werden ohnehin routinemäßig in der Anästhesieambulanz erhoben (2). Es bietet sich daher an, diese im Rahmen der Prämedikation zu verschlüsseln und den Patienten wie im AR-DRG-System über Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren abzubilden. Weiterhin ist es bei Prozeßabläufen mit derartiger Entgeltrelevanz vorteilhaft, wenn diese zentral ablaufen. So ist die Verschlüsselung besser organisier- und steuerbar.

Die Anästhesieambulanz des Westpfalz-Klinikums Kaiserslautern wurde im Jahre 2001 entsprechend umstrukturiert.

Es ist davon auszugehen, daß in Deutschland die Kodierung ärztliche Aufgabe sein wird (8). Dies wurde auch von der Geschäftsführung unserer Klinik klargestellt. In der Einleitung zu den allgemeinen Deutschen Kodierrichtlinien heißt es: "Die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, insbesondere der Hauptdiagnose, liegt beim behandelnden Arzt, unabhängig davon, ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt" (5).

Als wichtige Kennzeichen des neuen Abrechnungssystems sind aus unserer Sicht vor allem drei Punkte zu nennen:
1. Die Kodierung entscheidet über den Erlös.
2. Kodierung ist ärztliche Aufgabe.
3. Die Daten müssen bereits jetzt erhoben werden.

Diesen Aufgaben werden sich auch die Anästhesisten zu stellen haben.

Umstrukturierung der Anästhesieambulanz

Vor Beginn der Verschlüsselung von Nebendiagnosen mußten umfangreiche Vorarbeiten getroffen werden, die sich in folgenden Punkten zusammenfassen lassen:
- Analyse der derzeitigen Abläufe in der Anästhesieambulanz
- Organisatorische Umstrukturierung
- Personelle Aufstockung des ärztlichen Bereichs
- Beschaffung von Informationsmedien und Kodierhilfen (ICD-Schlüssel, Diagnosethesauren, entsprechende Hard- und Software; DRG-Kalkulationsprogramm bzw. Grouper)
- Qualitätsmanagement, betreffend die Qualität der Kodierung und den Ablauf der Prämedikation bzw. die Patientenzufriedenheit.

Über die Anästhesie-Ambulanz des Westpfalz-Klinikums Kaiserslautern werden jährlich etwa 10.000 Patienten prämediziert. Insgesamt werden ca. 13.000 Narkosen pro Jahr durchgeführt. Die Schmerzambulanz inklusive der stationären Schmerztherapie ist dem Sekretariat der Anästhesieambulanz zugeordnet. Neben dem Prämedikationsgespräch obliegen dem Arzt in der Anästhesieambulanz noch eine Reihe anderer Aufgaben:
- Einteilung von Kollegen zur Prämedikation von Patienten auf Station
- Anmeldung von Patienten auf Intensivstationen
- Organisation der bevorzugten Prämedikation von Kindern und Notfallpatienten

213-218 Beitrag Laux 21.10.2003 14:09 Uhr Seite 215

- Anmeldung von Konsiliaruntersuchungen
- Erstellen eines OP-Plans mit anästhesiologischen Besonderheiten
- Qualitätsmanagement u. a.

Diese Aufgaben wurden bisher von einem Kollegen wahrgenommen, der fest jeden Tag in der Anästhesie-Ambulanz eingeteilt war. Dieser wurde von den Kollegen unterstützt, die jeweils verfügbar waren und hatte diese und alle genannten Aufgaben im Prinzip allein zu disponieren. Die erhobenen Daten wurden in einer selbst erstellten Datenbank gesammelt und daraus die entsprechenden Berichte (stationär zu prämedizierende Patienten, OP-Plan mit anästhesiologischen Besonderheiten, Intensivanmeldungen, Privatpatienten etc.) erstellt. In Stoßzeiten war die Anästhesieambulanz entsprechend personell unterbesetzt, die zusätzliche Verschlüsselung von Nebendiagnosen und die entsprechende Umstrukturierung der Anästhesieambulanz konnte nicht von einer einzelnen Person umgesetzt werden.

In Absprache mit der Geschäftsführung der Klinik wurde ein zusätzlicher Anästhesist in Vollzeit als zweite Kraft in der Anästhesieambulanz eingesetzt. Neben den personellen Voraussetzungen mußten auch entsprechende Hilfsmittel zur Kodierung organisiert werden. Neben der ICD-10 Version 2.0 und einem entsprechenden Diagnosenthesaurus wurden auf den in jedem Prämedikationszimmer vorhandenen Computern Diagnosesuchprogramme installiert (ID-Diacos, Firma ID, Berlin). Da diese Medien teilweise noch nicht zur Verfügung standen, war hier mit erheblichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Erst im April 2001 waren Diagnose- und Prozedurenklassifikationen in ausreichender Anzahl vorhanden (1). Ebenso wurden die allgemeinen deutschen Kodierrichtlinien für Krankheiten und Prozeduren erst im April 2001 veröffentlicht und konnten somit erst im 2. Quartal 2001 berücksichtigt werden. Unter anderem wurde der Begriff "Nebendiagnose" erst in den allgemeinen Kodierrichtlinien definiert. Nach Erscheinen derselben mußten diese wiederum in ausreichender Anzahl beschafft werden, entsprechende Schulungen der Mitarbeiter und teilweise Umstrukturierungen bei der Kodierung wurden vorgenommen. Gleiches galt für die speziellen deutschen Kodierrichtlinien, die im September 2001 erschienen sind; entsprechende Veränderungen beim Kodieren mußten veranlaßt werden.

Da die Kalkulation der Bewertungsrelationen mit den G-DRGs noch nicht vorliegen (Stand: November 2001) und damit die Wertigkeit der Nebendiagnosen für den Erlös noch nicht feststeht, wird es noch erhebliche Veränderungen beim Kodieren geben.

Um häufige Diagnosen schneller aufzufinden, wurde eine "Hitliste" von Nebendiagnosen, getrennt nach Organsystemen, an alle Kollegen verteilt. Diese wurde inzwischen mehrmals überarbeitet, immer jedoch auf zwei DIN-A4 Seiten beschränkt, um sie in der Kitteltasche mit sich führen zu können. Bei Prämedikation auf Station waren die in der Anästhesie-Ambulanz vorhandenen Diagnoseschlüssel nicht immer vorhanden, dort konnte die "Hitliste" wertvolle Dienste leisten. Ein besonderes Augenmerk wurde daher außerdem darauf gelegt, daß ein hoher Anteil der Patienten in der Anästhesieambulanz gesehen werden konnte. Dies ist ohnehin für einen optimalen organisatorischen Ablauf und eine bestmögliche Patientenvorbereitung unerläßlich (9, 11).

Tabelle 1: Definition von Nebendiagnosen (4).

Die Nebendiagnose ist definiert als:

"Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt."

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, daß irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Einer oder mehrere der oben genannten Faktoren werden üblicherweise eine **verlängerte Dauer des stationären Aufenthalts** zur Folge haben.

Krankheiten, die durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, dürfen nur kodiert werden, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflußt, muß diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert werden.

Als wesentliche Voraussetzung für eine solche Umstrukturierung der Anästhesieambulanz erscheint uns ein laufendes Qualitätsmanagement. Ein Parameter für Patientenzufriedenheit und optimalen organisatorischen Ablauf ist die Patientenwartezeit (8). Damit durch den verschlüsselungsbedingten Mehraufwand nicht erhöhte Wartezeiten für die Patienten entstehen, wurden Zeiten kontinuierlich in unserer Datenbank erfaßt. Ebenso wurde der Anteil der stationär zu prämedizierenden Patienten in unserer Datenbank überwacht. Mit Ausnahme der herzchirurgischen Operationen liegt dieser weiterhin unter 20%. Eine weitere Erhöhung des Anteils von in der Anästhesieambulanz prämedizierten Patienten gelang auch unter größeren Anstrengungen nicht. Dieses Vorhaben scheiterte zum einen an erheblichen internistischen Vorerkrankungen der Patienten, die die Transportfähigkeit der Patienten beeinträchtigte, zum anderen an logistischen Problemen.

213-218 Beitrag Laux 21.10.2003 14:09 Uhr Seite 216

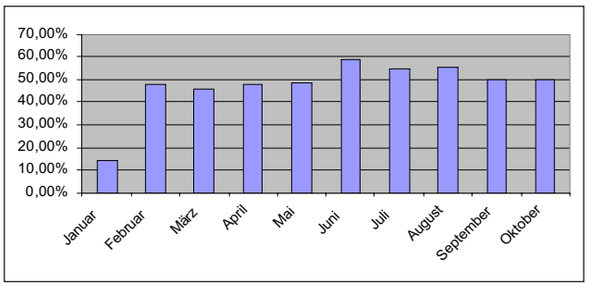

Abbildung 1: Prozentualer Anstieg der Anzahl von Nebendiagnosen pro Fall und Monat im Jahr 2001 gegenüber 2000 (gesamt), operativer Bereich.

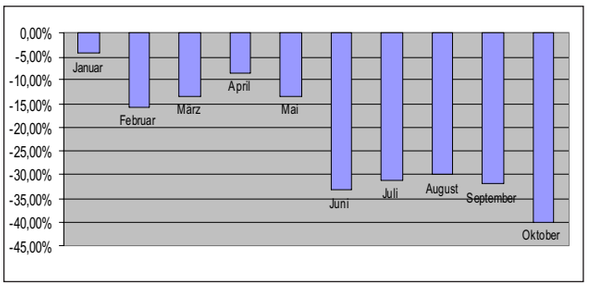

Abbildung 2: Abnahme der Anzahl von Fällen ohne Nebendiagnose im Verhältnis zum Durchschnitt 2000 (operative Disziplinen).

Nach Schulung aller Mitarbeiter der Abteilung bezüglich DRG-Umstellung und Kodierung konnten wir nach Abschluß der Vorarbeiten im 1. Quartal 2001 mit der Verschlüsselung der operativen Patienten in unserer Klinik beginnen.

Praxis der Verschlüsselung

Frühzeitig nach der Entscheidung der Selbstverwaltung, auf AR-DRGs umzustellen, wurden in unserem Haus Prozeduren- und Diagnosenerfassungsbögen eingeführt. Auf diesen werden die während des stationären Aufenthalts durchgeführten Prozeduren und erfaßten Diagnosen dokumentiert, der Bogen soll als "Laufzettel" in jeder Krankenakte vorliegen. Ebendort wurden auch die anästhesiologisch erfaßten Nebendiagnosen kodiert. Probleme ergaben sich dabei im Nichtvorhandensein der Bogen in vielen Krankenakten ebenso bei prästationären Patienten und solchen Patienten, die über die Zentralambulanz in die Anästhesieambulanz kamen und bei denen noch keine Patientenakte angelegt war. Um im klinischen Alltag schnell Diagnosen nachzuschlagen und gleichzeitig Patienten in der vorhandenen Datenbank verwalten zu können, wurde leistungsfähigere Hardware beschafft. Gleichzeitig streben wir eine direkte Eingabe von Diagnosen in das vorhandene Klinik-Informationssystem (KIS) ohne den Weg über manuelle Dokumentation und anschließende Eingabe in der Klinikverwaltung an. Auch für dieses zukünftige Ziel wird leistungsfähige Hardware, insbesondere ein ausreichend dimensionierter Arbeitsspeicher, benötigt werden.

Ergebnisse der Verschlüsselung von Nebendiagnosen

Wegen des fehlenden Vorliegens der Bewertungsrelationen und der G-DRGs können nur begrenzte Aussagen über die Relevanz der kodierten Nebendiagnosen gemacht werden. Mit den Kodierhilfen ist es zwar möglich, Aussagen über die Entgeltrelevanz im AR-DRG-System zu treffen, eine Übertragung auf deutsche Verhältnisse ist angesichts der fehlenden deutschen Fallgruppen und Kostengewichte jedoch nicht möglich. Immerhin konnte in operativ tätigen Fachabteilungen die durchschnittliche Anzahl von Nebendiagnosen pro Patient gesteigert werden (Abb. 1). Ebenso sank der Anteil von Patienten ohne Nebendiagnosen (Abb. 2).

Als Parameter der Patientenzufriedenheit wurden Wartezeiten erfaßt. Hierbei war zunächst ein Anstieg auf über 30 Minuten zu beobachten. Als Ursache konnten neben der anfangs zeitaufwendigen, mit ausreichender Übung inzwischen wesentlich schneller erfolgenden Kodierung die passagere Raumknappheit in der Ambulanz eruiert werden. Inzwischen liegt die durchschnittliche Wartezeit wieder bei 20 - 30 Minuten. Die durchschnittliche Dauer des Prämedikationsgesprächs ist nach Einführung der Kodierung leicht gestiegen.

Ausblick und Fazit

Durch die nunmehr im Entgeltsystem exponierte Stellung der Anästhesieambulanz erfolgt ein reger Austausch mit den entsprechenden Stellen der Klinik. Die Kodierung in diesem zentralen Bereich ist besser zu organisieren und zu steuern. Nach Erscheinen der allgemeinen und speziellen deutschen Kodierrichtlinien konnten diese wesentlich schneller umgesetzt werden als bei der Kodierung durch verschiedene Stationsärzte etlicher Abteilungen. Die Überwachung und Verbesserung der Kodierqualität ist durch die zentrale Stelle der Anästhesieambulanz als Relaisstelle der Informationsübermittlung (10) einfacher möglich. Das Qualitätsmanagement muß aber noch weiter ausgebaut werden. Ein wie bei uns festgestellter Anstieg der Menge der kodierten Daten ist noch kein Beweis für höhere Datenqualität, vielmehr sinkt mit dem zunehmenden Umfang erhobener Daten oft deren Qualität (8). Da die Wertigkeit jeder einzelnen Nebendiagnose im AR-DRG-System von der Zuordnung zu einer Hauptdiagnose abhängig ist, wird nach Erscheinen der deutschen Fallgruppen fall- und prozedurengebunden verschlüsselt werden müssen (1). Nicht nur die Anzahl von dokumentierten Nebendiagnosen zählt, vielmehr muß in jedem Behandlungsfall nach Hauptdiagnose und erfolgten Proze-

213-218 Beitrag Laux 21.10.2003 14:09 Uhr Seite 217

Tabelle 2: „Untersuchungsverfahren" und "Eingriffe an Herzklappen" die zu einer Höherbewertung des PCCLs führen können (gruppiert mit ID Diacos, Version 5.2, Fa. ID, Berlin; nach (9)).

Keine Höherbewertung		**Höherbewertung**	
E 10 - E 14	Diabetes mellitus	A 41	Sepsis
E 66.0 - .9	Adipositas	B 16.9	Akute Hepatitis B
E 78.0 - .9	Fettstoffwechselstörung	B 17.1	Akute Hepatitis C
F 10.2	Alkoholabusus	I 24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom
F 17.1 - 2	Nikotinabusus	I 25.2	Alter Myokardinfarkt
I 10	art. Hypertonie	I 26.0	Lungenembolie
I 11.0 - .9	Hypertensive Herzkrankheit	I 30.9	Akute Perikarditis
I 12.0	Hypertensive Nierenkrankheit	I 31.1	Nichtentzündl. Perikarderguß
I 13.0	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	I 48	Vorhofflattern und –flimmern
J 45.0 - .9	Asthma	I 49.0	Kammerflattern und-flimmern
K 70.1	Alkoholische Hepatitis	I 49.9	Kardiale Arhythmie, n. n. bez.
		I 50.0 - .9	Herzinsuffizienz
		I 64	Schlaganfall
		J 12 - J 16	Pneumonie, bek. Erreger
		J 18.0-.9	Pneumonie, unbek. Erreger
		J 80	ARDS
		K 74.0 - .6	Leberzirrhose und –fibrose
		K 92.2	Gastrointestinale Blutung
		L 89	Dekubitus

duren die Wertigkeit von Nebendiagnosen beachtet werden. So besitzt die Nebendiagnose "akute respiratorische Insuffizienz" J 96.0 in der AR-DRG-Gruppe B70 (Schlaganfall) eine wesentlich geringere Wertigkeit (CCL 2) als bei Erkrankungen von Hirnnerven (AR-DRGB 71, CCL 3 - 4) (1, 11).
Ein anderes Beispiel hierfür gibt Tabelle 2 wieder mit einigen für eine Erhöhung des Erlöses relevanten Nebendiagnosen im AR-DRG-System bei herzchirurgischen Operationen. Ein einfaches Kodieren nach "Hitliste" wird keinesfalls ausreichen und kann zu einer Verflachung der Kodierung beitragen (12). Eine entsprechend komplexe Betrachtungsweise des Falls, z.B. durch Kalkulation im KIS oder prozeduren- und hauptdiagnosenabhängige Kodierung, möglichst auf EDV-Ebene, wird erforderlich sein. Nur durch eine Gruppierung der Daten durch den verschlüsselnden Arzt ist letztlich eine Fehlerkontrolle (z.B. falsche Hauptdiagnose) möglich. Die Möglichkeit, unmittelbar Erlöse berechnen zu können, kann auch als zusätzliche Motivation zum Kodieren gesehen werden (13). Eine zur Prüfung der Kodierqualität notwendige Gruppierung ist keineswegs mit erlösoptimierenden Aktivitäten zu verwechseln (14). Ein solches unkritisches, erlösorientiertes Falschkodieren ("Upcoding") wird zum einen zu entsprechenden Sanktionen führen, wenn Nebendiagnosen nicht aus der Krankenakte nachvollzogen werden können; zum anderen kann zur Kostendämpfung der budgetwirksame Casemix-Anstieg limitiert werden (1).

In Zukunft wird auch bei uns die manuelle Dokumentation entfallen, die Diagnosen werden direkt, ohne den Umweg über Papier, in das KIS eingegeben werden können. Die zeitnahe Eingabe führt dazu, daß Daten am Ende der stationären Behandlung auch tatsächlich vorliegen (8). Die Eingabe wird unmittelbar beim Prämedikationsgespräch im Prämedikationszimmer erfolgen. In Verbindung mit einer elektronischen Patientenakte und einem teilautomatisierten Arztbrief ist hierdurch mit erheblichen Zeitersparnissen zu rechnen (8, 12, 13).

Strukturelle Veränderungen, insbesondere Personalaufstockung, ausreichende Hard- und Softwareressourcen und angemessenes Platzangebot in der Anästhesieambulanz sind für eine wie von uns beschriebene Umstrukturierung unumgänglich. Beim zur Zeit erfolgenden Neubau unserer Anästhesieabteilung wird daher die Anästhesieambulanz über ein größeres Platzangebot verfügen als in der Gegenwart.

Es sollte bedacht werden, daß die Investitionen in die Umstrukturierung hin zum DRG-System jetzt teuer sind, sich aber in Zukunft auszahlen werden. So wird allein die Anschaffung eines DRG-tauglichen KIS mit 2.556 € pro Bett veranschlagt (15). Andererseits werden sich jetzt nicht erfolgende Investitionen mit Beginn der Umstellung auf DRGs mit geringeren Entgelten rächen, ein Rückstand in entsprechenden

213-218 Beitrag Laux 21.10.2003 14:09 Uhr Seite 218

strukturellen Voraussetzungen wird sich später nur noch schwer ausgleichen lassen (8).

Die Veränderungen haben die Prämedikationsambulanz erheblich aufgewertet und sind ein weiterer Schritt auf dem Weg zu einem in der Anästhesieambulanz vereinten Anästhesiemanagement-Zentrum, welches als Schaltstelle der Klinik für den gesamten perioperativen Bereich fungiert.

Literatur

1. *Rochell B., Roeder N., Hennke M.:* Rätsel AR-DRG?, Arzt und Krankenhaus 74, S. 98-127
2. *Rau F.:* Die gesetzliche Einbindung des DRG-Fallpauschalensystems in die Krankenhausfinanzierung gewinnt an Konturen. Das Krankenhaus 93, S. 660-663
3. Stellungnahme der DKG: Referentenentwurf zum DRG-Einführungsgesetz liegt vor. Das Krankenhaus 93, S. 664-667
4. *Hoffmann H.:* Der Kabinettsentwurf des "Fallpauschalengesetzes". Arzt und Krankenhaus 74, S. 292-299
5. Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 1.0. KU-Sonderheft, Baumann Fachverlag, April 2001.
6. Deutsche Kodierrichtlinien. Version 2002. Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft mbH. Düsseldorf, 2001.
7. *Schlottmann N., Raskop A. M.:* Erste allgemeine Kodierrichtlinien für Deutschland. Das Krankenhaus 93, S. 390-400
8. *Rochell B., Roeder N., Hennke M.:* Rätsel AR-DRG?, Teil 2, Arzt und Krankenhaus 74, S. 130-152
9. *Madler C., Danner K., Kawach H.:* Präoperative anästhesiologische Visite, Anästhesieambulanz. AINS 31, 1996, S. 633-653
10. *Dick W. F.:* Die Anästhesieambulanz – Lösung des Problems? Anästhesist 46, 1997, S. 96-98
11. Australian Refined Diagnosis Related Groups, V. 4.1, Definitions Manual, Volume1-3, Commonwealth of Australia 1998
12. *Stiller H., Elsner-Ehrling U., Jekabs U. Leititis:* Maßnahmen der Dokumentation für das zukünftige pauschalierte Entgeltsystem (AR-DRG-System) im Krankenhaus. Das Krankenhaus 93, S. 197-202
13. *Müller M., Prokosch H.-U., Roeder N.:* DRG-Gruppierung: Technische Umsetzung im Krankenhaus. Das Krankenhaus 93, S. 673-680
14. *Schlottmann N., Raskop A. M.:* Deutsche Kodierrichtlinien für Krankenhäuser liegen nun vollständig vor. In: Deutsche Kodierrichtlinien. Version 2002. Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft mbH. Düsseldorf, 2001
15. *Köninger H.:* Studie zum Handlungsbedarf in den deutschen Krankenhäusern für die Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems nach § 17b KHG, Studie im Auftrag der KHG, 15.5.2000, www.dkgev.de.

Korrespondenzadresse:
Dr. *T. Laux*
Institut für Anästhesiologie und Notfallmedizin
Westpfalz-Klinikum GmbH Kaiserslautern
Hellmut-Hartert-Straße 1
D-67655 Kaiserslautern.

Anästhesie-Ausweis der DGAI

Zur Mitgabe an Patienten mit Anästhesieproblemen wie, z.B. Disposition zur malignen Hyperthermie. Der Anästhesie-Ausweis der DGAI ist zum Preis von € 0,41 zzgl. MwSt. für DGAI-Mitglieder (€ 0,52 zzgl. MwSt. für Nicht-Mitglieder) mit nachstehendem Bestellschein erhältlich über

Aktiv Druck & Verlag GmbH, An der Lohwiese 36, D-97500 Ebelsbach, Fax: 09522 / 94 35 67.

Europäische Vereinigung der Fachärzte (UEMS)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Anästhesie-Ausweis

Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI)

Anaesthesia Problem Card

DGAI Geschäftsstelle:
Roritzerstraße 27
D-90419 Nürnberg

Tel.: + 49 (0)9 11 93 37 80
Fax: + 49 (0)9 11 3 93 81 95
e-mail: dgai@dgai-ev.de

Bestellschein

Hiermit bestelle ich _____ Stück des Anästhesie-Ausweises der DGAI.

DGAI-Mitglied ☐ ja ☐ nein

Name: _____

Anschrift: _____

_____

_____
Datum, Unterschrift

Preisliste - Konditionen

Stückpreis: € 0,41 zzgl. MwSt. (€ 0,52 für Nicht-Mitglieder)

Mindestauftragswert: 40 Exemplare

Ab einer Abnahme von 100 Stück wird ein Preisnachlaß von 10% gewährt.

Die Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten.