

Die Einführung der DRGs

- Perspektiven und praktische Konsequenzen für die vier Säulen des Fachgebiets
Anästhesiologie -

Introduction of Diagnosis-Related Groups - Prospects and consequences of implementation for the four pillars of anaesthesiology

T. Laux, Th. Luiz und C. Madler

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

Zusammenfassung: Die Umstellung auf DRGs zur Entgeltberechnung in deutschen Krankenhäusern wird große Veränderungen in der Anästhesiologie mit sich bringen. Dies betrifft nicht nur die Verschlüsselung anästhesiologischer Prozeduren, die auf den Intensivstationen, aber auch in der operativen Anästhesie und in der Schmerztherapie große Bedeutung gewinnen und erhebliche Investitionen erfordern wird, sondern – unter Entgeltaspekten betrachtet – noch mehr die Verschlüsselung von Diagnosen. Hierzu kann die Anästhesieambulanz über die Dokumentation ohnehin erhobener Nebendiagnosen einen wesentlichen Beitrag leisten. Die dazu erforderliche Umstrukturierung mit entsprechend angepaßter personeller wie apparativer Ausstattung sollte daher als eine Investition in die Zukunft des Gesamtbetriebes Krankenhaus, und nicht isoliert auf die Anästhesiologie bezogen betrachtet werden.

Auch wird zentralen Notaufnahmen zukünftig die Rolle zufallen, Patientenströme zu kanalisieren und die damit zusammenhängenden Prozeßabläufe zu optimieren, womit diesen Institutionen entscheidender Einfluß auf die Verweildauer und Ökonomisierung der Krankenhausbehandlung zukommt. In gleicher Weise sind tiefgreifende Auswirkungen des DRG-Systems auf die präklinische Notfallmedizin zu erwarten: Spezialisierung und Zentralisierung von Leistungen werden nicht nur Interhospitaltransfersystemen eine wesentlich größere Bedeutung zuweisen, sondern auch dazu führen, daß Therapieverfahren, die die Krankenhausverweildauer positiv beeinflussen, vermehrt in die Präklinik verlagert werden.

Die DRG-Umstellung sollte schließlich als weiterer Schritt hin zu einem „Anästhesiemanagement-Zentrum“, welches nicht nur als Schaltstelle des perioperativen Ablaufs, sondern auch als Erlöscenter wichtige Aufgaben im Klinikablauf übernimmt, genutzt werden.

Summary: The introduction of Diagnosis-Related Groups (DRGs) for hospital billing in Germany will significantly change and influence the future role and

position of anaesthesiology departments. Accurate coding of anaesthetic procedures will become of great importance in the fields of intensive care, perioperative anaesthesia and pain therapy. It will also demand substantial investments to be made. However, when revenues and profits are considered, adequate coding of diagnoses will assume an even greater importance. In this respect, the preoperative anaesthetic clinic will be able to facilitate the implementation of DRGs by its collection of data on secondary diagnoses. The structural reorganisation and adjustment of staff and technical equipment that is required for introducing DRGs should therefore be regarded as an investment for the future benefit of the entire hospital and not just the anaesthesiology department.

Emergency departments will also assume an important role in channelling patient flows and optimising the flow of related processes. These institutions will thus exert a major influence on the length and economic improvement of inpatient treatment. Similarly, the introduction of DRGs will have far-reaching effects on prehospital emergency medicine: As a result of the concentration of diagnostic and therapeutic procedures within highly specialised medical centres, well-organized interhospital transfer systems will become increasingly important. It may also be expected that procedures that tend to increase the length of hospital stay will be frequently shifted into the field of prehospital emergency medicine.

The implementation of German DRGs should finally serve to promote the transformation of anaesthesiology departments from facilities of perioperative care into "management centres" that play an active role in securing the economic well-being of the hospital.

Schlüsselwörter: Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Anästhesiologie – Ambulante Einrichtungen – Notfallmedizin - Notfalltherapie

Key words: Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Anaesthesiology – Ambulatory Care Facilities – Emergency Medicine – Emergency Treatment.

Einleitung

Die im GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 beschlossene Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierten Entgeltsystems für die Vergütung von Krankenhausleistungen wird zu vielerlei Veränderungen im deutschen Krankenhauswesen führen. Die Selbstverwaltung hat die Einführung der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) in der Version 4.1 als Grundlage eines deutschen DRG-Systems vereinbart.

Ursprünglich war die Einführung der DRGs für 2003 geplant, womit 2001 als einziges vollständiges Referenzjahr blieb. Allerdings kam es zu erheblichen Verzögerungen: Die Drucklegung und Auslieferung der neuen Schlüssel erfolgte erst im Jahre 2001, die allgemeinen deutschen Kodierrichtlinien mit der Definition von Haupt- und Nebendiagnosen wurden im April 2001, die speziellen Kodierrichtlinien im September 2001 definiert. Damit ist 2001 als Referenzjahr kaum nutzbar. Nach dem im Bundestag verabschiedeten "Fallpauschalengesetz" wird nun die DRG-Einführung verpflichtend 2004, optional 2003 erfolgen, womit 2002 zum Referenzjahr werden kann (1, 2).

Seit Januar 2001 muß im stationären Bereich nach ICD-10 SGB V Version 2.0 und OPS-301 Version 2.0 verschlüsselt werden. Der Prozedurenschlüssel OPS-301 wurde dabei erheblich erweitert. Neu für die Berufsgruppe der Anästhesisten ist die Verschlüsselung von anästhesiologischen Prozeduren.

Die korrekte Verschlüsselung von Prozeduren und Nebendiagnosen wird erhebliches Gewicht bei der Abrechnung nach dem neuen System erlangen. Über eine Erhöhung des Patient Clinical Complexity Levels (PCCL) ergeben sich enorme Differenzen im Entgelt in Abhängigkeit von der Kodierqualität und der Schwere der Nebendiagnosen eines Patienten (3). Für die Anästhesie ergibt sich die Verpflichtung, über eine korrekte Verschlüsselung ihrer Prozeduren zur korrekten Abrechnung beizutragen. Dies allein wird in Zukunft keinesfalls ausreichen. Auf dem Weg zu einem Erlöscenter-Anästhesie ist ein umfangreicher Überblick über die Leistungen und Kosten der eigenen Abteilung und eine entsprechende Eingliederung in den Krankenhausablauf notwendig, um eine Fremdbestimmung über das eigene Budget und die eigene Personal- und Leistungsstruktur zu vermeiden (4). Als Beitrag zu einem funktionierenden DRG-System können in der Anästhesie außerdem Diagnosen und Nebendiagnosen verschlüsselt werden, sowohl auf Intensivstation als auch in der operativen Anästhesie, z. B. in der Anästhesieambulanz.

Die folgende Übersicht soll Hinweise dafür geben, was in der Anästhesie wann, wo und von wem zu kodieren ist, wo Chancen für die Entwicklung zu einem Anästhesiemanagement-Zentrum liegen und wie die DRG-Einführung die Arbeit des Anästhesisten in Zukunft beeinflussen wird.

Erfassung von Prozeduren in der Anästhesie

Wer kodiert?

Seit 01.01.2001 müssen auch anästhesiologische, intensivmedizinische und schmerztherapeutische Prozeduren kodiert werden. In der Regel wird der Anästhesist kodieren müssen. Den im angelsächsischen Raum existenten Beruf des Coders, der nachträglich aus Krankenakten Diagnosen und Prozeduren kodiert, wird es voraussichtlich in Deutschland nicht geben. Dieser Berufsstand hat sich in angelsächsischen Ländern aufgrund mangelnder Hardware-Ausstattung, hohen Lizenzgebühren für das DRG-Kalkulationsprogramm (den Grouper) und fehlenden allgemeinverfügbaren Kodierhilfen entwickelt. Es ist davon auszugehen, daß in Deutschland die Kodierung ärztliche Aufgabe sein wird (5). Dies wurde auch von der Geschäftsführung unserer Klinik klargestellt. In der Einleitung zu den allgemeinen Deutschen Kodierrichtlinien wird die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren dem behandelnden Arzt zugeordnet, unabhängig davon, ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt (6).

Was wird kodiert?

In der operativen Anästhesie hält sich der Verschlüsselungsaufwand in Grenzen bzw. ist von geringer Bedeutung (7). Erlöse ergeben sich vor allem aus der Hauptprozedur und aus Diagnosen; nur durch wenige Nebenprozeduren, insbesondere Beatmungsassoziierte Codes, wird der Ertrag beeinflusst. Dies mag einer der Gründe dafür sein, daß in vielen Anästhesieabteilungen noch keine größeren Anstrengungen im Hinblick auf die DRG-Umstellung gemacht wurden. Ganz erheblich ist dagegen der Kodieraufwand auf Intensivstationen; auch in der Schmerztherapie sind Prozeduren zu kodieren.

Eine Prozedur kann diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Charakter haben. Eine signifikante Prozedur, die zu kodieren ist, muß

- chirurgischer Natur sein,
- ein Eingriffsrisiko bergen,
- ein Anästhesierisiko bergen oder
- Spezialeinrichtungen bzw. Geräte oder spezielle Ausbildung erfordern (6).

Dabei sind in einer Prozedur alle ihre Komponenten vollständig enthalten, das heißt, Lagerung, Anästhesie, Zugangswege etc. werden nicht kodiert. Bei einer Cholecystektomie beispielsweise sind weder Intubation noch Anästhesie zu kodieren. Allerdings sind Anästhesien bei diagnostischen oder therapeutischen Prozeduren, die normalerweise ohne Allgemein-anästhesie durchgeführt werden (z.B. bei nicht kooperativen Patienten oder Kindern), als Prozedur zu

Berufspolitik

Tabelle 1: Prozedurenliste in der operativen Anästhesiologie des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern.

Anästhesie			
8-900	iv-Anästhesie	8-700.0	Offenhalten der oberen Atemwege durch oropharyngealen Tubus
8-901	Inhalationsanästhesie		
8-902	Balanzierte Anästhesie		
8-909	Andere Allgemeinanästhesie	8-700.1	Offenhalten der oberen Atemwege durch nasopharyngealen Tubus
8-701	Intubation incl. Notfallintubation		
8-709	Andere tracheale Intubation		
PDA		8-910	Anlage PDA bzw. peridurale Injektion oder Infusion
ZVK			
8-831.0	ZVK-Anlage	8-831.3	Entfernung ZVK
8-831.1	Lagekorrektur ZVK	8-831.4	Entfernung ZVK mit Bakteriologie
8-831.2	ZVK-Wechsel		
Sonstiges			
8-800.2	Transfusion bis 5 EK	8-800.3	Transfusion > 5 EK
8-810.0	Transfusion bis 5 FFP	8-810.1	Transfusion > 5 FFP
8-800.4	Transfusion bis 5 TK	8-800.5	Transfusion > 5 TK
8-810.2	Plasmabestandteile, Transfusion bis 5 Konserven	8-810.3	Plasmabestandteile, Transfusion > 5 Konserven
8-800.x	Andere Transfusion	8-803.0	Eigenblutspende
8-803.1	Normovolämische Hämodilution	8-803.2	Maschinelle Autotransfusion ohne Bestrahlung
8-803.3	Maschinelle Autotransfusion mit Bestrahlung	8-643	Intraoperative elektrische Stimulation des Herzrhythmus
8-100.2	Entfernung von Fremdmaterial durch Laryngoskopie	8-144	Thoraxdrainage

kodieren. Gleiches gilt für Untersuchungen unter Narkose. Ebenso sind ZVK-Anlagen zu kodieren, wenn sie nicht im Rahmen einer Operation gelegt werden (z.B. bei Sigmadivertikulitis zur konservativen Therapie mit parenteraler Ernährung). Zu beachten ist, daß Lokalanästhesie, Lagerungsmaßnahmen und EKG-Monitoring bei der ZVK-Anlage schon im Prozedurenkatalog enthalten sind und nicht zusätzlich verschlüsselt werden dürfen. Da entsprechende Codes nur im deutschen, gegenüber den AR-DRGs erheblich erweiterten Prozedurenkatalog vorhanden sind, kann allerdings noch keinerlei Aussage darüber getroffen werden, ob z. B. ZVK-Anlagen in irgendeiner Form entgeltrelevant sein werden.

Zu beachten sind außerdem die Kodierrichtlinien für Transfusionen: Die Gesamtmenge an transfundierten Einheiten während des stationären Aufenthalts ist zu kodieren. Dies setzt eine entsprechende Dokumentation durch den Anästhesisten in OP, Aufwachraum und auf Intensivstation voraus. Gleiches gilt für die perioperative maschinelle Autotransfusion, die aufgrund der Kosten dieses Verfahrens unbedingt kodiert werden sollte. Erwähnenswert ist außerdem die intraoperative elektrische Stimulation des Herzrhythmus, die bei Operationen verschlüsselt werden soll, bei denen die elektrische Stimulation des Herzens üblicherweise

nicht durchgeführt wird. Tabelle 1 gibt die Prozedurenliste wieder, wie sie in unserem Institut für die operative Anästhesiologie verwendet wird. Einen Überblick über alle anästhesiologisch relevanten Prozeduren findet sich bei *Schleppers* (4, 7, 8).

Schmerztherapeutische Prozeduren sind nur zu kodieren, wenn sie als alleinige Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wurden. Die PDK-Anlage zur Schmerztherapie unter Geburt wird kodiert. Ein weiteres Anästhesieverfahren zu einer möglicherweise folgenden Sectio ist nicht kodierbar. Bei Sectio mit vorhergehender PDA zur Schmerztherapie sollte die PDA nach Empfehlung des BDA kodiert werden, obgleich schmerztherapeutische Maßnahmen nur verschlüsselt werden sollen, wenn sie als alleinige Maßnahme durchgeführt werden (8). Schmerztherapie oder PDK-Anlagen im Rahmen einer Operation (auch postoperative Anlage) gelten nicht als Prozedur, obgleich der PDK vor allem postoperativ genutzt wird. Alle postoperativen Visiten und Schmerzmittelgaben sind schon im Code zur Operation enthalten und werden ebenfalls nicht kodiert. Schmerztherapeutische Prozeduren sind also vor allem im Kreißsaal und in Schmerzzambulanzen mit stationären Patienten (ambulante Therapie wird nicht nach OPS-301 verschlüsselt) zu kodieren. Damit wird postoperative Schmerz-

Tabelle 2: Prozedurenliste der Schmerzambulanz des Westfalzklinikums Kaiserslautern.

8-910	Peridurale Injektion oder Infusion
8-911	Subarachnoidale Injektion oder Infusion
8-913	Injektion eines Medikaments an extrakranielle Hirnnerven
8-914	Injektion eines Medikaments an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven
8-915	Injektion an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
8-916	Sympathikusblockade
8-917	Injektion eines Medikaments in Gelenke der Wirbelsäule
8-918	Multimodale Schmerztherapie
8-631	TENS
8-115	ESWL an Stütz- und Bewegungsapparat
8-115.0	ESWL der Schulter
8-115.1	ESWL des Ellenbogens
8-115.2	ESWL am Fuß
8-115.x	ESWL, sonstige
5-059.0	Implantation bzw. Wechsel eines peripheren Nervenstimulators
5-059.1	Revision eines peripheren Nervenstimulators
5-059.2	Entfernung eines peripheren Nervenstimulators

Tabelle 3: Nicht kodierbare Prozeduren.

- Verbände, Gipsverbände (außer bei Verbrennungen und aufwendige Gipsverbände)
- Medikamentöse Therapie (außer bei Neugeborenen und nicht-antibiotische Chemotherapie)
- Ruhe-, Langzeit-, Belastungs-EKG
- Kardiotokographie (CTG)
- Echokardiographie
- 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Legen einer Magensonde
- Legen eines transurethralen Blasenkatheters
- Subkutane Medikamentengabe (z. B. Heparin)
- Blutentnahme
- Aufnahme- und Kontrolluntersuchung, Visite
- Konsiliaruntersuchung
- Konventionelle Röntgenuntersuchungen inklusive Mammographie
- Lungenfunktionstest (außer Ganzkörperplethysmographie, CO-Diffusionskapazität, Spiroergometrie)
- Blutgasanalyse in Ruhe
- Atemgasanalyse
- Sonographien (außer Dopplersonographie, Duplexsonographie, Endosonographie)
- Kardioplegie

therapie im DRG-System nicht berücksichtigt (9). Es steht aber außer Frage, daß Akutschmerzdienste, rückenmarksnahe Anästhesieverfahren und entsprechende Konzepte postoperativer Schmerztherapie sowohl die Krankenhausliegedauer als auch die

Verweildauer auf Intensivstation verkürzen und die Patientenzufriedenheit erhöhen (10, 11). Die Etablierung und Ausweitung postoperativer regionaler Analgesieverfahren muß daher unter Entgeltaspekten auch ohne besondere Honorierung als erfolgsversprechende Strategie im DRG-Zeitalter gesehen werden (11).

Bei Schmerztherapien als alleiniger Behandlungsmaßnahme (also keinesfalls postoperativ) wurde Schmerztherapeuten seit 2002 eine besondere Möglichkeit zur Verschlüsselung an die Hand gegeben. Der in der Version 2.1 des OPS-301 eingeführte neue Kode zur multimodalen Schmerztherapie stellt hohe Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung: Hier ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung bei Patienten zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- Bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- Gravierende psychische Begleiterkrankung
- Gravierende somatische Begleiterkrankung.

Dieser Kode erfordert die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übende Therapien. Er umfaßt weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung. Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei der(m) Verantwortlichen voraus und ist damit der einzige Prozedurenkode, der an eine fachliche Qualifikation gebunden ist. Bei in einigen Bundesländern fehlender Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" ist die Verwendbarkeit dieses Kodes, dessen Entgelt bei noch fehlenden deutschen Bewertungsrelationen ohnehin nicht feststeht, zur Zeit noch offen (8).

Tabelle 2 gibt eine Prozedurenliste wieder, wie sie in der Schmerzambulanz unseres Instituts verwendet wird. Im übrigen sei darauf hingewiesen, daß eine Schmerzambulanz mit KV-Zulassung bezüglich ambulanter Therapie nicht über DRGs abgerechnet wird und damit nicht unter das entsprechende Krankenhausbudget fällt.

Es ist erheblich vom Spektrum einer Klinik abhängig, welche und wieviel Anästhesieleistungen kodiert wer-

Berufspolitik

den. Radiologische Leistungen (MRT, CT, Angio) können bei Kindern oder unkooperativen Patienten ebenso eine Allgemeinanästhesie erforderlich machen wie Endoskopieleistungen oder Punktionen (8). Ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Kernspintomographie und Kinderklinik wird auch Allgemeinanästhesien im MRT durchführen, eine gynäkologische Klinik indiziert eine peripartale PDA-Anlage. Eine anästhesiologische Schmerzambulanz wird Prozeduren bei stationären Schmerzpatienten zu kodieren haben, dies betrifft jedoch nicht die postoperative Schmerztherapie, da diese – wie oben ausgeführt – im Kode der Operation enthalten ist. Im übrigen sollen Konsiliaruntersuchungen und Visiten, also auch anästhesiologische nicht kodiert werden. Nicht kodierbare Prozeduren sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Die Intensivmedizin soll im Gegensatz zum AR-DRG-System komplett über die Fallpauschalen ohne Zuschlags- bzw. Sonderregelungen finanziert werden. Diese Regelung ist äußerst umstritten (12). Nur in eng begrenzten Ausnahmefällen können nach Fallpauschalengesetz auf Bundesebene Zusatzentgelte insbesondere für Dialysen, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist, oder die Behandlung von Blutern mit Gerinnungsfaktoren vereinbart werden (13). Aufgrund der zahlreichen entgeltrelevanten Nebendiagnosen und Prozeduren ist jedenfalls auf anästhesiologisch geführten Intensivstationen der wohl größte Anteil an Kodieraufwand einer Anästhesieabteilung zu erbringen. Einen Überblick gibt Tabelle 4, die einen Erfassungsbogen wiedergibt, wie er in der Patientenakte auf Intensivstation vorliegen kann und die sofortige Dokumentation der Prozeduren ermöglicht. Eine EDV-Vernetzung der Intensivstation und Einbindung in das Krankenhausinformationssystem (KIS) kann die Kodierung durch automatische Generierung von Codes und sofortige Übernahme in das KIS erheblich erleichtern. Auch hier hängt die Bandbreite der Prozeduren erheblich vom Spektrum der Klinik ab. Nicht jede Intensivstation wird über Nierenersatzverfahren oder gar extracorporale Lungenersatzverfahren verfügen. Die speziellen Richtlinien zur Kodierung sind sehr komplex. Monitoring, Beatmung (mit Dauer) und Lagerungsmaßnahmen dürfen nur einmal während des stationären Aufenthalts verschlüsselt werden. Tabelle 5 gibt Prozeduren wieder, die allgemein nur einmal während des stationären Aufenthalts kodiert werden dürfen. Besonders entgeltrelevant in den AR-DRGs sind Beatmungsdauer und Tracheotomie. Im Folgenden werden aufgrund der hohen Entgeltrelevanz die Kodierrichtlinien bei der Beatmung erläutert:

- Intubation und Beatmung bei Operationen sind im Kode der Operation enthalten und dürfen nicht kodiert werden. Ebenso werden keine Intubationen verschlüsselt, die außerhalb des Krankenhauses durchgeführt werden (z.B. im Rettungsdienst oder bei Verlegung).
- Ausnahme: Wird nach einer Operation länger als 24 Stunden beatmet, sind sowohl Beatmungsdauer als auch Intubation zu verschlüsseln. Hier muß mit

Tabelle 4:

Patientenaufkleber Neugeborene

Zusatz-Erfassungsbogen für Neugeborene

Kode	Prozedur	Datum
8-711	Invasive maschinelle Beatmung des Neugeborenen	
8-711.0	CPAP	
8-711.1	Hochfrequenz-Ozillationsbeatmung	
8-714	NO-Application	
8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	
8-179.x	Surfactanapplication	
8-262	Postpartale Versorgung des Neugeborenen	
8-262.1	Spezielle Versorgung des Risiko-Neugeborenen	
	Applikation von Medikamenten	
8-810	Applikation von Medikamenten und Elyten	
8-810.1	Intravenöse kontinuierliche Applikation	
8-810.3	Intravenöse, kontinuierlich	
	Volumenersatz	
8-811.0	Volumenersatz bis 5 Einheiten	
8-811.1	Volumenersatz > 5 Einheiten	
8-860.2	Phototherapie	
1-208.8	OAE's	
8-122	Desirivagination	
8-801	Austauschtransfusion	

Patientenaufkleber Erfassungsbogen für Intensivstationen

Kode	Prozedur	Datum
	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf	
8-830	Monitoring ohne Messung PA-Druck und ZVD	
8-831	Monitoring mit Messung des ZVD	
8-832	Monitoring mit Messung des PA-Druckes	
	Maßnahmen für das Atmungssystem	
8-700.0	Offenhalten der oberen Atemwege (Guedel)	
8-700.1	Offenhalten der oberen Atemwege (Wandel)	
8-701	Endotracheale Intubation, Intubationswechsel	
8-705	Anlegen einer Maske zur masch. Beatmung	
8-311.1	Maschinelle Beatmung Std. / Tag	
8-718.0	Maschinelle Beatmung bis 24 Stunden	
8-718.1	Maschinelle Beatmung 24 bis unter 96 Stunden	
8-718.2	Masch. Beatmung 96 Stunden bis unter 11 Tage	
8-718.3	Maschinelle Beatmung 11 Tage und mehr	
8-714	Spezialverfahren bei schwerem Atemversagen	
	Bronchiolitis / Lavage	
8-173	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge	
8-120	Magenspülung	
8-121	Darmspülung	
8-132.1	Blasenspülung, einmalig	
8-132.2	Blasenspülung, intermittierend	
8-132.3	Blasenspülung, kontinuierlich	
8-133.0	Suprapubischer Katheter - Wechsel	
8-133.1	Suprapubischer Katheter - Entfernung	
8-172.1	Cystitis-Anlage	
	Therapeutische Drainagen und Punktionen	
8-144	Drainage Pleurahöhle (z.B. Bülow-Drainage)	
8-145	Drainage Bauchhöhle	
8-152.0	Packdrainage, perkutan	
8-152.1	Punktion Pleurahöhle	
8-153	Aszitespunktion	
8-155.2	Harnblasenpunktion, perkutan (therapeutisch)	
	Diagnostische Katheterisierungen	
	Rektal-/Katheterisierungen	
1-273.1	Oxymetrie	
1-273.2	Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens	
	Diagnostische Punktion und Aspiration	
1-842	Diagnostische Parapunktion	
1-843	Diagnostische Aspiration aus Bronchus	
1-844	Diagnostische Pleurapunktion	
1-853.2	Diagnostische Aszitespunktion	

Kode	Prozedur	Datum
	Kardioversion und Reanimation	
8-640.1	Defibrillation	
8-641	Temporäre Schrittmacher, extern	
8-642	Temporäre Schrittmacher, intern	
8-771	Kardiale Reanimation incl. Atmung	
8-772	Operative (offene) Reanimation	
	Transfusionen	
8-800.2	Erythrozytenkonzentrat, 1 bis 5 Konserven	
8-800.3	Erythrozytenkonzentrat, > 5 Konserven	
8-800.4	Thrombozytenkonzentrat, 1 bis 5 Konserven	
8-800.5	Thrombozytenkonzentrat, > 5 Konserven	
8-803.2	Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver)	
8-810.0	Frischplasma, 1 bis 5 Konserven	
8-810.1	Frischplasma, > 5 Konserven	
8-810.2	Plasmabestandteile, 3 bis 5 Konserven	
8-810.3	Plasmabestandteile, > 5 Konserven	
8-810.4	Immunglobuline	
8-810.5	Gerinnungsfaktoren	
	Katheteranlage, -wechsel, -entfernung	
8-831.0	Legen eines ZVK	
8-831.2	ZVK-Wechsel	
8-831.3	ZVK-Entfernung ohne Bakteriologie	
8-831.4	ZVK-Entfernung mit Bakteriologie	
8-831.5	Shaldon-Katheter	
8-832.0	Pulmonalarterien-Katheter, Anlage	
8-832.2	Pulmonalarterien-Katheter, Wechsel	
8-832.3	Pulmonalarterien-Katheter, Entfernen, ohne Bakt.	
8-832.4	Pulmonalarterien-Katheter, Entfernen, mit Bakt.	
	Dialyse	
8-853.2	CVH	
8-854.0	Intermittierende Hämodialyse	
8-857.1	Kontinuierliche Peritonealdialyse	
	Weitere Monitoring	
8-922	Hirndruckmessung	
	Weitere Maßnahmen	
1-202	Heißlösung des Hirnödems	
1-204.2	Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	
1-204.5	Liquorentnahme aus einem liegenden Katheter	
1-207.0	Routine-EEG	
1-620.0	Diagnostische Tracheobronchoskopie	
8-390	Lagerungsbehandlung	
8-820	Tamponade einer Oberschenkelarterie	
8-820	Therapeutische Plasmapherese	
8-910	Epidurale Injektion und Infusion	

(*) Nur bei Durchführung auf Intensivstation

Tabelle 5: Anästhesiologisch relevante Codes für nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugebende Verfahren.

8-390	Lagerungsbehandlung
8-71	Mechanische Unterstützung der Atmung
8-720	Sauerstoffzufuhr beim Neugeborenen
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrocytenkonzentrat und Thrombocytenkonzentrat gleichen Typs
8-81	Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Volumenersatzmitteln
8-91	Schmerztherapie
8-92-8-96	Patientenmonitoring
8-01	Applikation von Medikamenten und Nahrung

der operativen Anästhesie abgesprochen werden, wer die Intubation verschlüsselt.

- Ansonsten wird die Beatmungsdauer verschlüsselt. Beatmungen auf Intensivstation ohne vorangegangene Operation sind auch dann zu dokumentieren, wenn sie kürzer als 24 Stunden dauern. Bei wiederholter Beatmung während des stationären Aufenthalts wird die Gesamtdauer kodiert (Tab. 4). Eine "noninvasive" Beatmung über Maske wird der Beatmungsdauer hinzugefügt. Eine entsprechende Dokumentation von Beatmungstunden ist also unerlässlich!
- Die Beatmung endet mit der Extubation oder der Beendigung der Beatmung (z.B. bei tracheotomierten Patienten), d. h. nach Beendigung des Weaning-Prozesses und Übernahme der Atemarbeit durch den Patienten. Die Methode der Entwöhnung (z.B. CPAP) ist nicht zusätzlich zu kodieren, wird jedoch der Beatmungszeit hinzugerechnet.
- Bei Verlegung eines beatmeten Patienten kodiert das aufnehmende Krankenhaus die Dauer der Beatmung im eigenen Haus, das verlegende Krankenhaus seine Beatmungsdauer und die Intubation (7).

Auf Neugeborenen-Intensivstationen ist der Kodieraufwand durch spezifische Prozedurenkodes noch höher. Im Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern wird ein Zusatzbogen Neugeborenen-Intensiv verwendet (Tab. 4). Der Code 8-720 (Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen) ist nur zu kodieren, wenn länger als 4 Stunden Sauerstoff zugeführt wurde, z.B. im Inkubator, Headbox, über Maske oder Tubus; die Dauer der Zufuhr ist im Gegensatz zur Beatmung nicht zusätzlich anzugeben. Diagnosen, die diese Prozedur erforderlich machen, sind z.B. P 22.1 (Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen) oder P 22.8 (sonstige Atemnot beim Neugeborenen). Auch der Code 8-560.2 (Lichttherapie beim Neugeborenen bei Hyperbilirubinämie) ist nur bei Therapie über 12 Stunden zu verwenden. Enterale Ernährung (8-015) darf nur kodiert werden, wenn dies die medizinische

Hauptbehandlung bzw. Hauptleistung des Krankenhausaufenthalts darstellt.

Für bestimmte kostenintensive Prozeduren der neonatologischen Intensivmedizin bestehen keine speziellen Codes. Eine Verschlüsselung unter sonstigen bzw. n. n. bezeichneten Prozeduren ist möglich, z.B. 8-179.x für Surfactantapplikation. Solche nicht näher definierten Prozeduren sind in der Regel jedoch nicht entgeltrelevant. Hier ist eine Verfeinerung des Systems notwendig, wenn die Intensivmedizin tatsächlich komplett über DRGs abgebildet werden soll.

Auf welche Weise wird kodiert?

Da das Ausmaß zu kodierender Prozeduren in der Anästhesie von Abteilung zu Abteilung differiert, muß das entsprechende Spektrum jeder Klinik möglichst exakt erfaßt werden. So ist in einer Klinik vor allem die PDA-Anlage im Kreißsaal häufig, in der anderen die Allgemeinanästhesie zur Bronchoskopie oder zum MRT bei Kindern. Je größer das Spektrum der Klinik, desto höher wird auch der Kodieraufwand in der Anästhesieabteilung sein. So mag in der einen Klinik eine "Hitliste" mit allen relevanten anästhesiologischen Prozeduren ausreichen, die in der Patientenkurve auf einem entsprechenden Bogen für die Abrechnung dokumentiert werden. Solche Hitlisten und zusätzliche Kodierbögen in den Kurven sind im Augenblick der Einführung neuer Kodierverfahren sicher äußerst hilfreich und schnell realisiert, "verwässern" jedoch in der Praxis die Dokumentation (14): Kodierrichtlinien werden nicht berücksichtigt, nicht in der Hitliste enthaltene Prozeduren werden nicht kodiert. Für eine Klinik der Maximalversorgung ist dieses Vorgehen nicht mehr ausreichend. Zu groß ist die Anzahl der Prozeduren. Zudem steht nicht fest, ob bei einer festgelegten Hauptdiagnose eine bestimmte Prozedur überhaupt erlösrelevant sein wird. Die entsprechenden DRG-Gruppen liegen für Deutschland noch nicht vor.

Handschriftlich kodierte Prozeduren müssen in jedem Fall wieder per Hand in eine Datenbank eingegeben werden. Geht der Bogen mit Prozeduren verloren bzw. ist er unleserlich oder ist die Patientenkurve – wie so oft im Klinikalltag – nicht verfügbar, so liegen die zur Abrechnung wichtigsten Daten nicht vor.

Ideal ist eine EDV-gestützte Suche nach der Prozedur und die direkte, zeitnahe Eingabe ins Klinikinformationssystem ohne Umweg über Papier. Am Ende des Klinikaufenthalts liegen alle Prozeduren vor. Nur so kann der Dokumentationsaufwand minimiert und eine erlösbezogene Betrachtung der Prozeduren durch direktes Gruppieren (im Grouper) erzielt werden (15). Voraussetzung dafür ist eine entsprechende EDV-Ausstattung der Klinik inklusive elektronischer Patientenakte und möglichst allseits zugänglicher Rechner. Sobald die deutschen DRG-Gruppen vorliegen, kann so ohne Umstellungsprobleme kodiert wer-

den. Von Anästhesieabteilungen muß dies sicher vor allem auf Intensivstationen berücksichtigt werden. Gerade dort sind elektronische Patientenakten und eine patientennahe EDV sinnvoll, aber auch teuer und manchmal schwer in vorhandene Räumlichkeiten zu integrieren. Die entsprechenden Investitionskosten sind jetzt hoch und bei der derzeitigen finanziellen Lage vieler Krankenhäuser zur Zeit vielfach kaum finanzierbar, werden sich aber nach Abrechnung im DRG-System bezahlt machen und sollten unbedingte Priorität genießen (5). Auch die Industrie ist gefordert, entsprechende DRG-kompatible Systeme zu entwickeln und über Schnittstellen Patientenmonitor, elektronische Patientenakte und Klinikinformationssystem in Einklang zu bringen. Der aufgrund der knappen finanziellen Ressourcen der Krankenhäuser entstehende Preisdruck behindert allerdings aus Sicht der Hersteller derzeit Kostendeckung und Weiterentwicklung von Datenmanagement-Systemen (16).

Der neue OPS-301 / Version 2.1

Seit dem 01.01.2002 wird nach OPS-301 V. 2.1 verschlüsselt. Eine jährliche Aktualisierung des Prozedurenkatalogs ist vorgesehen, eine Erweiterung der Prozeduren für das Fach Anästhesiologie hat jedoch trotz Bemühungen der Berufsverbände praktisch nicht stattgefunden. Relevant für die Anästhesiologie sind im wesentlichen folgende neuen Codes (7):

- 8-718.3: Beatmung über 11 Tage
- 1-207: EEG
- 8-803: Gewinnung und Transfusion von Eigenblut (auch perioperative maschinelle Autotransfusion)
- 8-918: Multimodale Schmerztherapie.

Kodes für Patientenmonitoring wurden gekürzt: Der Kode 8-94 (Monitoring von Herz und Kreislauf) fällt weg, in 8-93 sind Kodes für Monitoring der Atmung und von Herz und Kreislauf zusammengefaßt (Tab. 4).

Erfassung von Diagnosen in der Anästhesie

Ganz erhebliches Gewicht bei der Abrechnung nach dem DRG-System wird die korrekte Erfassung von Haupt- und Nebendiagnose haben. In den deutschen Kodierrichtlinien wurden diese wie folgt festgelegt:

- **Hauptdiagnose** ist diejenige Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts des Patienten verantwortlich war. Die Umstände der Aufnahme bestimmen die Auswahl der Hauptdiagnose. Es darf im DRG-System also nicht die Diagnose zur Hauptdiagnose werden, die die meisten Ressourcen verbraucht hat (z. B. postoperative Lungenembolie nach Appendektomie - die Appendicitis bleibt Hauptdiagnose). Die

Hauptdiagnose muß nicht der Aufnahmediagnose entsprechen.

- **Nebendiagnosen** sind Krankheiten oder Beschwerden, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickeln. Nebendiagnosen müssen therapeutische bzw. diagnostische Maßnahmen erfordern oder erhöhten Betreuungs- und Pflegeaufwand zur Folge haben. Eine oder mehrere der o. g. Faktoren werden üblicherweise eine Verlängerung des stationären Aufenthalts zur Folge haben. Ausgeheilte Krankheiten, die die stationäre Behandlung nicht beeinflussen (z.B. Z. n. Magenulcus, Z. n. Pneumonie), sind keine Nebendiagnosen (6).

Bisher war der Einfluß von Anästhesieabteilungen bei der Festlegung von Diagnosen gering. Allenfalls auf anästhesiologisch geführten Intensivstationen wurden von Anästhesisten Diagnosen erfaßt. Auf die Abrechnung hatte dies meist keinen Einfluß, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen wurden meist von den chirurgischen Abteilungen fixiert.

Bei der Abrechnung nach DRG-System steht und fällt das Entgelt mit der Hauptdiagnose. Diese wird am Ende des stationären Verlaufs festgelegt und enthält die Befunde aus Anamnese, Konsultationen, diagnostischen Tests, Prozeduren und chirurgischen Eingriffen (6, 8). Sie muß nicht der Aufnahmediagnose entsprechen, die weiterhin innerhalb von 3 Tagen beim Kostenträger vorliegen muß.

Das Entgelt wird erheblich über das patientenbezogene Komorbiditäts- und Komplikationslevel beeinflusst, welches über die Nebendiagnosen erfaßt wird. So führt zum Beispiel die fehlende Dokumentation eines Harnwegsinfekts als Nebendiagnose bei einem Patienten mit Linksherzinsuffizienz als Hauptdiagnose zu einem Entgeltverlust von 50% nach AR-DRG (3). Daher stehen auch Anästhesisten in der Pflicht, Diagnosen zu verschlüsseln.

Dies kann vor allem auf Intensivstationen, in anästhesiologisch geführten Notaufnahmen, in der Anästhesieambulanz und in der Schmerzambulanz realisiert werden. Auf Intensivstation sollte jede neue Diagnose dokumentiert und verschlüsselt werden. Neben dem Umweg über Papier kann gerade hier patientennahe EDV mit elektronischer Patientenakte von großem Nutzen sein: Die Daten können sofort auf Entgeltrelevanz geprüft, die korrekte Hauptdiagnose kann analysiert und die Diagnosen können in einen automatisierten oder teilautomatisierten Arztbrief übernommen werden. Durch dieses Vorgehen ist eine erhebliche Arbeitersparnis möglich, bei manueller Dokumentation und späterer Eingabe ist der Aufwand hoch, Fehlerquellen sind häufig, und die Daten liegen nicht sofort vor.

In der Anästhesieambulanz werden ohnehin routinemäßig Nebendiagnosen erfaßt. Interessanterweise wird in den Kodierrichtlinien auf das Prämedikations-

Tabelle 6: Prozedurencodes für innerklinische Notfallteams.

8-701	Einfache endotracheale Intubation (inklusive Notintubation)
8-700.0	Offenhalten der oberen Atemwege durch oropharyngealen Tubus
8-700.1	Offenhalten der oberen Atemwege durch nasopharyngealen Tubus
8-640.0	Kardioversion
8-640.1	Defibrillation
8-641	Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus
8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus
8-770	Maßnahmen für Atmung im Rahmen der Reanimation
8-771	Kardiale Reanimation (inklusive Maßnahmen für die Atmung)
8-772	Operative Reanimation
8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen
8-839.0	Perkutane Einführung einer intraortalen Ballonpumpe
8-100.2	Entfernung von Fremdmaterial durch Laryngoskopie
8-144	Thoraxdrainage

gespräch eingegangen. Dort heißt es, daß Krankheiten, die durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert werden, nur kodiert werden dürfen, wenn sie den o. g. Kriterien für Nebendiagnosen genügen (6). Weiterhin ist es bei Prozeßabläufen mit derartiger Entgeltrelevanz vorteilhaft, wenn diese zentral ablaufen. Die Kodierung ist so besser organisier- und steuerbar, bei mangelnder Kodierqualität kann zentral eingeschritten werden (17). Faktisch ist der Aufwand für den Anästhesisten, bei operativen Patienten Nebendiagnosen zu verschlüsseln, nicht als utopisch zu bezeichnen. Voraussetzung ist eine gut organisierte Anästhesieambulanz mit geregelten Abläufen, Kodierhilfen in Papierform und als Softwarelösung, entsprechende EDV und eine gründliche Schulung der Mitarbeiter. Eine personelle Aufstockung der Anästhesieambulanz sollte erwogen werden, um Patientenwartezeiten durch Kodieraufwand nicht zu verlängern.

Die Anästhesieambulanz unseres Instituts wurde in Abstimmung mit der Geschäftsführung unseres Hauses für den zusätzlichen Kodieraufwand mit einem zusätzlichen Anästhesisten in Vollzeit besetzt. Ein entsprechendes Qualitätsmanagement, welches Kodierqualität und Patientenwartezeiten einschließt, wurde begonnen (18). In den operativen Fächern konnte die Anzahl der dokumentierten Nebendiagnosen im Verlauf des Projekts um 30% gesteigert werden (17, 19). Dies ist freilich kein gutes Maß für Kodierqualität, da Nebendiagnosen bei unterschiedlichen Hauptdiagnosen unterschiedliche Wertigkeiten haben. So führt nach den AR-DRGs bei der Hauptdiagnose

”Arteriosklerose eines natürlichen Herzkranzgefäßes (I 25.11)” und der Prozedur ”ACVB” die Nebendiagnose ”Hypertonie (I 10)” nicht zur Höherbewertung, wohl aber die Nebendiagnose ”ventriculäre Extrasystolie” (I 49.9). Die deutschen Diagnosegruppen liegen noch nicht vor, so daß noch keine Aussagen über die Wertigkeit von Nebendiagnosen in Deutschland gemacht werden können. Dennoch soll jetzt schon mit der Verschlüsselung begonnen werden, um Vergleichsdaten zu schaffen und die Mitarbeiter zu schulen. Möglichst sollten auch bei der Verschlüsselung von Nebendiagnosen entsprechende EDV-Hilfen vorliegen und der Umweg über Papier vermieden werden. Eine Übersicht über im australischen DRG-System gruppierungsrelevante Nebendiagnosen, die in Anästhesie und Intensivmedizin dokumentiert werden könnten, findet sich bei *Schleppers* (8).

Bei Kodierung in der Anästhesieambulanz werden sicherlich Diagnosen kodiert, die nicht entgeltrelevant sind. Bei einer Überkodierung, bei der Nebendiagnosen ohne entsprechend nachvollziehbare Befunde in der Krankenakte bzw. ohne Relevanz für den stationären Verlauf kodiert werden, sind finanzielle Sanktionen durch die Krankenkassen bzw. den medizinischen Dienst vorgesehen. Dennoch sollten keineswegs nur entgeltrelevante Diagnosen verschlüsselt werden. Zum einen wird dadurch dem DRG-System die Möglichkeit genommen, sich durch Verfeinerung zu entwickeln und an deutsche Systeme anzupassen. Zum anderen werden Patienten mit langer Verweildauer mit wenigen Nebendiagnosen eine Fehlbelegungsdiskussion entfachen (20). Alle Nebendiagnosen im Sinne der Definition müssen kodiert werden, selbst wenn in der entsprechenden DRG-Gruppe keine Entgeltsteigerung über Nebendiagnosen möglich ist (20). In diesem Zusammenhang muß erwähnt werden, daß auch pflegerelevante Nebendiagnosen und Prozeduren (z.B. Inkontinenz, Darmspülung) erfaßt werden müssen, die z. B. auf den Intensivfassungsbögen vorliegen (Tab. 2). Auf Normalstation können z. B. zusätzliche Bögen zur Dokumentation durch die Pflegekräfte in der Patientenakte vorliegen. Ein entsprechender Bogen findet sich bei *Doetschmann* (21).

Bleibt die Notfallmedizin außen vor?

Ein weiteres Standbein unseres Faches, die Notfallmedizin, scheint von der DRG-Einführung zunächst kaum tangiert zu werden; notärztliche Leistungen sind in den entsprechenden Regelwerken nicht abgebildet; eine Verschlüsselung notfallmedizinischer Maßnahmen ist lediglich im Rahmen der innerklinischen Notfallversorgung möglich und auf einige wenige Codes beschränkt (Tab. 6).

Hintergrund stellt die strikte organisatorische Trennung von Rettungsdienst und Krankenhaussektor dar. So gelten Rettungs- und Notarztdienst nicht als Teil der Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB 5, sondern unterliegen als Elemente der Gefahrenabwehr

Berufspolitik

der Zuständigkeit der Länder, die hierfür eigene Verordnungen (u.a. Rettungsdienstgesetze, Rettungsdienstpläne) erlassen haben. Ein Leistungsanspruch der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt insofern auch nur über das Konstrukt der Einstufung als "Fahrkosten" vor.

Eine eingehendere Betrachtung der in naher Zukunft zu erwartenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft, wie auch der täglichen Einsatzrealität eines Notarztdienstes legen jedoch nahe, diesem Bereich des Gesundheitswesens zukünftig vermehrte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Es ist davon auszugehen, daß die Einführung der DRGs zu einer zunehmenden Verlagerung der Behandlung schwerst kranker Patienten aus der Fläche hin in Häuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung führt. Gleichzeitig wird der Druck, die Verweildauer weiter zu verkürzen, spürbar zunehmen. Obschon wünschenswert, werden finanzielle Zwänge jedoch auch in größeren Kliniken einer wesentlichen Ausweitung der Versorgungskapazität in Funktionsbereichen, speziell jedoch auf Intensivtherapie- und Überwachungseinheiten, entgegen stehen. Letzten Endes wird die Lösung dieses Problems nicht nur über die Qualität der Patientenbehandlung, sondern in ganz entscheidender Weise über das wirtschaftliche Wohlergehen eines Krankenhauses entscheiden. Eine naheliegende Option wird darin bestehen, daß sich Kliniken einer Region um ein Haus der Maximalversorgung gruppiert zu einem Netzwerk zusammenschließen. Die damit verbundenen Forderungen nach einer optimal geplanten, höchsten medizinischen Standards entsprechenden Zu- und Abverlegung von Notfall- und Intensivpatienten reichen allerdings weit über die bisherigen Strukturen und Möglichkeiten des Rettungsdienstes hinaus. Es ist daher nur konsequent anzunehmen, daß allein diejenigen Zentren auf Dauer erfolgreich bestehen werden, die über ein eigenes Interhospitaltransfersystem als rund um die Uhr verfügbares Steuerungsinstrument verfügen werden.

Gleichzeitig ist davon auszugehen, daß zunehmend Maßnahmen, die bislang noch weitgehend der Intensivmedizin vorbehalten waren, wie z.B. die Lyse bei Myokardinfarkt, in die Präklinik verlagert werden, wenn der Nutzen für die Patienten im Sinne einer evidenzbasierten Medizin nachgewiesen ist und eine Ökonomisierung der Behandlung, d.h. eine Verkürzung des stationären Aufenthaltes, resultiert.

Analysen belegen, daß heute ein erheblicher Prozentsatz der vom Notarzt versorgten Patienten zwar primär keiner Krankenhausbehandlung bedarf, aufgrund des Fehlens alternativer Hilfsangebote (z.B. psychosozialer Dienst, Kriseninterventionsdienst) dennoch in die hiermit oftmals überforderten Notaufnahmen von Kliniken transportiert wird (22). Auch hier werden - zum Wohle von Patienten wie Kliniken - sektorenübergreifende Lösungen gefordert sein, diese systematische Fehlsteuerung der Patientenströme zu korrigieren.

Eine mögliche, den Erfordernissen einer optimierten Steuerung der prä- wie innerklinischen Notfallversorgung gleichermaßen entsprechende Lösung bestünde darin, alle hiermit zusammenhängenden, bisher jedoch fachspezifisch geführten Prozeßabläufe durch ein einziges, direkt der Geschäftsführung einer Klinik unterstelltes Dienstleistungszentrum zu lenken. Kernelement eines derartigen "Kompetenzzentrums Akutmedizin" stellt eine personell wie räumlich-apparativ hinreichend bemessene zentrale Notaufnahme dar. Fachkompetenz und Aufgabenspektrum dieser Institution könnten weit über bisherige Konzeptionen hinaus die Bereiche

- Präklinische Akutmedizin mit den Aufgaben Notarztdienst, ärztliche Koordination und Leitung des Rettungsdienstes (inkl. integrierter Leitstelle), medizinische Fachberatung bei Großschadenslagen und Großveranstaltungen (leitender Notarzt), Interhospitaltransfer
- Innerklinische Akutmedizin: Eigentliche "Notaufnahme", Schockraummanagement inkl. kurzzeitige intensivmedizinische Betreuung, Reanimationsdienst, Akutschmerzdienst ggf. Akutprämedikationsdienst, Qualitätsmanagement sowie
- Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter des ärztlichen und Pflegedienstes sowie von Rettungsdienstfachpersonal in Fragen der Akutmedizin umfassen. Unser Fachgebiet sollte sich der Entwicklung solcher Zentren nicht verschließen.

DRG - Umstellung: eine Chance für die Anästhesie

Die Umstellung auf DRGs wird auch für den Anästhesisten große Umstellungen bringen. Die Verschlüsselung anästhesiologischer Prozeduren ist neu und wird vor allem auf Intensivstationen, aber auch in der operativen Anästhesie und in der Schmerztherapie wichtig sein und erhebliche Investitionen erfordern. Die Verschlüsselung von Nebendiagnosen durch den Anästhesisten kann von erheblichem Nutzen für ein Krankenhaus sein. Die Anästhesieambulanz sollte entsprechend umstrukturiert werden. Sie erfährt eine Aufwertung in personeller Hinsicht und im Hinblick auf ihre Ausstattung. Zentrale Notaufnahmen werden erheblich an Bedeutung gewinnen. Daher erscheint es sinnvoll, derartige Einrichtungen mit einer eigenen, direkt der Geschäftsführung unterstehenden ärztlichen Leitung als Dienstleistungszentrum zu führen. Auch Anästhesieabteilungen sind hier gefordert. Die Auswirkungen der DRG-Umstellung auf die präklinische Notfallmedizin werden tiefgreifend sein und zu Spezialisierung und Zentralisierung von Leistungen sowie größerem Einfluß der Kliniken im Rettungsdienst, z.B. im Interhospitaltransfer, führen. Die DRG-Umstellung sollte als weiterer Schritt zu einem "Anästhesiemanagement-Zentrum" (23), welches nicht nur als Schaltstelle des perioperativen Ablaufs, sondern auch als Erlöscenter wichtige Aufgaben im Klinikablauf übernimmt (7), genutzt werden.

Literatur

1. *Rau F.*: Die gesetzliche Einbindung des DRG-Fallpauschalensystems in die Krankenhausfinanzierung gewinnt an Konturen. *Das Krankenhaus* 2001;93: 660-663
2. *Stellungnahme der DKG. Referentenentwurf* zum DRG-Einführungsgesetz liegt vor. *Das Krankenhaus* 2001;93: 664-667
3. *Rochell B, Roeder N, Hennke M. Rätsel: AR-DRG?*, *Arzt und Krankenhaus* 2001;74:98-127
4. *Schleppers A.*: Der Weg von den Australian Refined DRGs zum German Refined DRG-System (Fortsetzung 3), *Anästh Intensivmed* 2001;42: 697-698
5. *Rochell B, Roeder N, Hennke M. Rätsel: AR-DRG?*, Teil 2, *Arzt und Krankenhaus* 2001;74: 130-152
6. *Deutsche Kodierrichtlinien: Allgemeine Kodierrichtlinien* für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 1.0. *Krankenhaus Umschau Sonderheft*, Baumann Fachverlag, April 2001.
7. *Schleppers A.*: Der Weg von den Australian Refined DRGs zum German Refined DRG-System (Fortsetzung 4), *Anästh Intensivmed* 2001;42: 785-789
8. *Schleppers A, Metzger F.*: Fachkommentar DRG Anästhesie. *Schaltungsdienst Lange oHG*, Berlin, 2001
9. *Zenz M, Zimmer H.*: Ein neues System zur Dokumentation und Qualitätskontrolle in der postoperativen Schmerztherapie. *Abstractband Deutscher Anästhesiekongress 2002*. Diomed Verlags GmbH, Ebelsbach 2002, S. 124
10. *Jage J, Heid F, Roth W, Kunde M.*: Postoperative Schmerztherapie vor dem Hintergrund der DRGs - was bringt sie und was kostet sie? *Anästh Intensivmed* 2002;43: 262-278
11. *Tryba M.*: Akutschmerzdienst in der DRG-Ära: Wer soll (und kann) das noch bezahlen? *Abstractband Deutscher Anästhesiekongress 2002*. Diomed Verlags GmbH, Ebelsbach 2002, S. 54
12. *Staubacher J, Moerer O, Buchardi H, Leitis JU.*: Intensivmedizin unter DRG-Bedingungen - ein finanzielles Risiko für Krankenhäuser? *Das Krankenhaus* 2002;94: 34-38
13. *Schölkopf M.*: Das Fallpauschalengesetz: Entscheidungs-verlauf und zentrale Inhalte. *Das Krankenhaus* 94, 2002: 274-279
14. *Stiller H, Elsner-Ehrling U, Jekabs UL.*: Maßnahmen der Dokumentation für das zukünftige pauschalierte Entgelt-system (AR-DRG-System) im Krankenhaus. *Das Krankenhaus* 2001;93: 197-202
15. *Schlottmann N, Raskop AM.*: Deutsche Kodierrichtlinien liegen nun vollständig vor. *Das Krankenhaus* 2001;93: 390-400
16. *Möllenberg O.*: Datenmanagement-Systeme in der Anästhesie und Intensivmedizin - Sichtweise der Hersteller. *Abstractband Deutscher Anästhesiekongress 2002*. Diomed Verlags GmbH, Ebelsbach 2002, S. 10
17. *Laux T, Kawach H, Möck H, Dietrich D, Madler C.*: Die Anästhesieambulanz in DRG-Zeiten. *Anästh Intensivmed* 2002;43: 213-218
18. *Laux T, Luiz Th, Madler C.*: Qualitätsmanagement in der Anästhesieambulanz. *Abstractband Deutscher Anästhesiekongress 2002*. Diomed Verlags GmbH, Ebelsbach 2002, S. 213
19. *Laux T, Luiz Th, Madler C.*: Qualitätsmanagement von Diagnosekodierungen in der Anästhesieambulanz. *Abstractband Deutscher Anästhesiekongress 2002*. Diomed Verlags GmbH, Ebelsbach 2002, S. 213
20. *Roeder N, Irps S, Juhra C, Glocker S, Fiori W, Müller ML, Hecht A.*: Erlöse sichern durch Kodierqualität. *Das Krankenhaus* 2002, 94:117-127
21. *Doetschmann R.*: Pflegeleistungen differenziert berücksichtigen. *Krankenhaus Umschau* 2002,71: 1024-1026
22. *Luiz Th, Huber T, Schieth B, Madler C.*: Einsatzrealität eines städtischen Notarztdienstes - Medizinisches Spektrum und lokale Einsatzverteilung. *Anästh Intensivmed* 2000;41: 765-773
23. *Dick WF.*: Die Anästhesieambulanz - Lösung des Problems? *Anästhesist* 1997;46: 96-98.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Tino Laux*
 Institut für Anaesthesiologie und Notfallmedizin I
 Westpfalz-Klinikum GmbH Kaiserslautern
 Hellmut-Hartert-Straße 1
 D-67655 Kaiserslautern.

Medizinisches Kompetenz-Zentrum Regensburg für Simulatorentraining im Förderkreis der anästhesiologischen Universitätsklinik Regensburg e.V. CME

Seminartermine

18.01.2003, 29.03.2003, 17.05.2003

Mega-Code-Training

22.02.2003

Schockraummanagement

26.04.2003

Narkose im Rettungsdienst

29.06.2003

Airway-Management

Auskünfte: Dr. Joachim Koppenberg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, D-93053 Regensburg, Tel.: 0941 / 944-7801,
 Fax: 0941 / 944-7802, e-mail: info@med.cor.de