

## KRANKENHAUSMANAGEMENT UND -ÖKONOMIE

# Anästhesiologie und German (Refined?) Diagnosis-Related Groups

- Die Verpflichtung zur medizinischen Dokumentation als Chance nutzen -

*Anaesthesiology and the German (Refined?) Diagnosis-Related Groups*

- Medical documentation or how to make a virtue of necessity -

J.-P. Braun<sup>1</sup>, J. Martin<sup>2</sup>, M. Kastrup<sup>1</sup>, J. Große<sup>1</sup>, Ch. von Heymann<sup>1</sup>, W. J. Kox<sup>1</sup> und C. Spies<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin Universitätsklinikum Charité, Campus Mitte, Humboldt-Universität zu Berlin (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. W. Kox)

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Klinik am Eichert, Göppingen (Chefarzt: Prof. Dr. P. Milewski)

**Zusammenfassung:** Die Anästhesie ist im German Diagnosis-Related Group (G-DRG)-System kaum eigenständig abgebildet, da die Narkose in den meisten Fällen mit dem operativen Eingriff abgegolten wird. Dennoch kann die Anästhesie durch die Kodierung von Neben(behandlungs)diagnosen zur Erlös-optimierung des Behandlungsfalles beitragen. Zusätzlich zu den schon bei Krankenaufnahme erfassten Nebendiagnosen ergeben sich während der anästhesiologischen und operativen Behandlung häufig eine Reihe weiterer Nebendiagnosen, die nicht nur therapeutische Maßnahmen seitens des Anästhesisten erfordern, sondern auch von diesem dokumentiert werden sollten, da sie zur Steigerung des Fallschweregrades (Patient Clinical Complexity Level, PCCL bzw. Patientenbezogene Klinische Komplexitätsstufe, PKKS) und damit zu einem optimierten Entgelt führen. Am Beispiel der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin der Charité demonstrieren die Autoren, wie die Dokumentation in der operativen Medizin durch die Anästhesisten auf einfache Weise wirkungsvoll verbessert werden und die Anästhesiologie für das gesamte Krankenhaus eine neue ökonomische Bedeutung erlangen kann.

**Summary:** The charges for the provision of anaesthesia are not explicitly defined in the German Diagnosis-

Related Group (G-DRG) system, but included in the charges for the particular surgery. Nevertheless, the anaesthetist can help to optimise case-related revenue by documentation of secondary diagnoses. In addition to the secondary diagnoses established on admission to hospital, further secondary diagnoses are made perioperatively. These do not only require the performance of various therapeutic measures by the anaesthetist, but should also be documented as they increase the patient clinical complexity level (PCCL) and lead to higher revenue for the hospital. The authors cite the Department of Anaesthesiology and Intensive Care at the Charité University Hospital, Berlin, as an example of how documentation in the perioperative setting can be improved in a simple yet effective way by the anaesthetists and how anaesthesiology may gain economic importance for the whole hospital.

**Schlüsselwörter:** Anästhesiologie – Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Krankenhausökonomie – Dokumentation – Perioperative Komplikationen

**Key words:** Anaesthesiology – Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Hospital Economics – Documentation – Intraoperative Complications.

### Einleitung

Seit dem 01.01.2002 sind die allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien (2) für Deutschland bindend. Der Bundesrat hat am 28.02.2002 endgültig das Fallpauschalengesetz verabschiedet (13). Die deutschen Klinikärzte sind verpflichtet, ihre Diagnosen nach ICD 10, Version 2.0, und ihre Prozeduren nach OPS-301, Version 2.1, zu verschlüsseln. Welche Folgen das DRG-System (Diagnosis-Related Groups) für die Kliniken haben wird, ist momentan ein heiß diskutiertes Thema. Viele Spekulationen werden angestellt, Modelle werden entworfen, Überlebensstrategien

werden angepriesen und zum Teil auch teuer verkauft. Fakt bleibt: Es wird zur interdisziplinären Gemeinschaftsaufgabe, den Patienten als "Fall" zu definieren, zu behandeln, zu dokumentieren und gemeinsam zur Rechnungsstellung beizutragen. Da mit der Einführung des Fallpauschalengesetzes eine Verkürzung der stationären Liegedauer und damit ein Abbau von Krankenhausbetten intendiert ist (1), wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit daher zur Conditio sine qua non. Die Anästhesie wird zukünftig daran gemessen, wie hoch ihr Beitrag zu einer frühen Mobilisation und damit früheren Verlegung bzw. Entlassung des Patienten ist (3, 4, 7). Gemeinsam gilt es, optimierte

Behandlungspfade interdisziplinär zu entwickeln, um den klinischen Aufenthalt des Patienten kurz und effizient zu gestalten.

"Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist", wird entsprechend den Kodierrichtlinien (2) als Krankenhaushauptdiagnose eines Falles festgelegt. Die Hauptdiagnose ist wiederum das Fundament des Falles und bestimmt dessen Basis-DRG (adjacent-DRG). Die Anästhesie als "nach- oder mitbehandelnde" Abteilung legt so gut wie nie die Krankenaushauptdiagnose und damit die Basis-DRG fest. Wie kann sich die Anästhesie dennoch sinnvoll am DRG-System beteiligen?

Wir möchten im folgenden Anregungen zu einer Standortbestimmung geben.

## Chance der Anästhesiologie

Das Fachgebiet der Anästhesiologie hat sich aus dem Narkosebereich entwickelt, reicht aber heutzutage in viele Bereiche der operativen Medizin hinein. Die Vorbereitung auf den geplanten Eingriff wird durch die Anästhesiologie mitgestaltet, der geplante Eingriff selbst durch die Anästhesiologie ermöglicht, die postoperative Schmerzbehandlung durch die Anästhesiologie beeinflusst und die postoperative Intensivbehandlung durch die Anästhesiologie geprägt. Somit ist die Anästhesie Serviceleister für den Patienten, aber auch Prozessunterstützer und folglich Serviceleister für den Operateur. Zukünftig wird sich diese Prozessunterstützung nicht nur auf eine Narkose, die optimale Bedingungen für den Operateur schafft, reduzieren, sondern gleich an mehreren Positionen in die klinischen Behandlungspfade eingreifen. Genau hier liegen die Chancen der Anästhesie im DRG-System.

Durch eine verbesserte medizinische Dokumentation eines Falles unter DRG-Bedingungen wird eine Optimierung des Entgeltes erreicht. Die Basis-DRG kann in einem sog. "weiterentwickelten" ("Refined")-DRG-System durch die Dokumentation von bestimmten Neben(Behandlungs)diagnosen in eine höhere Vergütungskategorie gebracht werden. Hierdurch wird es wiederum ermöglicht, die notwendige Krankenhausverweildauer des Patienten zu finanzieren.

Schon beim ersten Patientenkontakt des Anästhesisten sollte er sein medizinisches Potenzial auch im Sinne der DRGs nutzen. Kein anderer im operativen Bereich tätiger Arzt beschäftigt sich aus klinischen und medikolegalen Gründen in dem Umfang, wie es der Anästhesist tut, mit dem medizinischen Allgemeinzustand des Patienten. Den Anästhesisten sollten die Begleiterkrankungen aber nicht nur aus medizinischer Sicht interessieren, er sollte sich ebenso mit der korrekten und optimalen Kodierung perioperativer Krankheitsbilder auseinander setzen (10). Wer behan-

delt, muss zugleich dokumentieren! Dies ist eine medizin-ökonomische Grundregel im DRG-Zeitalter. Laux et al. (6) beschreiben die zentrale Rolle der Anästhesieambulanz bei der Erfassung und Verschlüsselung von Nebendiagnosen als Behandlungsdiagnosen. Die Autoren verweisen mit Recht darauf, dass es dringend erforderlich ist, mit der Erfassung von Nebendiagnosen das Qualitätsmanagement zu verbinden und zeigen damit, dass die personelle Investition in eine Prämedikationsambulanz einen ökonomischen Gewinn für das Krankenhaus bedeuten kann.

"Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenausaufenthaltes entwickelt", ist als Nebendiagnose definiert (2).

Welche Nebendiagnosen führen nun im Sinne des sog. "Refined-DRG-System" zur Steigerung des Fallgewichtes? Grundsätzlich sind das Nebendiagnosen, die eine therapeutische oder diagnostische Maßnahme erfordern bzw. einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand bedingen (2). Nebendiagnosen führen dann zu einer Verlängerung der Krankenhausverweildauer und/oder heben die Fallkosten (9), wenn sie eine kostspielige, personalaufwändige Behandlung (z.B. "sakraler Dekubitus") und/oder Überwachung (z.B. "Elektrolytverschiebungen") erfordern. Als Indikator für "kostspielig" sollte man stets berücksichtigen, dass der Anteil der Personalkosten an den Krankenhauskosten bei über 2/3 liegt. Die Nebendiagnosen, die zu einer Steigerung des Fallschweregrades oder Relativgewichtes (PCCL = patients clinical complexity level) führen, werden auch "entgeltwirksame Nebendiagnosen" bezeichnet. Jede dieser entgeltwirksamen Nebendiagnosen besitzt einen sog. Schweregrad (CCL = complication and comorbidity level). Der PCCL kann hierbei entweder durch viele Nebendiagnosen mit niedrigem CCL oder durch wenige Nebendiagnosen mit hohem CCL (Tab. 1 und 2) angehoben werden. Ein "A-PCCL" bezeichnet die höchste Vergütungsstufe einer DRG, die niedrigeren PCCL erhalten entsprechend ein "B" oder "C". Ökonomisch sind die A-PCCL-Patienten für ein Krankenhaus auf den ersten Blick natürlich besonders lohnend.

So gut wie alle Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes, des Säure-Basen-Haushaltes, Herzrhythmusstörungen oder kardio-pulmonale Ereignisse oder Komplikationen besitzen einen CCL von mindestens zwei, was in der Regel zur Entgeltsteigerung eines operativen Falles führt. Es liegt nahe, dass der Arzt, der diese Ereignisse behandelt, also der Anästhesist, diese Umstände auch dokumentiert. Durch die perioperative Kodierung der Zutrittsdiagnosen entsprechend der Kodierrichtlinien kann die Anästhesie einen erheblichen Beitrag zur Erlösoptimierung der Klinik leisten.

Es sollte auch dem operativen Kollegen bewusst sein, dass der Anästhesist durch diese Maßnahmen zur

## Krankenhausmanagement und -ökonomie

Ertragsoptimierung des Behandlungsfalles beiträgt. Bei der internen Budgetierung oder innerbetrieblichen Leistungsverrechnung muss dies berücksichtigt werden.

### Beispiele

Die folgenden Beispiele wurden mittels des sog. Online-Groupers der Universität Münster "gegrouped" (8). Wir können dieses Hilfsmittel nur empfehlen, da man die "typischen" Fälle aus der eigenen Klinik so bequem kalkulieren kann und durch einfaches Ausprobieren ein Gefühl für die "Spielregeln" im DRG-System bekommt. Die Angaben der mittleren Verweildauer und der Relativgewichte wurden dem neuen deutschen Fallpauschalenkatalog angeglichen (14):

#### Beispiel 1:

Ein 55jähriger Patient wird mit der Hauptdiagnose Koronare Herzerkrankung (I 25.11) stationär aufgenommen, um sich einem aortokoronaren Vierfachbypass (5-361.31) zu unterziehen. Gibt man diese Daten in einen Grouper, dann ergibt sich die DRG F06B: Aortokoronare Bypassversorgung ohne schwerste Komorbiditäten und Begleiterkrankungen. Dies ist mit einer Verweildauer von 11,4 Tagen und einem Kostengewicht von 3,73 verbunden. Da die Stoffwechselleage postoperativ eine intensive Insulintherapie erforderlich macht, sollte dies auch kodiert werden (E 89.1 = postoperativer Hypoinsulinismus). Wird diese Zutrittsdiagnose dokumentiert, resultiert die DRG F06A: Aortokoronare Bypassversorgung mit schwersten oder schweren Begleiterkrankungen. Diese DRG geht einher mit einer Verweildauer von 11,4 Tagen und einem Kostengewicht von 3,860.

#### Beispiel 2:

Ein 36jähriger Patient wird mit einer perforierten Appendizitis (K 35.0) zur laparoskopischen Appendektomie (5-470.1) aufgenommen. Er hat keine weiteren Nebendiagnosen. Verwendet man den Online-Groupier der Uni-Münster, wird aus diesem Fall die DRG "G07B", dies entspricht einer Verweildauer von 5,6 Tagen und einem Relativgewicht von 1,04. Dem Anästhesisten im Aufwachraum fällt postoperativ eine Hypokaliämie auf, die mit der intravenösen Gabe von KCl behandelt wird. Wird die Hypokaliämie (E 87.6 mit einem CCL von 3!) kodiert, ändert sich die DRG in G07A mit einer Verweildauer von 9,2 und einem Relativgewicht von 1,559.

## Strategien der Anästhesie

### Beispiel Charité

Die von Laux *et al.* (6) beschriebene zentrale Funktion einer Anästhesieambulanz bei der Kodierung von Nebendiagnosen möchten wir an dieser Stelle nochmals als ein sehr geeignetes Mittel zur verbesserten Kodierung eines Behandlungsfalles nennen. Den klini-

**Tabelle 1:** Damit ein Fall einen PCCL von 4 erreicht, werden entweder eine Nebendiagnose mit dem CCL 4 zusammen mit einer Nebendiagnose mit dem CCL 3 benötigt oder drei Nebendiagnosen mit einem CCL von jeweils 2 zusammen mit zwei Nebendiagnosen mit einem CCL von jeweils 1.

	CCL ND1	CCL ND2	CCL ND3	CCL ND4	CCL ND5
Fallschwere	4	3			
PCCL 4	4	2			
	4	1	1		
	3	3			
	3	2	2		
	3	2	1	1	
	2	2	2	2	
	2	2	2	1	1
PCCL 3	4				
	4	1			
	3	2			
	3	2	1		
	2	2	2		
	2	2			
	2	1			
	1	1	1	1	
PCCL 2	2				
	1	1			
PCCL 1	1				

PCCL = patients clinical complexity level

CCL = complication and comorbidity level

ND1 = 1. Nebendiagnose, ND2 = 2. Nebendiagnose usw.

**Tabelle 2:** Je mehr Nebendiagnosen erfasst sind, um so weniger schwer wiegt die einzelne Nebendiagnose. Wenn man 6 Nebendiagnosen mit dem CCL 1 dokumentiert, wiegt die sechste nicht mehr 1, sondern 0,1353.

Nr.	CCL	CCL-Gewichtung	PCCL des Patienten
1	1	1	1
2	1	0,6703	1,6703
3	1	0,4493	2,1196
4	1	0,3012	2,4208
5	1	0,2019	2,6227
6	1	0,1353	2,7581

(nach Rochell) (5).

schen Behandlungspfaden des Anästhesisten folgend, möchten wir nach der Prämedikation den Op- und Aufwachraumbereich als Plattform des DRG-bewussten Anästhesisten hervorheben. Auch hier kann der

Anästhesist ohne größeren Aufwand zur Entgelt-optimierung des Behandlungsfalles durch Kodierung von Diagnosen beitragen, die sich typischerweise im Operationstrakt und Aufwachraum ereignen, sog. Zutrittsdiagnosen.

Als Beispiel für die mögliche Vorbereitung einer Anästhesiologischen Klinik auf das DRG-System möchten wir die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Campus Charité Mitte der Humboldt-Universität zu Berlin nennen. Mit Bekanntwerden des DRG-Systems für Deutschland haben wir zunächst die ärztlichen Mitarbeiter in den Kodierkatalogen ICD 10 für die Diagnosen und OPS-301 für die Prozeduren (erneute Schulungen bei Einführung des OPS-301, Version 2.1) fortgebildet. In regelmäßigen Veranstaltungen haben wir eine Sensibilisierung der ärztlichen Mitarbeiter unserer Klinik für die Medizin im DRG-System erreichen können.

Ziel unserer Klinik ist es, dass der Anästhesist, der sich in der operativen Medizin in besonderem Maße mit dem Allgemeinzustand des Patienten auseinander setzt, seine Befunde und Prozeduren entsprechend der deutschen Kodierrichtlinien dokumentiert und, so weit es ihm möglich ist, kodiert.

### **1. Prämedikationsvisite**

Bei der Prämedikationsvisite dokumentiert der Anästhesist seine Befunde und Anordnungen auf dem Narkoseprotokollformular. Dem Narkoseprotokoll liegt ein Dokumentationsbogen bei (Charité-Nebendiagnose-Formblatt 1). Dieses Formblatt stellt eine "Hitliste" von häufig vergessenen, überwiegend PCCL-wirksamen Begleiterkrankungen dar (Restzustände wie Amputationen, neurologischer Neglect, Abhängigkeit z.B. von Re- oder Aspiratoren, Abhängigkeit von z.B. Alkohol, Nikotin oder Sedativa, Therapie mit Antikoagulanzien usw.). Auf diesem Bogen kreuzt der prämedizierende Kollege Diagnosen an, die bislang im Patientendokumentationssystem noch nicht erfasst wurden (6). Eine Reihe von entgelt-relevanten Nebendiagnosen konnten so ohne deutlichen Zeitverlust während der Prämedikation erfasst werden. Die Blätter verbleiben nach der Prämedikation zunächst mit dem Narkoseprotokoll in der Krankenakte.

### **2. Op-Saal / Aufwachraum**

Zutrittsdiagnosen, die sich im Verlauf der Narkose und im Aufwachraum ereignen, werden auf einem zweiten Bogen erfasst, der mit Passieren der Op-Schleuse in die Krankenakte gelegt wird (Charité-Nebendiagnose-Formblatt 2). Dieses Formblatt enthält eine "Hitliste" von Zutrittsdiagnosen (mit ICD 10 Kode) und Komplikationen (ICD 10), die sich perioperativ ereignen können und ebenfalls PCCL-wirksam sind (Abb. 1). Auf diesem Blatt kreuzt der Anästhesist die zutreffenden Behandlungsdiagnosen an.

Beide Erfassungsbögen (1 und 2) werden zusammen mit dem Patienten und der Patientenakte vom Auf-

wachraum wieder auf die Station gebracht und umgehend demjenigen gegeben, der Zugriffsrechte auf die medizinische Dokumentation im Krankenhaus-Informations-System (KIS) hat und die Daten elektronisch übermittelt.

Das Charité-Nebendiagnose-Formblatt 1 wird zukünftig nicht mehr angelegt, da die Dokumentation der bei Krankenhausaufnahme mitgebrachten Nebendiagnosen auf den operativen Stationen mit der Zeit eine sehr gute Qualität erreicht hat. Die Erfassung von Zutrittsdiagnosen durch Anästhesisten auf dem Charité-Nebendiagnose-Formblatt 2 bleibt weiterhin zwingend notwendig, da die durch den Anästhesisten erhobenen Daten sonst nicht dokumentiert würden.

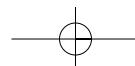
Ein "Up-Coding", das heißt fälschliche Dokumentation von Nebendiagnosen zum Zwecke der Entgeltsteigerung, ohne dass die kodierten Nebendiagnosen wirklich vorliegen, sollte unbedingt vermieden werden. Kann der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) einen solchen Tatbestand nachweisen, muss das betroffenen Krankenhaus ein schmerhaftes Bußgeld bezahlen.

### **Fazit**

Durch die anästhesiologische Erfassung von entgelt-wirksamen Diagnosen, besonders durch perioperative Zutrittsdiagnosen, kann eine realistische Dokumentation des Schweregrades eines Behandlungsfalles (Relativgewicht) erzielt werden. Der Case-Mix (Summe aller Relativgewichte in einem definierten Zeitraum) und der Case-Mix-Index (Summe der Relativgewichte in einem Zeitraum geteilt durch die Fallzahl) werden angehoben. Dies trägt dazu bei, den Erhalt des Krankenhausbudgets zu garantieren.

Es ist dringend erforderlich, dass die Anästhesiologie in die medizinische Dokumentation eingebunden wird, da sie als zentrale Abteilung in der operativen Medizin fachübergreifend zur entgeltwirksamen Dokumentation beitragen kann und damit eine Verantwortung für das gesamte Krankenhaus mitübernehmen sollte. Die anästhesiologische Bereitschaft zur Kooperation bei der medizinischen Dokumentation in der operativen Medizin sollte den operativen Disziplinen unbedingt signalisiert werden.

Eine Anästhesieabteilung, die sich in den medizinischen und ökonomischen Behandlungspfaden eines Krankenhauses wieder findet und die medizinische Dokumentation und Kodierung als Bestandteil ihrer Serviceleistung für den Operateur (und für den Patienten, dessen Liegezeit finanziert werden muss) versteht, unterscheidet sich qualitativ von der "eingekauften" Anästhesieleistung eines externen Anbieters insofern, als der externe Anbieter, aus der Sichtweise des Operateurs, seine Leistung lediglich in Rechnung stellt, wohingegen der "hauseigene" Anästhesist durch seine Kodierarbeit zur Erlösoptimierung für das



## Krankenhausmanagement und -ökonomie

*Charité*

UNIVERSITÄTSKLINIKUM CHARITÉ- MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

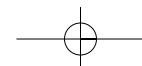
Blatt 2  
perioperative, CCL-wirksame Nebendiagnosen  
3. Auflage

ICD 10	Komplikationen	CCL
T88.4	Intubation: schwierig oder mißlungen	2 bis 4
T88.8	Komplikat. Nach medizin. Behandlung	2 bis 4
T88.3	maligne Hypertermie	1 bis 3
T81.4	Infektion nach einem Eingriff	2 bis 4
T81.0	Blutung/Hämatom n. Eingriff	2 bis 4
T81.7	Gefäßkompl. n. Eingriff	2 bis 4
T80.1	Gefäßkompl. n. In/Transfusion	2 bis 4
T80.2	Infektion n. Infusion/Transfusion	3 bis 4
T81.8	postoperatives Emphysem	2 bis 4
T80.0	Luftembolie	2 bis 4
T81.1	Kreislaufkollaps nach Eingriff	2 bis 4
I97.8	Kreislaufkompl. nach med. Eingriff	2 bis 4
L89	Dekubitus	2 bis 4
<b>Atemwege</b>		
J95.1	akute pulm. Insuff. n. Thoraxeingriff	2 bis 4
J95.2	akute pulm. Insuff. n. Nicht-Thoraxeingriff	2 bis 4
J95.3	chron. pulm. Insuff. nach Operation	2 bis 4
J41.1	chron. Bronchitis	1 bis 3
J95.4	Aspiration, Mendelsonsyndrom	1 bis 4
J98.1	Ateletkase	1 bis 4
R09.2	Atemstillstand	1 bis 4
R04.2	Bluthusten	1 bis 2
R04.8	Blutung-Lunge	1 bis 2
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	1 bis 4
J94.2	Hämatothorax	2 bis 4
J98.2	interstitielles Emphysem	2 bis 4
J90	Pleuraerguß	2 bis 4
J91	Pleuraerg. b. andernorts klassifiz. Erkrankung	3 bis 4
J93.2	Pneumothorax, iatrogen	1 bis 3
J93.8	Pneumothorax, sonstig	2 bis 4
J96.1	respirat. Insuffizienz,nicht näher bez.	2 bis 4
<b>Blut</b>		
D50.0	Eisenmangel nach Blutung	1 bis 3
D62	akute Blutungsanämie	1 bis 3
D68.3	Hämorrhagie nach Antikoagulantien	1 bis 3
D68.9	Koagulopathie	1 bis 3
D65	DIC	1 bis 3
D69.1	Thrombozytopathie	1 bis 3
D69.5	Thrombozytopenie, sekundär	1 bis 3
<b>Herz und Kreislauf</b>		
I11.0	Hypertens. Herzkrankheit mit Herzinsuff.	2 bis 4
I50.9	Herzinsuffizienz	2 bis 4
I27.0	Hypertonie, pulmonal	1 bis 3
I97.0	Postkardiotoxische Syndrom	1 bis 3
I32.2	Perikarditis	1 bis 3
I97.8	Kreislaufstörung n. med. Maßnahme	2 bis 4
I97.1	kard. Funktionsstörung n. Herzchirurg. Eingriff	1 bis 3
I26.9	Lungenembolie, postop. (akut. cor pulmonale)	2 bis 4
<b>R57.0</b>	Schock, kardiogen	2 bis 4
<b>R57.1</b>	Schock, Volumenmangel	3 bis 4
<b>T88.6</b>	Schock anaphyl. n. Medikamentengabe	2
<b>T80.5</b>	Schock, anaphyl., Serumreaktion	2
<b>A41.9</b>	Schock, septisch	3 bis 4

(großes Patientenonetikett)

ICD 10	Herz und Kreislauf	CCL
<b>T88.2</b>	Schock durch Anästhesie	1 bis 4
<b>T81.1</b>	Schock als Folge eines Eingriffs	2 bis 4
I48	Vorrhofflimmern	2 bis 3
I97.8	VH-Flimmern postoperativ	2 bis 4
<b>Niere Harntrakt</b>		
N39.0	Harnwegsinfekt	2 bis 4
N39.4	Harninkontinenz (mind. 7 tage)	2 bis 4
N18.8	Niereninsuffizienz, chronisch	2 bis 4
N99.0	akute Niereninsuff post-OP	2 bis 4
Z99.2	Abhängigkeit v. Dialyse	2
<b>E'lyt-Flüssigkeitshaushalt, Osmolalität</b>		
E87.0	Hypernaträmie	2 bis 4
E87.1	Hyponaträmie	2 bis 4
E87.2	Azidose	2 bis 4
E87.3	Alkalose	2 bis 4
E87.4	gemischte Säure/Basenstörung	2 bis 4
E87.5	Hyperkaliämie	2 bis 4
E87.6	Hypokaliämie	2 bis 4
E87.7	Hypotonie Hyperhydratation	2 bis 3
E87.8	Elektrolytstörung, mit Flüssigkeitsstörung	2 bis 3
E89.1	post-op Insulinmangel	2 bis 4
<b>Psyche/ZNS</b>		
R40.2	Koma (nicht bei Kopfverletzungen)	3 bis 4
F05.8	Delir, sonstige Formen	2 bis 4
F10.4	Delir, Alkoholentzug	2 bis 4
F10.2	Alkoholkrankheit	1 bis 3
F13.2	Abhängigkeit von Schlaftabletten	1 bis 3
F17.2	Abhängigkeit von Nikotin	1 bis 3
F15.2	Abhängigkeit von Koffein	1 bis 3
F03	Demenz	2 bis 4
R54	Senilität	2 bis 4
E64.9	Folgen eines alimentären Mangelzustandes	2 bis 4
I69.8	Folgezustand eines Hirninfarktes	2 bis 4
G80.0	spastische Lähmung	2 bis 4
J38.00	Stimmbandlähmung	2
<b>GI-Trakt</b>		
R15	Stuhlinkontinenz (mind. Für 7 Tage)	2 bis 4
K91.3	Darmatonie/verschluß post-OP	3 bis 4
K70.3	Leberzirrhose	2 bis 3
B18.2	Hepatitis C	1 bis 4
K86.1	chron. Pancreatitis	2 bis 3
E64.9	Folgen eines alimentären Mangelzustandes	2 bis 4
<b>Freiraum für andere Nebendiagnosen</b>		

Abbildung 1: Anästhesie Dokumentationsblatt 2.



gesamte Krankenhaus beiträgt. Diesen Unterschied gilt es den operativen Partnern zu vermitteln. Das medizinische Berichtswesen im Krankenhaus kann gerade für eine Service-Abteilung wie die Anästhesie ein hilfreiches Instrument zum Beleg der Effizienz der geleisteten Dokumentationsarbeit sein.

Das DRG-System kann als Chance begriffen werden. Wir Anästhesisten sollten untermauern, dass ein Erhalt des Krankenhausbudgets durch unser Zutun gesichert werden kann. Die Anästhesie ist nicht nur ein Rechnungssteller bei der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (5). Die Anästhesie ist vielmehr ein Partner in der operativen Medizin, der sich in die Pflicht genommen sieht, die medizinische Dokumentation als festen Bestandteil seiner anästhesiologischen Dienstleistung zu definieren. Dieser Rolle müssen wir uns besonders im DRG-Zeitalter bewusst werden.

Die Dokumentation in der operativen Medizin muss durch die Anästhesie mitgestaltet werden.

5. *Landauer B, Schleppers A:* (2002) Die Bedeutung der Anästhesie innerhalb des German Refined DRG-Systems. *Anästh Intensivmed* 43:5-7
6. *Laux T, Kawach H, Möck H, Dietrich D, Madler C:* (2002) Die Anästhesieambulanz in DRG-Zeiten, Zentrale Kodierung von Nebendiagnosen – eine neue Aufgabe. *Anästh Intensivmed*; 43: 213-18
7. *Nathan N, Peyclit A, Lahrimi A, Feiss P:* (1998) Comparison of sevoflurane and propofol for ambulatory anaesthesia in gynaecological surgery. *Can J Anaesth*; 45(12): 1148-50
8. Online Web-Grouper der Universität Münster: <http://drg.uni-muenster.de>
9. *Roeder N, Irps S, Juhra C, Glocker S, Fiori W, Müller ML, Hecht A:* (2002) Erlöse sichern durch Kodierqualität. *Das Krankenhaus*;2:117-27
10. *Roeder N, Rochell B:* (2001) Im DRG-System schreibt der Arzt mit der Kodierung die Rechnung. *f&w*;2:162-168
11. *Schleppers A, Metzger F:* (2001) Fachkommentar DRG Anästhesiologie. Berufsverband Deutscher Anästhesisten
12. *Schlottmann N:* (2001) Die Anpassung der AR-DRGs und ihre Grenzen. *Das Krankenhaus*;1:26-33
13. *Schlottmann N, Raskop AM:* (2001) Deutsche Kodierrichtlinien für Krankenhäuser. *Das Krankenhaus*;10: 849-63
14. [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de).

## Literatur

1. *Baum G, Tuschen KH:* (2000) AR-DRG, die Chancen nutzen. *f&w*;5:449-460
2. Deutsche Kodierrichtlinien. Version 2002. Deutsche Krankehaus-Verlagsgesellschaft mbH. Düsseldorf 2001
3. *Eger EI, White PF, Bogetz MS:* (2000) Clinical and economic factors important to anaesthetic choice for day-case surgery. *Pharmacoeconomics*; 17(3): 245-62
4. *Heidvall M, Hein A, Davidson S, Jakobsson J:* (2000) Cost comparison between three different general anaesthetic techniques for elective arthroscopy of the knee. *Acta Anaesthesiol Scand*; 44 (2): 157-62

## Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jan-Peter Braun  
Klinik für Anästhesiologie und  
operative Intensivmedizin  
Humboldt-Universität zu Berlin  
Campus Charité Mitte  
Schumannstraße 20 - 21  
D-10117 Berlin.