

Aufnahme – Anamnese
Befund – Visite
Dokumentation

Dr. med. T. Koch

Wiesbaden, 26./27.4.2003

Aspekte der stationären Versorgung

- Politisches Ziel „Vermeidung stationärer Behandlung“
- Änderung des Finanzierungssystems von
- „Abteilungspflegesätzen“ zu AR-DRG
- Änderung der ökonomischen Rahmenbedingungen
- Zusätzlich steigende Dokumentationspflicht unter
- juristischen und dienstrechtlichen Aspekten

*Welche Auswirkungen haben diese Vorgaben auf die Tätigkeit als
Internistischer Assistenzarzt/ärztin?*

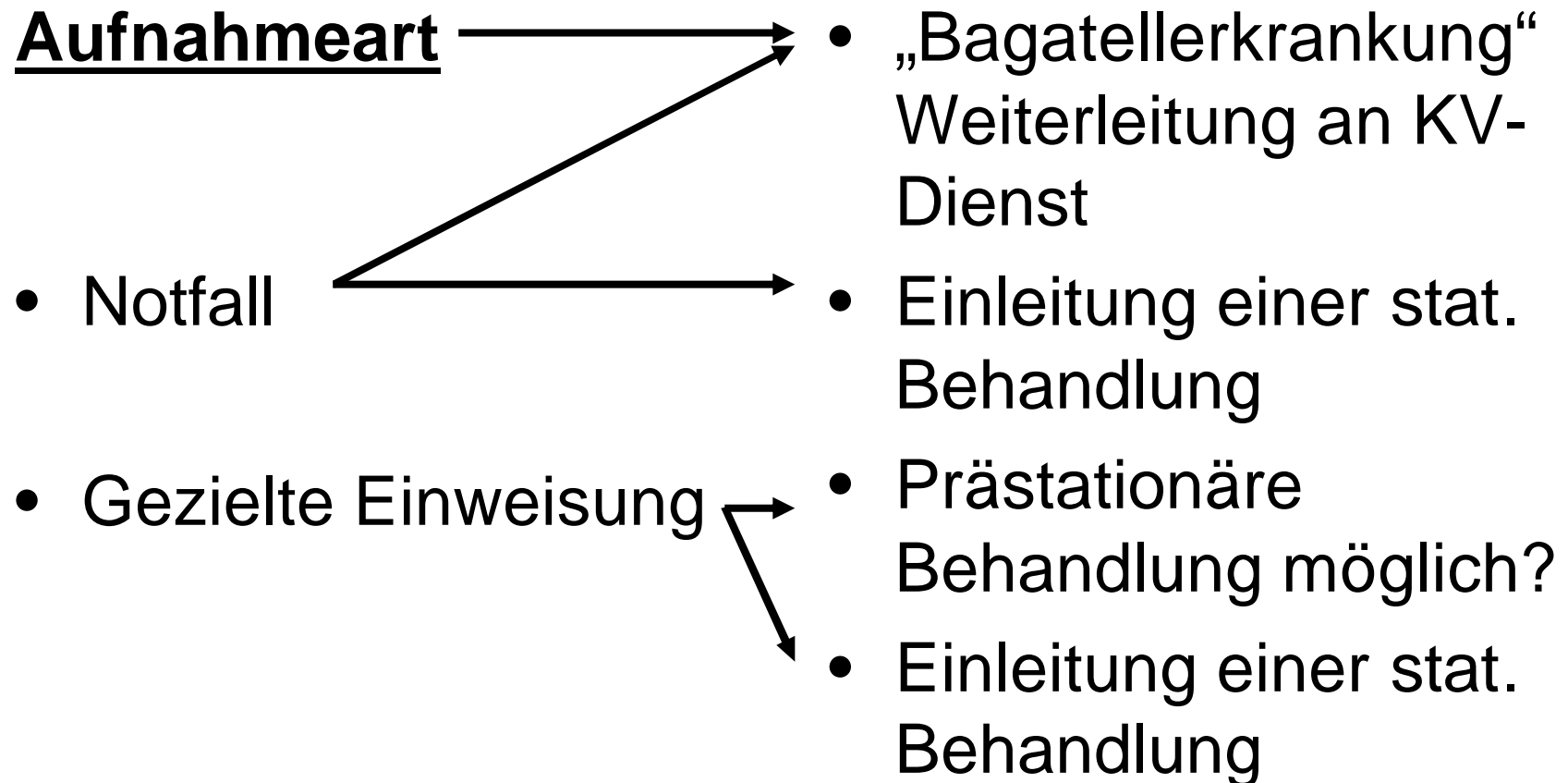
Grundsatz

- Die Leistung eines Krankenhauses wird in Zukunft nicht mehr nach Ausstattung, Bettenzahl, Fallzahl und Auslastung beurteilt werden.
- Statt dessen werden Zahl und Schweregrad der stationär behandelten Patienten bewertet.
- Darüber hinaus wird die Zahl der vermiedenen stationären Aufenthalte analysiert werden
- Den Assistenzärzten/-innen kommt bei den zukunftsichernden Maßnahmen eine Schlüsselstellung zu

Ablauf eines stationären Aufenthaltes unter Berücksichtigung des DRG-Systems

- Aufnahme \longrightarrow • Prüfung der Aufnahmeindikation (vorstationär?)
- Anamnese/ Untersuchung \rightarrow • Dokumentation und Erstellung eines Behandlungsplans
- Stat. Aufenthalt \longrightarrow • Nachweis stationspflichtiger Diagnosen/ Maßnahmen
- Entlassung \longrightarrow • Poststationäre Maßnahmen / Arztbrief

Aufnahme



Prästationäre Behandlung

- Grundsätzlich ist bei jeder Einweisung die Möglichkeit einer prästationären Behandlung zu prüfen
 - Anamnese
 - Aufklärungsgespräch
 - Untersuchungsvorbereitung / Anmeldung
 - Labordiagnostik / Röntgendiagnostik

Erläuterung:

Prästationäre Behandlungen sind innerhalb eines Zeitraumes von 5 Tagen möglich und werden pauschal unbudgetiert vergütet. Eine spätere, stationäre Aufnahme ist nicht erforderlich

Einleitung stationärer Maßnahmen

- Exakte Dokumentation der Aufnahme­diagnose / Nebendiagnosen mit zeitnahe­r Übermittlung an den Kostenträger
 - Alkoholentzug: keine Indikation
 - Alkoholdelir: Indikation
- Im Zweifelsfall Kostenübernahme direkt beim Kostenträger einholen (Fax-Bestätigung!)

(Nicht-) Indikationen zur stationären Aufnahme

- Keine Indikation
 - Art. Hypertonie
 - Diabetes mellitus, schlecht eingestellt
 - Alkoholentzug
 - Angina pectoris
 - Pos. Haemocult
 - Fieber
- Indikation
 - Hypertensive Krise
 - Entgleister Diabetes mit Spätsyndrom
 - Ketoazidose
 - Alkoholdelir
 - Instabile Angina pectoris
 - GI-Blutung
 - Sepsis

Ziel: Indikationskatalog

Die Erarbeitung eines (hausinternen) Indikationskataloges zur Indikation stationärer Diagnose und Behandlungsmaßnahmen unter Beteiligung der Kostenträger ist unverzichtbar.

Anamnese

- **Erhebung aller für den stationären Aufenthalt relevanten Daten**
 - **Beschwerden**
 - **Ambulant erhobene Vorbefunde**
 - **Intern / oder extern erhobene stationäre Behandlungsdaten**
 - **Medikamentenanamnese (Indikation?)**
- **Cave: Unnötige Doppeluntersuchungen werden vom Kostenträger nicht übernommen. Des Weiteren besteht Klagemöglichkeit wegen „Körperverletzung“ durch den Patienten (Röntgen!)**

Körperliche Untersuchung

- Erhebung der für den Aufenthalt relevanten Untersuchungsbefunde unter dem Aspekt einer vitalen Gefährdung des Patienten bei Nichtaufnahme

Vitalparameter

• **Bewußtseinslage**

• **Atmung**

• **RR-/Puls**

• **Auskultationsbefund**

• **Neurologischer Status**

Klassifikation des Schweregrades

- Es ist sinnvoll, gängige Schweregradeinteilungen vorzunehmen
- Beispiele
 - Herzinsuffizienz nach NYHA
 - Lown-Klassifizierung bei Rhythmusstörungen
 - AVK nach Ratschow
 - WHO Klassifikation der art. Hypertonie
 - Glasgow Coma Scale
 - Child-Klassifikation bei Zirrhose
- **Literatur: Der Internist, Heft 8 und Heft 10 1992**

Abschluss der Aufnahmeuntersuchung

- Zusammenfassung der erhobenen anamnestischen Daten und der Untersuchungsbefunde
 - Detaillierte Auflistung aller Haupt-(Verdachts-) Nebendiagnosen
- Erstellung eines Behandlungs- und Diagnoseplans unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde und der (Verdachts-) Diagnosen

Behandlungs- und Diagnostikplan

- **Behandlungsplan**
 - Intensivstation?
 - Einleitung einer (noch) nicht gesicherten Therapie, möglichst nach den Kriterien der EBM
 - i. v. Therapie oder orale Medikation?
 - Pro i. v.: Indikation zur stat. Behandlung
 - Pro p. o.: Kosten
 - Frühzeitige Planung der weitergehenden Versorgung
- **Diagnoseplan**
 - „Routinediagnostik“
 - Labor (cave)
 - EKG
 - Sonographie
 - (Röntgen)
 - Weiterführende Diagnostik in Abhängigkeit vom Krankheitsbild

Indikationsstellung diagnostischer Maßnahmen

- Auch in der „Routinediagnostik“ gilt:
 - Jede diagnostische Maßnahme muß indiziert sein
 - Die Indikation ergibt sich aus
 - Fragestellung
 - Therapeutische Konsequenzen
 - Risiko-/Nutzen-Abwägung (auch Kostenaspekte)

Diagnostik - Grundsatz

- Eine Untersuchung ist nur dann indiziert, wenn
 - Bei einem vertretbaren Risiko und Kostenaufwand eine Antwort auf eine definierte Fragestellung unter therapierlevanten Gesichtspunkten zu erwarten ist
 - oder ihr Ergebnis die weitere stationäre Behandlungsbedürftigkeit dokumentiert (z. B. Lungenfunktionsprüfung bei Pat. Mit exazerbierter COLD)
 - Cave: „Vollständigkeitswahn“, „Konsilitis“, externe Untersuchungen

Typische Diagnostikfehler

- Überdiagnostik (Alter des Patienten)
- Doppeluntersuchungen
- Erhebung irrelevanter Befunde
 - HWS-Röntgen
 - Carotisdoppler bei Schwindel
 - Haemoccult nach Gastro-/Colo mit PE-Entnahme
 - Pankreaselastase bei übergewichtigen Patienten mit Obstipation
- Riskante Untersuchungen mit „dünnere Indikation“
 - ERCP bei unspez. Oberbauchschmerzen bei unauffälligem Labor + Abdomensonographie

Ziel: Diagnosekatalog

- Zur medizinischen und ökonomischen Diagnose und Therapieoptimierung ist die Erarbeitung eines Leitsymptom / Diagnoseorientierten klinikinternen Standards erforderlich
 - Mitwirkende:
 - Ärzte (auch Niedergelassene Ärzte!)
 - Apotheker
 - Mikrobiologen
 - Controller
 - (Kostenträger)

Stationäre Betreuung

- Nach initialer Therapieeinleitung
- Sofortige Einleitung der „Vitaldiagnostik“
- Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und ihrer Konsequenzen auf den Behandlungserfolg
- Tägliche Visite (2x?) mit problemorientierter
- Dokumentation
- Die Behandlungsnotwendigkeit muss für jeden Tag des Aufenthaltes dokumentiert sein

Visitenfragen

- Wie geht es dem Patienten?
- Tägliche Erhebung und Dokumentation relevanter Befunde (Auskultation etc.)
- Warum bekommt der Patient diese Medikamente (typische „Mitläufer“: Heparin, Omeprazol, ACC)
- Sind die neu aufgetretene Beschwerden Therapiefolge (Interaktionen!)
- Welche Untersuchungen sind geplant (und warum?)
- Sind diese Untersuchungen auch poststationär durchführbar?

Typische Therapiefehler

- Übertherapie (Antibiotika!)
- „Mitläufer“
- „Das hat der Patient schon immer genommen“
- Inkompatible Medikamente, z. B.:
 - Madopar + Haldol
 - Beloc + Berotec
- Fehllindikationen:
 - NSAR

Ziel: Fragenkatalog

- Definition diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, welche der Genehmigung durch einen leitenden Arzt bedürfen

Abstimmung mit Facharzt

- Diagnostik:
 - Invasive Diagnostik
 - Endoskopie
 - Punktionen
 - Kontrastmitteluntersuchungen (Coro)
 - „Teure Diagnostik“
 - Nuklearmedizinische Untersuchungen
 - Externe Konsile
 - Verlegungen
- Grundsätzlich gilt:
 - Alle Maßnahmen müssen mit dem Pat. besprochen sein
 - „die Not kennt kein Gebot“
- Therapie
 - Risikotherapie
 - Lyse (?)
 - Chemotherapie
 - „Teure Therapie“
 - i. v. Antibiose
- Ethik
 - PEG-Anlage

Wie bereite ich die Oberarzt-/Chefvisite vor ?

- Präsentation der relevanten anamnestischen Daten und der bisher erhobenen Befunde
- Darstellung der (Verdachts-) Diagnosen
- Erläuterung der eingeleiteten und geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Formulierung von Fragen an den leitenden Arzt

Typische Chefvisitenfehler

- Fragen:
 - Was hat der Patient?
 - Wie ging es dem Patienten denn vorher?
 - Warum bekommt der Patient dieses Medikament?
 - Was erwarten Sie von dieser Untersuchung?
 - Wer ist das denn?
 - Was meint denn der Hausarzt / der Angehörige dazu
 - Warum wollen Sie den Patienten schon entlassen?
 - Warum ist der Patient noch hier
- Fehler
 - Unkenntnis der erhobenen Befunde
 - Unkenntnis der sozialen Situation des Patienten
 - Unkenntnis der Diagnose-/Therapie-indikationen
 - „anderer Bereich“
 - Fehlende Dokumentation der getroffenen Entscheidungen
 - Fehlende Berücksichtigung der Pflegedokumentation

Die Entlassung

- **Die Entlassung des Patienten beginnt mit der Aufnahme!**
 - Frühzeitige Planung der Weiterversorgung
 - Information des Patienten, der Angehörigen und des Hausarztes
 - Planung poststationärer Untersuchungen
 - Vorbereitung des (Kurz-?)-Entlassungs- oder Verlegungsberichts
 - Zeitnahe Abschlussdokumentation
- Poststationäre Behandlung:
 - Der Patient kann für weitere Untersuchungen bis 12 Tage nach Entlassung einbestellt werden.
 - Die Vergütung erfolgt für jeden Behandlungstag einzeln und unbudgetiert.

Abschlussdokumentation

- Arztbrief
 - Zeitnahe Dokumentation des Behandlungsverlaufs
 - Bei Verlegungen sollte dieser Bericht dem Pat. mitgegeben werden
- Abrechnung
 - Eingabe der Diagnosen (evtl. in Zusammenarbeit mit dem Controlling) und der durchgeführten Maßnahmen

Bedeutung der Verschlüsselung

Aufnahme wegen chronischer Niereninsuffizienz, Herzinfarkt während des stationären Aufenthaltes, Alter:58 Jahre, männlich, Verweildauer 6 Tage, verlegt

ICD Diagnosen

- N18 Chronische Niereninsuffizienz
- I21.3 Akuter transmyokardialer Herzinfarkt
- I10 Essentielle primäre Hypertonie
- E11.8 Nicht prim. Insulin-abhängiger Diabetes mell. (Typ-2)

• Variante 1

- N18 Hauptdiagnose
- AR-DRG L60B Störungen der Nierenfunktion mit schweren CC /Alter >69 ohne CC (PCCL 3)
- Kostengewicht 1,27 (Erlös (geschätzte Basis-Rate 1750 €): 2222 €

• Variante 2

- I21.3 wird zur Hauptdiagnose erklärt
- AR-DRG F60A Störungen des Kreislaufs, akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiale Untersuchung mit katastrophaler oder schwerer CC (PCCL 3)
- Kostengewicht 2,25 Erlös (geschätzte Basisrate 1750 €): 7875 €

Warnung: Dieses Verfahren ist nach den „speziellen Kodierrichtlinien“ (eigentlich) nicht zulässig (Niereninsuff. immer Hauptdiagnose!)

Verschlüsselung II

Aufnahme wegen Linksherzinsuffizienz und Harnwegsinfektion, Alter 60 Jahre, weiblich, Verweildauer 6 Tage, nach Hause entlassen

ICD Diagnosen

• **I50.1 Linksherzinsuffizienz**

• **N39.0 Harnwegsinfektion, nicht näher bezeichnet**

- Variante 1

- I50.1 wird zur Hauptdiagnose erklärt
- AR-DRG F62B Herzfehler und Schock ohne katastrophale CC
- Kostengewicht 1,22, Erlös (geschätzte Basis-Rate 1750 €): DM 2135 €,-

- Variante 2

- N39.0 wird zur Hauptdiagnose erklärt
- AR-DRG L63C Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege, Alter > 70 Jahre
- Kostengewicht 0,78, Erlös (geschätzte Basis-Rate 1775 €): 1365 €

Warnung: Dieses Verfahren ist nach den „speziellen Kodierrichtlinien“ (eigentlich) nicht zulässig (Linksinsuff. immer Hauptdiagnose!)

Zusammenfassung I

- Strukturwandel der stat. Behandlung
 - Notaufnahme als Schaltstelle
 - Besprechung mit Festlegung der DRG
 - Verbesserte, v. a. schnelle Kommunikation mit dem Hausarzt
 - Elektr. Patientenakte?
 - „Gläserner Patient“ – Chance / Gefahr?

Zusammenfassung II

- Quo vadis?
 - Verschwinden die kleinen Krankenhäuser?
 - Verschwinden die internistischen Praxen?
 - Scheitern die DRG?
 - Gesetzl. Krankenversicherung
 - Grundversorgung
 - Private Vorsorge für „optimale“ Therapie?