

Leistungs- und Kostendaten in der Anästhesiologie*

Empfehlungen des gemeinsamen Arbeitskreises "Anästhesie und Ökonomie" der DGAI und des BDA zur regelmäßigen klinikinternen Erhebung von ökonomischen Eckdaten

Einleitung

Anästhesisten sind in Bereichen tätig, die das Leistungs- und Kostengeschehen eines Krankenhauses entscheidend beeinflussen: Zum einen sind die Anästhesien eine für die operativen Fächer essentielle, aber auch kostenträchtige Sekundärleistung (i.S. "Leistung einer sekundären Kostenstelle"; zu den betriebswirtschaftlichen Begrifflichkeiten vgl. (1)). Zum anderen ist die Vorhaltung einer intensivmedizinischen Nachsorge unabdingbar für viele operative Eingriffe, die Intensivtherapie ist jedoch auch um ein Vielfaches teurer als die Pflege auf einer Normalstation. Den mit der Durchführung der Anästhesien betrauten Organisationseinheiten werden keine externen Einnahmen direkt zugeordnet, sie – wie auch die für Bildgebung, Laboranalytik etc. zuständigen sekundären Kostenstellen – müssen ihre Kosten auf dem Wege der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (1) den anfordernden Fachabteilungen in Rechnung stellen. Kliniken mit einem eigenen Pflegesatz für die Intensivpflege erwirtschaften derzeit noch "eigene" externe Einnahmen aus der Versorgung derjenigen Patienten, die nicht über Fallpauschalen abzurechnen sind. Mit Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) wird auch für sie diese Möglichkeit entfallen.

Für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung müssen sinnvolle Leistungseinheiten definiert und mit Preisen versehen werden. Dies ist nicht nur mit einigem Aufwand verbunden, sondern erfordert auch vielfach einen schwierigen Prozeß der Konsensfindung zwischen Erbringer und Anforderern der Leistung; mehr oder weniger heftige Diskussionen sind nicht unüblich. Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRGs wird diese Diskussionen verschärfen, denn kein

Haus wird mehr die Möglichkeit haben, den Mehraufwand für Schwächen in Strukturen oder Prozessen der Leistungserbringung durch geschickte Pflegesatzverhandlungen zu kompensieren (2).

Erfahrungsgemäß lassen sich Diskussionen über die Ressourcenverteilung durch transparente Daten sowohl zu Art und Umfang von Leistungen als auch zum Einsatz von Mitteln für ihre Erbringung deutlich entspannen. Der gemeinsame Arbeitskreis "Anästhesie und Ökonomie" des BDA und der DGAI (im folgenden AK AnOeko) hat Empfehlungen zu Erhebung und Aggregation von Basisdaten erarbeitet. Sie wurden bereits in einer Publikation zu DRGs erwähnt (3) und sollen hier im Detail vorgestellt werden.

Zu den Empfehlungen

Grundsätze

Aus den Daten sollten die – direkten bzw. per Verrechnung zuzurechnenden – Kosten einerseits und andererseits die – internen und ggf. externen – Erlöse sowie die Leistungen der Anästhesie samt Intensivmedizin hervorgehen. Kerndaten zu dem gewichtigen Leistungs- und Kostenblock "Anästhesien" sollten darüber hinaus prozedurenbezogen erfaßt werden.

Zu jedem Gegenstand ist vermerkt, ob seine Erfassung als obligat zu empfehlen oder wünschenswert anzusehen ist. Diese Gewichtung richtet sich einerseits nach Stellenwert und andererseits nach üblicher Verfügbarkeit der Daten. So werden in vielen Häusern die direkt zurechenbaren Kosten für Personal und Sachmittel in kurzen Abständen erhoben und den Abteilungen berichtet, sind also ohne Zusatzaufwand präsent. Demgegenüber wer-

* Anästh. Intensivmed. 44 (2003) 124 - 130

den z.B. Anteile an Umlagekosten (Gebäude, Administration, ...) meist nur in größeren Abständen – etwa jährlich – ermittelt und nicht unbedingt in die Berichterstattung einbezogen.

Block A / Kosten

Die direkt zurechenbaren Kosten sind im wesentlichen nach der Kostenarten-Systematik der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) gegliedert, Zahlen dazu müßten also in der Administration entsprechend aggregiert vorliegen. Abweichungen werden lediglich bei den Personalkosten empfohlen, um eine bessere Trennung der Kosten für Regel- und Bereitschaftsdienst zu ermöglichen: Für den Bereitschaftsdienst werden vielfach nur die entsprechenden unständigen Bezüge ausgewiesen. Demgegenüber wird die Vertretung eines Mitarbeiters, dem nach dem Dienst Freizeitausgleich gewährt wird, fälschlicherweise dem Regeldienst zugerechnet. Die hier empfohlene Erfassung des Freizeitausgleiches und die "Umbuchung" eines entsprechenden Kontingentes an Stunden bzw. Gehältern ermöglicht eine verursachungsgerechte Trennung.

Mangels einer einheitlichen Systematik für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung unterscheiden sich die zu berücksichtigenden Kostenanteile von Haus zu Haus. Während Laborleistungen vielfach per EDV erfaßt und auch in Rechnung gestellt werden, sind Funktionsleistungen wie EKG, Lungenfunktionsteste oder Facharztbesuche auf Station erst in wenigen Häusern in die Verrechnung einbezogen.

Die Kosten sollten nach Möglichkeit nach den Bereichen getrennt werden, in denen sie anfallen, so daß sich zumindest die vier Teilgebiete unseres Faches separat betrachten lassen.

Block B / Erträge

Die Posten dieses Bereiches werden derzeit nicht einheitlich erfaßt und berechnet. Lediglich die externen Erträge aus Pflegesätzen – soweit vorhanden – sind eindeutig zuzuordnen.

Die innerbetriebliche Leistungsverrechnung für erbrachte Sekundärleistungen – in unserem Fach im wesentlichen Anästhesien – wird bisher erst vereinzelt und uneinheitlich gehandhabt. Sie ist nicht unbedingt als differenzierte Refinanzierung der tatsächlichen Kosten einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe konzipiert, sondern eher als betriebswirtschaftliches Steuerungsinstrument, das die Anforderer mehr oder weniger vollständig in die Verantwortung für die von ihnen abgeforderten Leistungen einbeziehen soll. Daher erfolgt die Verrechnung vielfach mit nur bedingt kostenproportionalen Schlüsseln, etwa der Anästhesiezeit (vgl. Block D).

Block C / Leistungen

Essentiell sind hier Kerndaten zum Anästhesie-Geschehen, zum Personaleinsatz in der Notfallmedizin und zu den Berechnungstagen auf den Stationen, also in der Intensivtherapie und/oder der stationären Schmerztherapie. Detailliertere Erfassungen sind zu empfehlen: Für die Anästhesien bietet sich die Verfolgung des Leistungsgeschehens anhand sowieso mit dem Anästhesieprotokoll erhobener Daten an – der Block D enthält dazu nähere Angaben. In der Intensivmedizin etablieren sich Scoring-Systeme zur Quantifizierung des Versorgungsaufwandes. Speziell auf diese Zwecke ausgerichtet ist der Therapeutic Intervention Severity Score, der ursprünglich 1974 beschrieben (4) und 1983 aktualisiert (5, 6, 7) wurde. In der 1996 beschriebenen Variante mit nur 28 zu erfassenden Items je Patient und Tag (8) ist er besser handhabbar und nicht weniger aussagekräftig. Ein formeller Konsens zur allgemeinen Einführung eines entsprechenden Erhebungssystems steht allerdings aus. Ferner ist zu empfehlen, besonders kostenträchtige Prozeduren (z.B. CVVH, IABP) und Medikamente (z.B. Blutderivate) patientenbezogen zu erfassen. Diese Daten sind zwar mangels eines gemeinsamen Rasters nicht in externe Vergleiche einzubeziehen, ihre Erfassung stellt aber einen ersten wichtigen Schritt in Richtung Kostenträgerrechnung dar.

Block D / Erfassungen je Anästhesie

Dieser Bereich wurde gesondert aufgeführt, weil einerseits die Anästhesien von zentraler Bedeutung für das Leistungs- und Kostengeschehen einer Klinik sind, andererseits die Anästhesie-Protokollierung mit den heute üblichen EDV-gestützten Verfahren ohne wesentlichen Zusatzaufwand fallbezogene Daten zu verschiedenen Aspekten verfügbar macht:

- Personaleinsatzzeiten im Rahmen der eigentlichen Anästhesie werden direkt deutlich. Auch die wichtigsten Blöcke der anästhesiebezogenen Nebentätigkeiten sind mit dem Zeitaufwand für die Prämedikation, mit der Mehrfachbesetzung im Saal und mit der Personalbindung im Aufwachraum erfaßt. Wesentliche Basisdaten zum Personalbedarf in der Anästhesie (9) und zu den von einzelnen Patienten und Patientengruppen verursachten Kosten lassen sich also laufend verfolgen. Die jüngsten Regularien zur Kalkulation von Fallkosten im Zusammenhang mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) (10) sehen die Umlage von Kosten auf die einzelnen Fälle auf Basis der in Summe mit Anästhesie und direkt patientenbezogenen Nebentätigkeiten verbrachten Zeiten vor; auch dies ein Grund, letztere bei der Dokumentation der einzelnen Anästhesie mit zu erfassen.
- Das Anästhesie-Protokoll enthält Hinweise zu Sachkosten (11), da mit einer Prozedur (ZVK-Anlage, Periduralanästhesie, ...) implizit auch der Einsatz zugehöriger Materialien (ZVK, Punktionskanüle, aber auch Hilfsmaterialien wie Tupfer, Handschuhe etc., ...) dokumentiert wird. Eine diesbezügliche Auswertung der Daten ist bisher nicht allgemein üblich und wird, wenn überhaupt, nicht einheitlich durchgeführt. Daher können derzeit keine Empfehlungen hierzu gegeben werden.
- Für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung (ILV) der Anästhesien liefert die Anästhesiedokumentation ebenfalls die

Datenbasis. Obwohl sich – wie erwähnt – Personaleinsatzzeiten und potentiell auch Sachkosten detailliert dokumentieren lassen, werden zur ILV einfachere, ggf. nur annähernd kostenproportionale Schlüsselgrößen bevorzugt, i.d.R. Zeitspannen. Dabei sind naturgemäß auch Kosten, die außerhalb von Schlüssel-Zeiten anfallen, in die Kosten je Schlüssel-Einheit einzurechnen. Direkter als Anästhesiezeit oder Anästhesie-Präsenzzeit reflektiert die "perioperative Zeit", die Zeitspanne zwischen OP-Freigabe und Ende der OP-Maßnahmen, den direkt von den anfordernden Operateuren verursachten Zeitaufwand (12). Aus diesem Grund wurde sie z.B. im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Konsens mit allen Beteiligten als Schlüsselgröße für die Anästhesie-ILV festgelegt. Da sie kürzer ist als die anderen erwähnten Zeitspannen, entfallen auf die einzelne Zeiteinheit mehr umzulegende Kosten; dies ist bei überbetrieblichen Vergleichen zu berücksichtigen.

- Die kürzlich verabschiedete Gemeinsame Stellungnahme der Berufsverbände der Deutschen Chirurgen und Anästhesisten zu Datenanforderungen zur Abbildung von Prozessen im OP (13) definiert einen weiteren Zeitpunkt ("OP-Beginn"), den Beginn des steril gekleideten Operateurs mit der Tätigkeit im OP-Gebiet (Desinfektion, Abdeckung, ...). Sein Gegenstück ("OP-Ende") entspricht weitestgehend dem Ende der OP-Maßnahmen, also dem Zeitpunkt der Freigabe des Patienten zur Ausleitung der Anästhesie. In einem Anästhesie-Dokumentationssystem, das hier nicht drei Zeiten, sondern nur ein Zeitpaar erfassen kann, sollte aus den oben erwähnten Gründen eher die OP-Freigabe durch den Anästhesisten als der "OP-Beginn" festgehalten werden.
- Die Erfassung der verschiedenen Zeiten erlaubt einen zumindest groben Einblick in die Abläufe im OP. Damit liefert sie Hinweise, wo und wann sich eine Ablauf-

analyse zum Aufdecken von Schwachstellen lohnen könnte.

Diskussion

In einer Situation knapper werdender Erlöse ist es für ein Krankenhaus wichtiger denn je, die Mittel so zu verteilen, daß die Patientenversorgung mit der größtmöglichen Effizienz erfolgen kann. Nur wenige Häuser verfügen allerdings über ein Rechnungswesen, das es ihnen erlauben würde, Teilprozesse und den für sie jeweils erforderlichen Ressourceneinsatz mit dem nötigen Detaillierungsgrad zu analysieren und zu planen. Instrumente zur Verfolgung von Kostenanteilen bis hin zum einzelnen Patienten als Veranlasser, letzliches Ziel der Kostenträgerrechnung, befinden sich in den meisten Kliniken erst in einem frühen Entwicklungsstadium. Unser Fach sollte bestrebt sein, diese Entwicklung zu fördern und das Möglichste zu einer guten Datenlage beizutragen.

Datenerhebungen zum Leistungsgeschehen haben in der Anästhesie an deutschen Kliniken Tradition. Das Fach war hierbei Vorreiter in der Definition inhaltlicher und technischer Standards (14, 15). Treibende Motivation war dabei von Anfang an neben der externen Qualitätssicherung die Leistungserfassung zur begründeten und aufwandsgerechten Allokation von Personal und Sachmitteln. Letzteres gelingt um so besser, je genauer neben den Leistungen auch die Kostenstrukturen transparent gemacht werden können. Für die nähere Zukunft sind Ausbau und Vereinheitlichung der fallbezogenen Erfassung von Sachkosten im Rahmen der Anästhesie-Dokumentation anzustreben. Dazu müßten allerdings entsprechende Weiterentwicklungen vor allem der EDV den zusätzlichen Aufwand für die Dokumentierenden minimieren. Ein vielversprechender Ansatz wird an der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin der Universität Kiel verfolgt (16): Die für bestimmte Standard-Prozeduren (Legen einer Verweilkanüle, konventionelle orotracheale Intuba-

tion etc.) erforderlichen Materialien sind mit ihren Kosten als "Basis-Sets" hinterlegt und für die Online-Dokumentation am Arbeitsplatz verfügbar, ebenso die für bestimmte Anästhesien und Eingriffe typischen Kombinationen von derartigen Sets. Kombinationen, Sets und ggf. zusätzliche Einzelverbräuche lassen sich mit wenigen Eingaben patientenbezogen erfassen. Da vordefinierte Kombinationen Verfahrensstandards implizieren, trägt dieses System auch zum Qualitätsmanagement bei.

Abteilungen mit validen und vollständigen Daten zu Leistungen und Kosten können auch eher Transparenz von Seiten der Unternehmensleitung einfordern. Besonders augenfällig sind hier Unschärfen bei der Umlage der nicht direkt zurechenbaren Kosten (v.a. Betriebskosten und Kosten zentraler Dienste). Eine zumindest grobe Orientierung über Verteilungsschlüssel sollte jeder Abteilung ermöglicht werden. Auch die Gegenüberstellung von Kosten und direkten Erträgen aus Pflegesätzen ist potentiell problematisch: Die Pflegesätze fungieren in der Beziehung zwischen dem Haus und den Kostenträgern lediglich als auf den einzelnen Berechnungstag heruntergebrochene pauschale Abschlagszahlungen auf das als Summe verhandelte Budget, die Differenzierung nach Abteilungen ist daher für das Haus von untergeordneter Bedeutung. Somit entsprechen sie nicht notwendigerweise in allen Bereichen den Erfordernissen und sollten im Innenverhältnis nur mit Vorsicht herangezogen werden.

Ein wesentliches Werkzeug für die Bewertung von Kosten und Leistungen ist der externe Betriebsvergleich ("benchmarking") (17). Die vom AK AnOeko durchgeführten Erhebungen zu ökonomischen Eckdaten in der Anästhesie (18) und in der anästhesiologischen Intensivmedizin (19) stellen eine solide Basis an Vergleichsdaten zur Verfügung. Die Erfahrungen aus diesen Projekten sind in die vorliegende Empfehlung eingeflossen. Die mit ihr angestrebte Vereinheitlichung der

Sammlung und Aggregation von ökonomischen Kennzahlen wird zukünftige nationale und internationale überbetriebliche Vergleiche erleichtern und aussagekräftiger machen. Ebenso profitiert naturgemäß die Vergleichsrechnung im einzelnen Haus von einem einheitlichen Raster. Solange diese Datenuniformität nicht gegeben ist, sollten externe Kostenvergleiche kritisch hinterfragt werden: In der Betrachtung einer als beispielhaft sparsam dargestellten Anästhesieabteilung sind möglicherweise nicht alle Kostenteile berücksichtigt, die im eigenen Haus üblicherweise inkludiert werden.

Literatur

1. *Hentze J, Kehres E*: Kosten- und Leistungsrechnung in Krankenhäusern - Systematische Einführung. 4. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln 1999
2. *Landauer B, Schleppers A*: Die Bedeutung der Anästhesie innerhalb des German Refined DRG-Systems. *Anaesth Intensivmed.* 2002;43:5-7
3. *Schleppers A*: Der Weg von den Australian Refined DRGs zum German Refined DRG-System - Fortsetzung 4. *Anaesth Intensivmed.* 2001;42:785-789
4. *Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, et al.*: Therapeutic Intervention Scoring System: A Method for Quantitative Comparison of Patient Care. *Crit Care Med.* 1974;2:57
5. *Dick W, Pehl S, Tzanova I, Heinrichs W, Brost F, Eich P*: Therapeutic Intervention Scoring System (TISS). *Anaesth Intensivmed.* 1990;31:18-21
6. *Keene AR, Cullen DJ*: Therapeutic Intervention Scoring System: A Update 1983. *Crit Care Med.* 1983;11:1-3
7. *Doetsch S, Tzanova I, Dick W, Brost F, Eich P*: Analytische Berechnung des Personalbedarfes im ärztlichen Dienst - Untersuchungen zur Bemessung des ärztlichen Versorgungsaufwandes auf einer interdisziplinären operativen Intensivbehandlungsstation. *Anaesth Intensivmed.* 1991;32:87-90
8. *Miranda DR, DeRijk A, Schauffeli W*: Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 Items - Results from a Multicenter Study. *Crit Care Med.* 1996;24:64-73
9. *Kersting T, Baugut G, Plücker W*: Leitfaden für die Personalbedarfsermittlung im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin. Bibliomed Melsungen 1992
10. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al: Kalkulation von Fallkosten - Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern - Version 2.0, Januar 2002. Download über: http://www.g-drg.de/dokumente/kalkhb_v2.pdf
11. *Uhrlau C, Schäff M, Plötz J*: Sachkostenermittlung für Anästhesieleistungen mit Hilfe eines belegleserfähigen Anästhesieprotokolls. *Anaesth Intensivmed.* 2001;42:691-696
12. *Hausdorfer J, Strauß J*: Stellungnahme zum Beitrag von K. Gräbe, G. Nolte und K. Zinganel: "DV-gestützte Leistungsdokumentation und Personalbedarfsermittlung in der Anästhesie". *Anaesth Intensivmed.* 1992;33:204-205
13. *Schleppers A, Fischer K, Endrich B*: Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten: Datenanforderungen auf dem Personalsektor zur Abbildung von Prozessen im OP und zur Kalkulation der DRGs. *Anaesth Intensivmed.* 2002;43:457-461
14. *Osswald PM*: Grundvorstellungen über die Inhalte des Anästhesieprotokolls und des präoperativen Zustandsprotokolls, Teil 1: Katalog der Inhalte des präoperativen Zustandsprotokolls. *Anaesth Intensivmed.* 1989;30:205-207
15. *Osswald PM*: Grundvorstellungen über die Inhalte des Anästhesieprotokolls und des präoperativen Zustandsprotokolls, Teil 2: Katalog der Inhalte des Narkosprotokolls. *Anaesth Intensivmed.* 1989;30:239-241
16. *Bauer M, Meyer-Jark T, Steinfath M, Tonner P, Scholz J*: Kostenmanagement in der Anästhesie. *Anaesth Intensivmed.* 2002;43:im Druck
17. *Kuntz L*: Krankenhauscontrolling in der Praxis - Quantitative Methoden. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln 2002
18. *Bach A, Bauer M, Geldner G, Martin J, Prien T, Weiler T, Jensen K*: Erfassung der IST-Kosten der Anästhesieabteilungen in Deutschland. *Anaesth Intensivmed.* 2000;41:903-909
19. *Prien T, Groll O, Geldner G, Martin J, Weiler T, Dahmen KG, Sorgatz H, Bach A*: Ist-Kosten Intensivmedizin deutscher Anästhesieabteilungen - Bezugsjahr 1999 - *Anaesth Intensivmed.* 2002;43:244-254.

Ökonomische Eckdaten für Anästhesieabteilungen		Angabe obligat	Angabe empfohlen	Angabe nützlich
A.	Kosten (Kostenart / KHBV)			
1	Personalkosten (60xx - 64xx) (NOTA: Getrennt zu erfassen nach Dienstgruppen: Ärztlicher Dienst / Funktionsdienst / Weitere)			
1 1	Ständige Bezüge (Grundgehalt)	x		
1 2	Unständige Bezüge			
1 2 1	Bereitschaftsdienst			
1 2 1 1	Vergütung	x		
1 2 1 2	Geleistete Stunden		x	
1 2 1 3	Vergütete Stunden		x	
1 2 1 4	Per Freizeitausgleich abgegoltene Stunden		x	
1 2 2	Überstunden			
1 2 2 1	Vergütung	x		
1 2 2 2	Geleistete Stunden		x	
1 2 2 3	Vergütete Stunden		x	
1 2 2 4	Per Freizeitausgleich abgegoltene Stunden		x	
2	Medizinischer Bedarf (66xx)			
2 1	Arzneimittel (6600)	x		
2 2	Blut und Blutprodukte (6602)		x	
2 3	Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel (6603)		x	
2 4	Ärztl. und pfleger. Verbrauchsmat. (6604)	x		
2 5	Narkose- und OP-Bedarf (6606)	x		
2 6	Untersuchungen in fremden Instituten (6609)		x	
2 7	Sonstiger medizinischer Bedarf (66xx / sonstige)		x	
3	Sonstige Sachkosten	x		
3 1	Instandhaltung Medizintechnik (7200)	x		
3 2	Sonstiger direkt zugeordneter Aufwand		x	
4	Interne Leistungsanforderung (NOTA: Dazu Angabe, welche Leistungen bereits verrechnet werden (Labor, Bildgebung, ...))	x		
5	Umgelegte Gemeinkosten (NOTA: soweit verfügbar)		x	
5 1	Medizinische Leistungen (soweit nicht in 4. enthalten)			x
5 2	Logistik / versorgungsnah Bereiche (sow. n. in 3.2. enth.) (Apotheke, Technik, Speisen, Wasser, Energie, ...)			x
5 3	Administration			x
B.	Erträge			
1	Externe Erträge	x		
1 1	aus Pflegesatz		x	
1 2	aus Fallpauschalen		x	
1 3	Vor- und nachstationäre Behandlung		x	
1 4	Sonstige (Ambulanzen, Notarztdienst, ...)		x	

Fortsetzung:		Angabe obligat	Angabe empfohlen	Angabe nützlich
Ökonomische Eckdaten für Anästhesieabteilungen				
B.	Erträge			
2	Interne Erträge (NOTA: soweit verfügbar)			
2 1	Leistungsverrechnung Anästhesie	x		
2 1 1	Bezugsgröße (Anästhesiezeit ? / Präsenz ? / ...?)		x	
2 1 2	Verrechnungspreis		x	
2 1 3	Menge		x	
2 2	Sonstige Leistungsverrechnung (Konsile, ...) (NOTA: soweit verfügbar; möglichst Angaben zu Bezugsgrößen und Preisen)	x		
3	Zuweisungen für Investitionen (Geräte etc.)		x	
C.	Leistungszahlen			
1	Anästhesien			
1 1	Gesamt-Fallzahl	x		
1 2	Zeit-Summen			
1 2 1	Anästhesiezeit			
1 2 1 1	Regeldienst	x		
1 2 1 2	Bereitschaftsdienst	x		
1 2 2	Anästhesie-Präsenzzeit			x
1 2 3	Perioperative Zeit			x
1 2 4	Schnitt-Naht-Zeit			x
1 3	Aufwachraum-Betreuung			
1 3 1	Anzahl der Patienten		x	
1 3 2	Zeit-Summen		x	
1 4	Prämedikation / Zeit-Summen		x	
2	Intensivstation			
2 1	Fallzahl		x	
2 2	Im Durchschnitt betriebene Betten		x	
2 3	Berechnungstage	x		
2 4	Beatmungszeiten (Tage oder Stunden)		x	
2 5	Versorgungsaufwand (via Score, z.B. TISS, TISS28)			x
3	Präklinische und innerklinische Notfallversorgung			
3 1	Ärztlich besetzte Rettungsmittel (Zeiten der Bereitstellung (Personalbindung))	x		
3 2	Notfallaufnahme		x	
3 3	Sonstige innerklinische Notfälle		x	
4	Schmerztherapie			
4 1	Stationärer Betrieb			
4 1 1	Fallzahl		x	
4 1 2	Im Durchschnitt betriebene Betten		x	
4 1 3	Berechnungstage	x		
4 2	Ambulanz			
4 2 1	Anzahl Kontakte		x	

Fortsetzung:		Angabe obligat	Angabe empfohlen	Angabe nützlich
Ökonomische Eckdaten für Anästhesieabteilungen				
C.	Leistungszahlen			
4 2 2	Durchschnittlicher Aufwand		x	
4 3	Konsile			
4 3 1	Veranlassung: Postop. oder sonstig (Onkologie, ...)		x	
4 3 2	Anzahl Kontakte		x	
4 3 3	Durchschnittlicher Aufwand		x	
5	Sonstige Tätigkeiten (Erfassung in Anpassung an die Art der Tätigkeit)		x	
D.	Je Anästhesie zu erfassen:			
ODER	Beginn / Ende Anästhesie-Präsenz (Beginn ärztliche Versorgung bis Ende 1:1-Bindung, also Übergabe an AWR-Team oder Station)	x		
	Besetzungsfaktor Ärztlicher Dienst	x		
	Dauer der Beteiligung weiterer Anästhesisten (= kumulierte Zeiten der Mehrfachbesetzung mit zweitem, drittem, ... Anästhesisten; <u>Annahme / Postulat:</u> Mindestens <u>ein</u> Arzt ist während der Anästhesie ständig präsent, also Faktor ≥ 1 !)	x		
ODER	Beginn / Ende Funktionsdienst-Präsenz		x	
	Besetzungsfaktor Funktionsdienst		x	
	Dauer der Beteiligung Funktionsdienst (kumulierte Zeiten aller beteiligten Anästhesie-Funktionsdienst-Kräfte)		x	
	Beginn / Ende Anästhesie	x		
	OP-Freigabe / Ende OP-Maßnahmen bzw. "OP-Ende" (13) (Anästhesist hat die Einleitung beendet / Anästhesist übernimmt den Patienten zur Ausleitung = Beginn / Ende perioperative Zeit)	x		
	Beginn OP-Maßnahmen bzw. "OP-Beginn" (13) (Operateur wird nach OP-Freigabe durch Anästhesisten tatsächlich tätig)		x	
	Schnitt-Naht-Zeit	x		
	Beginn / Ende Aufwachraum		x	
	Intensität der AWR -Versorgung (Personalbindung)			x
	Dauer der Prämedikation (kumuliert ggf. incl. mehrfache Besuche, Wege, ...)		x	
	Dauer der Post-Anästhesie-Visiten (kumuliert ggf. incl. mehrfache Besuche, Wege, ...)		x	
	Zuordnung der Anästhesie zu Regeldienst / Überstunden oder Bereitschaftsdienst	x		
	Anteilige Dauer des Einsatzes in Regeldienst / Überstunden oder Bereitschaftsdienst für die beteiligten Mitarbeiter.			x