



**Markus Stein**  
**Verwaltungsdirektion**  
**Klinikum Ludwigshafen**  
*e-mail:*  
 steinm@klilu.de

## Wer kodiert?

### Neue Wege zur Optimierung der DRG-Dokumentation

**N**ahezu jeder Geschäftsführer, Verwaltungsdirektor oder auch ärztliche Leiter bzw. Chefarzt eines deutschen Krankenhauses würde heute die Optimierung der vorhandenen Medizinischen Dokumentation als eine der dringlichsten Aufgaben ansehen. Für die möglichst genaue Abrechnung der versorgten Patienten nach dem neuen DRG-System ist eine akribische Führung der patientenbezogenen Dokumentation fast überlebenswichtig für die gesamte Institution. Bisher konnte ein Großteil des Budgets über die Belegung gesteuert werden, Betten wurden teilweise ohne medizinisch ausreichend begründbare Indikation belegt. In Zukunft wird der Fokus darauf liegen, möglichst schnell – innerhalb von 3 Werktagen nach Entlassung – einen vollständigen Überblick über die Gründe der stationären Aufnahme sowie über den während des stationären Aufenthalts geleisteten Aufwand zu bekommen.

Neben einer übersichtlich und vollständig geführten Patientenakte müssen Strukturen geschaffen werden, die vorhandenen Informationen in die gesetzeskonforme DRG-Abrechnungsdokumentation zu überführen. Diagnosen sind danach in ICD-10 und Prozeduren, jetzt auch solche der konservativen Medizin, im OPS zu verschlüsseln, das Ganze aber unter Beachtung der erstmals veröffentlichten und bindenden Kodierrichtlinien. Möglichst nah am Zeitpunkt der Entlassung des Patienten muss die Patientendokumentation auf die o. g. Informationen durchleuchtet werden, also zunächst auf die endgültige Diagnose, die zur stationären Aufnahme führte. Für die adäquate Vergütung des geleisteten Aufwandes ist es erforderlich, in der gesamten Patientenakte nach diesem zu forschen, also z. B. nach durchgeführten Untersuchungen, verordneten Medikationen oder auch nach Auffälligkeiten in der Pflegedokumentation. Diese »aufwandsbezogenen« Informationen wollen dann noch eine Repräsentation im ICD- und OPS-Katalog finden.

Für diesen dokumentarischen Mehraufwand liegen schon erste Erfahrungen verschiedener Häuser vor, die von einem zeitlichen Mehrbedarf an Dokumentationstätigkeit von 5 bis 15 Minuten pro Fall sprechen. Am Beispiel einer Kurzliegerstation zur invasiven Herzkatheterdiagnostik mit einer durchschnittlichen Verweildauer von etwa einem Tag und einer minimalen Entlassungsrate von 10 Patienten pro Tag ergibt sich daraus schon ein Mehraufwand von mindestens 50 Minuten pro Werktag! Ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten durchläuft in einem Krankenhaus

mehrere Fachkliniken – wie und durch wen dann eine möglichst vollständige Abbildung des Aufnahmeanlasses sowie der Aufwände in Form von Diagnosen und Prozeduren gewährleistet werden soll, ist ebenfalls als Herausforderung der Kliniken zu sehen.

### Ärzte oder Kodierfachkräfte?

Am Klinikum Ludwigshafen – einem Haus der Maximalversorgung mit derzeit 970 Planbetten – wurde bis zu diesem Jahr wie in nahezu allen Kliniken Deutschlands die Verantwortung für die vollständige DRG-Dokumentation in die Hände der behandelnden Ärzte gelegt. Sie sollten auf gesonderten Formularen (teilweise auch DV-gestützt) die relevanten Diagnosen und Prozeduren an die Krankenhausverwaltung melden. Eine nunmehr zweijährige Auswertung ergab jedoch, dass der Case-Mix-Index (der mittlere »Schweregrad« aller Fälle) für unser Haus erstens weitaus zu niedrig ist und zweitens sich über diesen Zeitraum nur in der zweiten Nachkommastelle veränderte.

In einem kleinen Projekt versuchten wir zu ermitteln, wie hoch das Optimierungspotenzial bei der Auswertung der Primärdokumentation (Patientenakte) liegt. Eine Schülerin zur Medizinischen Dokumentationsassistentin untersuchte während ihres Praktikums eine Stichprobe von etwa 80 Patientenakten verschiedener Fachkliniken unseres Klinikums. Die daraus extrahierten relevanten Diagnosen und Prozeduren wurden verschlüsselt und die Fälle dann mittels eines DRG-Groupers gruppiert. Jeder Fall wurde dann mit dem Gruppierungsergebnis, basierend auf der ärztlichen Entlassungsmeldung des gleichen Falls, verglichen. Das Ergebnis war frappierend: Der Case-Mix-Index lag in der »aktenbasierten« Gruppe um ein Drittel höher als in der »Arztmeldung-basierten« Gruppe. Käme es zu einer Abrechnung dieser 80 Fälle nach dem neuen DRG-System, würde der Erlös um ein Drittel über dem liegen, wie er sich nach der bisherigen Dokumentationskette errechnet.

Die Ergebnisse dieser Studie führten zu einem Umdenkungsprozess in der Geschäftsführung sowie in den Leitungsgremien des Klinikums. Unterstützende Fachkräfte sollten die behandelnden Ärzte einerseits um den »belastenden zusätzlichen Dokumentationsaufwand« erleichtern, zum anderen die Erlöse bei der neuen Fallabrechnung sichern helfen. Die folgende Gegenüberstellung versucht, ein Stärken-Schwäche-Profil für die beiden Gruppen herauszuarbeiten:



Ärzte	Kodierfachkräfte
Bessere medizinische Kenntnisse	Bessere Kenntnisse über den Umgang mit der ICD, dem OPS und den Kodierrichtlinien
Genaue Kenntnisse des Behandlungsverlaufs	Initial keine Kenntnisse über den Behandlungsverlauf
Integration des verstärkten (DRG-) Dokumentationbedarfs in den klinischen Alltag	Ausschließliche Beschäftigung mit der DRG-Dokumentation
Geringe Motivation für die Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation	Hohe Motivation, da integraler Bestandteil des erlernten Berufs bzw. der durch Weiterbildung erworbenen Kenntnisse
Hohe Fluktuation (u. a. infolge Facharztausbildung)	Konstanz in der Stellenbesetzung ist zu erwarten
Hoher Schulungsaufwand in die Dokumentationsaufgaben; auch nicht unerheblicher Nachschulungsaufwand durch gesetzliche Änderungen oder Fluktuation	Geringer Schulungsaufwand in die Dokumentationsanforderungen

Am Klinikum Ludwigshafen führten wir jetzt keine »Entweder-oder«-Diskussion, sondern kamen auch aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen zum Schluss, dass die Stärken beider Berufsgruppen genutzt werden sollten. Zwar kann die Kodierung der Diagnosen und Prozeduren delegiert werden, die letztendliche Verantwortung über die abzurechnenden Daten liegt aber nach wie vor in den Händen der behandelnden Ärzte. Nur eine Kooperation beider Gruppen kann zu dem erwünschten Ergebnis – einem optimalen Erlös, ausgerichtet am tatsächlichen Leistungsprofil unseres Hauses – führen.

Die betriebswirtschaftliche Kalkulation bezog sich weitgehend auf den Bedarf an durchzuführenden Schulungen. Dieser liegt zeitlich um einiges höher bei den Ärzten als bei den »neuen« Dokumentationsfachkräften. Während Letztere die Aktenstruktur kennen lernen und ihre medizinischen Kenntnisse vertiefen müssen, beziehen sich die Schulungen der Ärzte (genauer: aller Ärzte!) auf die gesetzlichen Anforderungen – nämlich den Umgang mit ICD und OPS und die Anwendung der Kodierrichtlinien. Zwar erleichtern EDV-Programme den Schritt von der Klartextdiagnose (oder -prozedur) zum ICD- bzw. OPS-Code erheblich, Hinweise auf die gültigen Kodierrichtlinien werden auch gegeben, aber die Berücksichtigung aufwandsrelevanter Nebendiagnosen (wie z. B. die eher pflegerelevante Harninkontinenz) kann durch diese Hilfsprogramme nicht garantiert werden. Unsere ersten Erfahrungen bei der Einführung von Dokumentationsfachkräften zeigen, dass das Defizit bezogen auf deren medizinisches Wissen, durch ein intensives Training mit den Akten und der kontinuierlichen Kommunikation mit den Leistungserbringern, also Ärzten, Pflegekräften und anderem Assistenzpersonal, bedeutend verringert werden kann.

Darüber hinaus besitzt das Klinikum Ludwigshafen nun auch das Marketinginstrument, bei der Besetzung von

Arztstellen auf die Unterstützung durch Dokumentationsfachkräfte hinzuweisen. Beim aktuell vorherrschenden und sich voraussichtlich noch weiter verschärfenden »Ärztetenotstand« ein sicherlich nicht unbedeutendes Argument!

### Rekrutierung von Dokumentationsfachkräften

Nach einer Entscheidung pro Einsatz von Kodier- oder besser Dokumentationsfachkräften stellt sich die Frage, woher Mitarbeiter dieser »neuen« Berufsgruppe zu bekommen sind. Als externe, also neu einzustellende Kräfte kommen primär die Medizinischen Dokumentationsassistenten oder Medizinischen Dokumentare mit ihrer 2- bis 3-jährigen Ausbildung in Frage. Zahlreiche Häuser, darunter auch das unsrige, scheuen jedoch bei dem vorherrschenden Kostendruck, neue Mitarbeiter einzustellen, sondern versuchen, motivierte Kräfte intern für die neuen Tätigkeiten zu gewinnen. Zu deren Weiterqualifizierung existieren schon zahlreiche Programme verschiedener Anbieter, darunter solche mit dem »modernen« Abschluss eines »DRG-Dokumentars« oder auch »Case-Mix-Performer«.

Der Deutsche Verband Medizinischer Dokumentare e. V. (DVMD) wurde von der Deutschen Industrie- und Handelskammer (DIHK) um Unterstützung bei der Entwicklung eines neuen Curriculums gebeten. Dieses Curriculum zum Erwerb eines »Zertifikats Medizinischer Dokumentation (IHK)« wurde im April 2003 verabschiedet, erste Kurse bei regionalen Industrie- und Handelskammern konnten schon begonnen werden. In insgesamt 150 Lehrstunden sollen die Zertifikatsschüler die Grundlagen der Medizinischen Dokumentation, die Systematik der Klassifikationen ICD und OPS sowie die Anwendung der Kodier-

richtlinien erlernen. Weitere Inhalte des IHK-Kurses beziehen sich auf die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung sowie den Einsatz von Krankenhausinformationssystemen – eine Abschlussprüfung soll ein hohes Niveau des Zertifikates gewährleisten.

Schon im Mai dieses Jahres begann am Klinikum Ludwigshafen in Kooperation mit der regionalen IHK ein berufsbegleitender Kurs zum Erwerb dieses Zertifikates. Damit sollen innerhalb eines Vierteljahres die intern ausgeschriebenen Dokumentationskräfte parallel zu ihrer arbeitsplatznahen Einarbeitung eine sinnvolle Weiterbildung erwerben. Im ersten Kurs nehmen auch Pflegekräfte und Arzthelferinnen anderer Krankenhäuser teil, die in ähnlicher Form wie am Klinikum Ludwigshafen eingesetzt werden sollen.

Neben den schon genannten intern rekrutierten Kräften – ausschließlich motivierte Arzthelferinnen aus dem medizinischen Schreibdienst oder der Krankenpflege – wurde am Klinikum Ludwigshafen noch ein erfahrener Medizinischer Dokumentar eingestellt. Mit diesem sollte eine schnelle Unterstützung vor Ort bei der Einarbeitung der Arzthelferinnen in das neue Berufsbild erzielt werden.

### **Einbindung von Dokumentationskräften in den klinischen Alltag**

Als elementare Aufgabe der Dokumentationskräfte ist die Sichtung der gesamten Patientendokumentation und die Extraktion relevanter Diagnosen und Prozeduren anzusehen. Diese Diagnosen und Prozeduren sind dann noch zu verschlüsseln und möglichst zeitnah nach Entlassung der Patienten in das administrative EDV-System einzugeben. Für ein Krankenhaus, das sich für den Einsatz dieses Assistenzpersonals entscheidet, stellt sich nun die organisatorische Frage, an welchem Ort und wann die genannten Tätigkeiten ausgeübt werden sollen – das Ganze aber mit der Möglichkeit des Feedbacks durch den behandelnden Arzt, der ja die letztendliche Verantwortung für die Abrechnungsdaten trägt.

Einerseits lassen sich die Dokumentationskräfte stationsweise einsetzen, wie schon seit einiger Zeit sehr erfolgreich an der Berliner Charité praktiziert. Aufgrund des sehr hohen finanziellen Aufwandes empfiehlt sich hier die Erweiterung der Tätigkeiten der Dokumentationskräfte um organisatorische Aufgaben, wie z. B. Terminvereinbarung und Aktenorganisation. Für das Klinikum Ludwigshafen wurde diese Organisationsform verworfen, da zahlreiche der schon eingesetzten Stationssekretärinnen keine ausreichende Qualifikation – mindestens Arzthelferin – aufweisen konnten.

Daher entschieden wir uns für die Ansiedlung von Dokumentationsfachkräften auf Fachklinikenebene, ähnlich

wie es u. a. schon an den Main-Taunus-Kliniken in einem erfolgreichen Projekt demonstriert wurde. Jede Fachklinik bekommt eine Dokumentationsfachkraft zugeteilt, die deren Fälle nach Entlassung bzw. Verlegung bearbeiten soll. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen einiger Kliniken kann eine Dokumentationskraft mehrere Fachkliniken bearbeiten. Im Folgenden soll grob der Ablauf des »neuen« Entlassungsprozederes skizziert werden:

- Freigabe der vollständigen Patientendokumentation (Akte, Kurzarztbrief und Entlassungs- bzw. Verlegungsanzeige) durch den behandelnden Arzt
- Abholung der freigegebenen Patientendokumente auf allen Stationen einer Fachklinik durch die Dokumentationsfachkraft
- Extraktion der relevanten Diagnosen und Prozeduren, deren Verschlüsselung und Eingabe in das administrative EDV-System (hier SAP-ISH) durch die Dokumentationsfachkraft
- Vorlage eines Ausdrucks der verschlüsselten Falldaten (Diagnosen, Prozeduren und sonstige DRG-relevante Angaben) sowie der Patientendokumentation gegenüber dem behandelnden Arzt durch die Dokumentationsfachkraft
- Abzeichnen des Ausdrucks bzw. Korrektur desselben durch den behandelnden Arzt (der Ausdruck wird dann als Gewähr der ärztlichen Verantwortung in der Patientenakte abgeheftet)
- Freigabe des Falls für die Abrechnung durch die Dokumentationsfachkraft, nachdem die evtl. (ärztlichen) Änderungen im EDV-System nachvollzogen wurden

Dieser Ablauf stellt einen nicht unerheblichen Aufwand in der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und den Dokumentationsfachkräften dar – das Ganze vor dem Hintergrund einer geforderten Abrechnungsfrist von 3 Werktagen nach Entlassung der Patienten. Eine vernetzte Unterstützung durch das EDV-System mit der Einsichtnahme und Bearbeitung der Fälle an den unterschiedlichen Arbeitsorten kann den umrissenen Prozess noch weiter beschleunigen.

Als problematischste Schwachstelle können wir vor allem den Schritt 1, nämlich die Freigabe des Falls zur weiteren Bearbeitung, benennen. Gerade vor dem Hintergrund der weiteren Verkürzung einer ohnehin schon sehr begrenzten Verweildauer in einem Krankenhaus der Maximalversorgung können einzelne Befunde noch nicht zum Zeitpunkt der Entlassung vorliegen. Eine beschleunigte Befundübermittlung – auch unter Zuhilfenahme von EDV – ist daher einer der nächsten zu unternehmenden Schritte, den oben beschriebenen Prozess weiter zu unterstützen.

**4.6.2003** Sicherheit und Recht in der Gesundheitstelematik, Sankt Augustiner Gesundheitstelematik Kolloquium Frühjahr 2003, Schloss Birlingshoven in Sankt Augustin, <http://www.e4health.de>

**20. - 25.6.2003** NI 2003, 8th International Congress in Nursing Informatics, Rio de Janeiro, Brasilien <http://www.ni2003.com/>

**25. - 27.6.2003** Hauptstadtkongress – Medizin und Gesundheit, ICC Berlin <http://www.hauptstadtkongress.de>

**26. - 27.6.2003** Erzgebirgische Archivtage 2003 Benefizveranstaltung »Hochwasseropfer Sachsen 2002« 16. Treffen der GMDS-Arbeitsgruppe »Archivierung von Krankenunterlagen«, Pobershau <http://www.gmds.de> siehe unter Arbeitsgruppen e-mail: p.schmuecker@fh-mannheim.de

**2.7.2003** Wirtschaftlichkeitsaspekte einer Telematikplattform, Sankt Augustiner Gesundheitstelematik Kolloquium Frühjahr 2003, Schloss Birlingshoven in Sankt Augustin, <http://www.e4health.de>

**11.7.2003** Ein Mensch zwischen Humanismus und Technik, Zum Gedenken an Prof. Dr. Ulrich Lochmann, Westsächsische Hochschule Zwickau, [http://www.bvmi.de/lochmann\\_20030711.htm](http://www.bvmi.de/lochmann_20030711.htm)

**14. - 18.9.2003** 48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V., gmds, »Nachwuchs für die Zukunft« Universität Münster, Institut für Medizinische Informatik und Biomathematik, Tel.: 02 51 / 83-5 52 61, Fax: 02 51 / 83-5 52 77, <http://www.gmds2003.de> e-mail: gmds2003@mednet.uni-muenster.de

**7./8.10.2003** 3. Wieslocher Symposium »Digitale Krankenakte« – Die digitale Krankenakte im medizinischen Alltag, Akademie im Park, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch, Tel.: 0 62 22 / 55 27 52 <http://www.digitale-krankenakte.de> e-mail: inga.weise@pzn-wiesloch.de

**9. - 10.10.2003** 4th International Symposium on Medical Data Analysis – ISMDA-2003 Humboldt-University Berlin <http://www.ibai-research.de/ISMDA>

**21. - 23.10.2003** eHealth 2003 – Telematik im Gesundheitswesen, »Vernetzte Versorgung«, Hotel Hilton, Dresden, Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG), Tel.: 02 21 / 91 28 67-23 / -21 / -19 <http://atg.gvg-koeln.de> e-mail: j.dolle@gvg-koeln.de

**7. - 8.11.2003** TELEMED 2003, Berlin e-mail: gsteyer@seebeyond.com

**1. - 2.4.2004** 8. DVMD-Tagung »Dokumentation – Der Schritt ins 3. Jahrtausend«, Ulm <http://www.smd.uni-ulm.de/dvmd2004> e-mail: dvmd2004@smd.uni-ulm.de

**26. - 30.9.2004** 49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDs), Innsbruck, Österreich

**9. - 14.10.2004** 14th Congress of International Federation of Health Records, »Sharing Solutions in the Global Community«, Washington, DC, USA <http://www.ahima.org/iffro/>



Kalender



*Weitere Informationen und Links unter <http://www.bvmi.de>, Akademie Medizinische Informatik e. V. Heidelberg [http://www.med.uni-heidelberg.de/mi/education/akademie/akademie\\_dt.htm](http://www.med.uni-heidelberg.de/mi/education/akademie/akademie_dt.htm)*

*Zentrum Biometrie, Akademie der Ruhr-Universität gGmbH, Bochum <http://www.akademie.ruhr-uni-bochum.de/projekte/zb/veranst/index.htm>*

*GMDS– Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e .V. <http://www.gmds.de>*

## 14. Kongress der International Federation of Health Records Organizations (IFHRO)

**W**ieder einmal ist es so weit. Der 14. Kongress der International Federation of Health Records Organizations (IFHRO) findet vom 9. - 14. Oktober 2004 in Washington, DC, USA statt, in Verbindung mit der 76. Tagung der American Health Information Management Association (AHIMA). Eine große Industrie-Ausstellung ist ebenfalls angeschlossen. Die Vizepräsidentin der

AHIMA, Linda Kloss, sagte: »Es ist eine große Ehre, dass die Generalversammlung der IFHRO die Bewerbung von AHIMA angenommen hat, den 14. Internationalen Kongress auszurichten. Es ist unser Ziel, alle Hebel in Bewegung zu setzen, um diesen Kongress zu einem wirklich bedeutenden internationalen Zusammentreffen von Health Information Management Spezialisten zu machen«.

Ankündigung

