

Der Dokumentationsassistent macht sich rasch bezahlt und entlastet den Arzt

Die Optimierung des DRG-Dokumentations- und Datenmanagements in den Kliniken des Main-Taunus-Kreises

■ Dr. J. Haack

Die Kliniken des Main-Taunus-Kreises haben sich ein Ziel gesetzt: Sie wollen durch die Integration von Medizinischen Dokumentationsassistenten (MDA) in den klinischen Alltag die DRG-Dokumentation neu organisieren, Klinikärzte entlasten und über eine Steigerung der Kodierqualität letztlich auch die Erlöse sichern. Der Assistent macht sich schon vom 181. Fall an bezahlt und kodiert 3 000 Fälle im Jahr. Das Berufsbild des Medizinischen Dokumentationsassistenten mit einer zwei- bis dreijährigen Fachschulbildung steht auf einem besonders breiten Fundament.

Das Projekt: Die Assistenten prüfen die Daten in mehreren Stufen

Zum 1. Oktober 2002 wurden in den drei Fachabteilungen Kardiologie, Pulmologie und der Allgemeinchirurgie der Kliniken des Main-Taunus-Kreises vier medizinische Dokumentationsassistenten eingestellt. Das ärztliche Personal sollte von administrativen Dokumentationsaufgaben entlastet und die Qualität der Kodierung gesichert werden. Innerhalb von sechs Monaten sollte das Tätigkeitsprofil umgesetzt, die Kodierqualität anhand typischer Merkmale überprüft und das Erreichen der Zielvorgaben evaluiert werden. Das Tätigkeitsprofil der Assistenten umfasste überwiegend die EDV-gestützte Kodierung aller DRG-relevanten Daten nach ärztlichen Vorgaben aus der Krankenakte heraus. Die Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren erfolgte nach ICD-10 und OPS-301. Bei Entlassung fand eine umfassende Fallabschlussprüfung der Krankenakte statt. Zunächst prüfte der Assistent die Angaben, die der Arzt auf einem

DRG-Diagnose- und Prozedurenbogen in der Krankenakte vermerkt hatte, auf ihre Plausibilität. Stimmten die kodierten Daten und die vorhandene Dokumentation in der Akte überein? So konnte die notwendige Prüfsicherheit gewährleistet werden. Anschließend prüfte der Assistent, ob DRG-relevante Diagnosen und Prozeduren nicht auf den Bögen angegeben waren.

Der Stationsarzt muss die Kodierung abschließend prüfen

Die kodierten Daten wurden ausgedruckt und zusammen mit der Akte dem jeweiligen Stationsarzt zur Prüfung und Freigabe vorgelegt.

Die verschiedenen Diagnosearten (etwa Aufnahme-, Entlassungs-, Hauptdiagnose) legten ausschließlich die Ärzte fest. Eine entsprechende Kennzeichnung wurde auf dem Dokumentationsbogen vorgenommen.

Parallel zur Fallabschlussprüfung wurden Daten für das Berichtswesen erhoben. Sie waren Grundlage des



monatlichen Berichtswesens an das zentrale Medizincontrolling. Der Akten- und Befundumlauf wurde über eingerichtete Eingangs- und Ausgangsfächer in den Stationszimmern sichergestellt.

Darüber hinaus übernahmen die MDA bei entsprechender Diagnose des Patienten auch die gesetzlich geforderte Erhebung und Bearbeitung von Daten zu Qualitätssicherungszwecken.

Projekt-Evaluation: Kodierqualität, Case-Mix und Kosten-Nutzen-Analyse

Um das Erreichen der gesetzten Ziele sicher beurteilen zu können, wurde eine umfassende Evaluation angestrebt.

Bestandteile waren:

- Prüfung der Kodierqualität;
- Veränderung des Case-Mix/ Case-Mix-Index (CMI);
- Kosten-Nutzen-Analyse.

Zur Beurteilung der Kodierqualität wurde in zwei Zeiträumen (Zeitraum A: Juli bis September 2002 bei einer Gesamtzahl von 301 Fällen; Zeitraum B: November 2002 bis Januar 2003 bei einer Gesamtzahl von 304 Fällen) eine statistisch repräsentative Stichprobe an Akten einer Prüfung durch das zentrale Medizincontrolling unterzogen.

Grundlage waren die durch die Ärzte im Zeitraum A oder die MDA im Zeitraum B verschlüsselten EDV-Datensätze. Die Erlöse der kodierten Daten wurden unter Verwendung eines lizenzierten Groupers berechnet.

Anschließend wurde der Fall anhand der Krankenakte und des Arztbriefes unter Anwendung der deutschen Kodierrichtlinien durch Mitarbeiter des zentralen Medizincontrollings erneut kodiert und die Erlöse berechnet. In einem weiteren Schritt wurden die Veränderungen des Case-

Veränderungen der Kodierqualität bezogen auf ärztliche Kodierung

Anzahl Fälle mit richtiger Hauptdiagnose	+ 19%
Anzahl Fälle mit richtigen Nebendiagnosen	+ 133,5%
Anzahl Fälle mit richtigen Prozeduren	+ 47,7%
Anzahl Fälle „Upcoding“	- 45,6
Anzahl Fälle mit komplett kodierrichtlinienkonformer Kodierung	+ 100%

Tab. 1

Anzahl der Fälle mit erlösrelevanter Fehlkodierung

Fälle mit erlösorientierter Fehlkodierung gesamt	- 59,4%
davon Fälle mit primär zu niedrigen Erlösen	- 64,2%
davon Fälle mit primär zu hohen Erlösen	- 55,7%

Tab. 2

Mix und CMI der beiden Stichproben dargestellt. Abschließend wurde durch Gegenüberstellung der veränderten Erlöse mit den Investitionen das Konzept einer ökonomischen Bewertung unterzogen.

Die Kodierqualität hat sich erheblich gebessert

Tabelle 1 zeigt die Veränderungen der wichtigsten Parameter in Bezug auf die Kodierqualität. In allen geprüften Merkmalen kam es zum Teil zu erheblichen Verbesserungen. Auffallend ist die deutlich gestiegene Zahl korrekt verschlüsselter Nebendiagnosen. Als korrekt wurde nur gewertet, wenn alle Nebendiagnosen eines Falles vollständig und richtig kodiert worden waren. Problematisch und bisher wenig beachtet sind alle Fälle, in denen die Konstellation eines Upcoding vorliegt. Bei Maßnahmen zur Verbesserung der Kodierqualität sollte dieser Aspekt ebenfalls berücksichtigt werden, zumal von der bisher vorgesehenen Sanktionierung im Falle einer Prüfung durch die Kostenträger (Rückzahlung gleich Mehrerlöse multipliziert mit zwei) auch ein erhebliches finanzielles Risiko für die Kliniken ausgehen kann. Mit der Implementierung der MDA in das DRG-Management konnte die Häufigkeit des Upcodings um über 45 Prozent gesenkt werden.

Die Zahl der Rechnungen mit falscher Summe sank um 60 Prozent

Die Zahl an Rechnungen mit primär falscher Abrechnungssumme durch fehlerhafte Kodierung konnte um fast 60 Prozent reduziert werden (Tab. 2). Der Anteil mit primär zu niedrigen Abrechnungsbeträgen durch Unterkodierung verringerte sich um 64,2 Prozent. Die verbesserte Kodierqualität schlug sich auch im veränderten CMI nieder. Im Zeitraum A lag der CMI bei kodierrichtlinienkonformer Verschlüsselung tatsächlich um 0,052 höher als bei ärztlicher Kodierung angegeben. Im Zeitraum B ergab sich vor und nach der Prüfung ein identischer CMI.

Zu beachten ist, dass bei undifferenzierter Betrachtung des CMI Erlösverluste durch Unterkodierung über Upcoding-Fälle ausgeglichen werden können.

Nicht nur das Downcoding, auch das Upcoding mindert den Erlös

Dies wurde in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt: Erlösverlust wurde immer dann angenommen, wenn sowohl unter- als auch überkodiert wurde. Im Falle von Überko-

dierung wurde als Erlösverlust entsprechend den vorgesehenen Regelungen immer als das Doppelte der Mehrerlöse angesetzt.

Entsprechend verändert diese Differenzierung das erlösrelevante Ergebnis: Im Zeitraum A lag die tatsächliche Differenz des CMI unter Herausrechnung der Mehrerlöse durch Überkodierung (ohne den Faktor 2) bei 0,130. Dies entsprach einem Erlösverlust pro Fall von 325 Euro (angenommener Basisfallpreis 2 500 Euro). Durch Upcoding wurde der CMI der Gesamtstichprobe also um 0,078 angehoben. Unter der Annahme, dass jeder Fall von Upcoding sanktioniert wird, ergibt sich damit ein Erlösverlust von 520 Euro pro Fall (Differenz CMI von 0,208).

Für den Zeitraum B galt analog: Die um Mehrerlöse bereinigte CMI-Differenz vor und nach Prüfung von 0,030 entsprachen 75 Euro pro Fall. Bei Sanktionierung aller Upcoding-Fälle erhöhte sich der Erlösverlust auf 150 Euro (CMI-Differenz: 0,06).

In der Praxis ist die Annahme, dass jeder Fall von Überkodierung durch eine Prüfung der Kostenträger festgestellt und sanktioniert wird, unrealistisch. Als sicherer Erlösverlust kann jedoch die um Mehrerlöse bereinigte Differenz des CMI vor und nach Prüfung der beiden Stichproben gewertet werden. In der vorliegenden Untersuchung entsprach dies dem Wert von 0,10. Oder anders ausgedrückt: Mit Kodierung und strukturierter Fallabschlussprüfung durch Medizinische Dokumentationsassistenten konnte eine Erlössicherung in Höhe von zehn Prozent des zukünftigen Budgets erreicht werden. Dies entsprach 250 Euro pro bearbeitetem Fall.

Die Bearbeitungszeit von 22 Minuten kann weiter sinken

Die Bearbeitungszeit lag bei etwa 22 Minuten. Durch Ablaufänderungen in der Dokumentation von ärztli-

chem und pflegerischem Personal sowie Einführung eines neuen Kurvensystems erschloss sich weiteres Potenzial zur erleichterten Prüfung und damit zur Zeitersparnis. Die Auswirkungen der geplanten Ablaufänderungen können über das Berichtswesen jeweils evaluiert werden.

Der Kodierassistent kostet 45 000 Euro im Jahr

Die Personalkosten für eine MDA sind bei Einstufung in BAT V b mit etwa 45 000 Euro im Jahr anzusetzen. Im vorliegenden Konzept sieht der Stellenplan eine MDA-Kraft für 3 000 Fälle im Jahr vor. Bei angesetzten 250 Euro Erlössicherung pro Fall summiert sich dies auf 750 000 Euro jährlich. Damit hat jede MDA mit der Bearbeitung des 181. Falles über die erreichte Erlössicherung die eigenen Personalkosten für die Klinik erwirtschaftet.

Die Neuorganisation des Dokumentationsmanagements

Die Geschäftsführung der Kliniken des Main-Taunus-Kreises hat sich entschlossen, das DRG- und Dokumentationsmanagement neu zu organisieren. Sie achtet bei der Stellenbesetzung insbesondere auf „Schnittstellenkompetenz“ des eingesetzten Personals. Denn wie für die DRG-Einführung im allgemeinen, gilt auch für das beschriebene Konzept der Anspruch auf ein lernendes System.

Daraus resultiert eine dynamische Anpassung des Tätigkeitsprofils: So können mittelfristig diese Mitarbeiter beispielsweise die Funktion eines Casemanagers innerhalb von Behandlungspfaden übernehmen. In der beschriebenen Projektevaluation wurde auf eine wissenschaftlich korrekte, simultane Datenerhebung verzichtet. Dies wäre den Ärzten der betroffenen Fachabteilungen unter den gegebenen Umständen nicht vermittelbar gewesen. Die Wahr-

scheinlichkeit, dass die ärztlichen Mitarbeiter im Zeitraum B deutlich exakter kodiert hätten als drei Monate zuvor, ist äußerst gering. Spezielle DRG-Schulungen oder andere Fortbildungsmaßnahmen, die möglicherweise eine höhere Motivation der Ärzte für Kodieraufgaben zur Folge gehabt hätten, fanden nicht statt. Darüber hinaus zeigte das monatliche Berichtswesen, dass die MDA durchschnittlich 2,1 der ärztlicherseits auf dem DRG-Dokumentationsbogen notierten Diagnosen und 0,5 der Prozeduren als unplausibel strichen.

Zudem wurden über die Fallabschlussprüfung durch die MDA im Durchschnitt 3,4 weitere DRG-relevante Diagnosen und 0,8 Prozeduren kodiert, die sich primär nicht auf dem Dokumentationsbogen fanden. Damit ist es insgesamt äußerst unwahrscheinlich, dass eine simultane Datenerhebung grundsätzlich zu einem andere Ergebnis geführt hätte.

Lediglich das Kodieren, nicht aber die Verantwortung wird delegiert

Mit der Einführung von MDA in das DRG-Management ist darauf zu achten, dass lediglich die Tätigkeit, keinesfalls aber die Verantwortung für eine valide, zeitnahe und vollständige Kodierung delegiert wird. Diese Verantwortung liegt weiterhin beim Arzt. Das bedeutet, dass DRG-Kenntnisse jetzt und zukünftig fester Bestandteil der ärztlichen Berufsbildes im Krankenhaus sein werden und müssen.

Dabei ist eine stärkere Einbindung der Leitungsebene von Fachabteilungen als bisher sinnvoll und notwendig. Neben einer Sensibilisierung für die ökonomische Relevanz der festgelegten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bedarf es neben betriebswirtschaftlicher eben auch medizinischer Kompetenz, wenn strategische Entscheidungen anstehen.

Welche Organisationsstruktur ist die beste ?

Bei der bisherigen Diskussion um die Delegation von Teilbereichen der Dokumentation von Ärzten auf andere Berufsgruppen steht bisher die unterschiedliche Interpretation von gesetzlichen Vorgaben („Das ist klar ärztliche Aufgabe“) im Mittelpunkt. Dies ist aus Sicht der betroffenen Krankenhausärzte nachvollziehbar. Dennoch ist diese Betrachtung zu undifferenziert. Es sollte vielmehr die Frage im Mittelpunkt stehen, welche organisatorischen Strukturen am besten geeignet sind, unter den künftigen, deutlich veränderten Rahmenbedingungen eines fallpauschalierten Abrechnungssystems die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses sicherzustellen.

Das Projekt an den Kliniken des Main-Taunus-Kreises hat gezeigt, dass dieses Organisationsmodell erstens geeignet ist und zweitens zu Recht den Anspruch auf eine „win-win-Situation“ erheben darf, weil es sowohl aus betriebswirtschaftlicher als auch aus ärztlicher Sicht einen Fortschritt bedeutet. Daher überrascht nicht, dass alle Fachabteilungen der Kliniken des Main-Taunus-Kreises zukünftig mit medizinischen Dokumentationsassistenten ausgestattet werden. Mit der Einführung des Abrechnungssystems nach DRG stehen die Krankenhäuser vor tiefgreifenden Veränderungen. Behandlungskompetenz wird über pathways neu definiert, die Kommunikation und Zusammenarbeit mit prä- und poststationären Einrichtungen des Gesundheitswesens muss verbessert werden, und selbst die räumliche Aufteilung und damit die Architektur von Kliniken wird nicht unberührt bleiben. Voraussetzung für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, die klinikinterne Datenanalyse und resultierende Steuerungsprozesse ist eine valide Datengrundlage. Dabei spielt die Organisation einer guten Kodierqualität eine herausragende Rolle. Gleiches gilt für die Prüfsicherheit der Dokumentation.

Die Ärzte leiden unter der Bürokratie

Das Tätigkeitsprofil des Krankenhausarztes hat sich in den vergangenen Jahren mit der erheblichen Zunahme von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben stark verändert. Immer mehr wurden ärztliche Tätigkeiten durch nichtärztliche ersetzt. Von den Betroffenen wird dies als negativ wahrgenommen. In einer Umfrage der hessischen Landesärztekammer gaben im Jahr 2001 mehr als 70 Prozent der befragten Ärzte „Verwaltungsarbeiten“ als Antwort auf die Frage, was sie in ihrer täglichen Arbeit am meisten als unangenehm empfinden. Vergleichbare Untersuchungen in anderen Bundesländern kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Das DRG-System steigert zunächst den Verwaltungsaufwand

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems wird sich dieser Trend weiter verstärken, denn die gesetzlich festgelegte Regelung, nach der die Auflistung aller Diagnosen und Prozeduren in Verantwortung des Arztes liegt, wird in der Praxis so umgesetzt, dass Ärzte gleichzeitig auch die Kodiertätigkeit selbst durchführen.

So überrascht die Tatsache aus der Herbstumfrage 2002 des Krankenhausbarometers durch das deutsche Krankenhausinstitut nicht, dass in fast 95 Prozent der befragten Krankenhäuser die Zuständigkeit für die Kodierung der Diagnosen bei den behandelnden Ärzten liegt.

Die bestehenden Regelungen der Arbeitszeit werden nicht eingehalten werden

In der Summe können bestehende Arbeitszeitregelungen zunehmend nicht eingehalten werden, was die Unzufriedenheit der Krankenhausärzte weiter verstärkt. Das hessische Sozialministerium hat die Arbeitszeit in Krankenhäusern untersucht und festgestellt, dass der Bereich „arztfremde Tätigkeiten“ sowohl Ursache von Überschreitungen der täglichen Arbeitszeit als auch von Arbeitsverdichtung in den Bereitschaftsdiensten ist.

Heute schon beansprucht die Dokumentation drei Stunden der täglichen Arbeitszeit des Arztes

Welchen genauen Umfang der weite Bereich „Dokumentation“ im ärztlichen Arbeitsalltag einnimmt, war Ziel einer Untersuchung des deutschen Krankenhausinstitutes im Auftrag der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Ergebnis ist, dass etwa drei Stunden der täglichen Arbeitszeit (Chirurgie 2,42 Stunden, Innere Medizin 3,15 Stunden) mit Dokumentationsaufgaben ausgefüllt sind. Zu beachten ist die Differenzierung nach administrativer und patientenbezogener Dokumentation. Der Bereich der administrativen Dokumentation ist sicher vollständig delegierbar. Er nimmt etwa 40 Minuten der täglichen Arbeitszeit eines Krankenhausarztes in Anspruch.

Den Aspekt „Qualität der Facharztausbildung“ hat der Arbeitskreis „Junge Ärzte“ der Berliner Ärztekammer beleuchtet und kommt zu dem Ergebnis, dass die Facharztausbildung überwiegend nicht in der vorgesehenen Zeit absolviert werden kann. Gründe dafür sind, dass Rotationsmöglichkeiten innerhalb der Fachabteilung nicht etabliert sind oder dass strukturierte Weiterbildungspläne fehlen. Die persönliche Qualifizierung im Rahmen der Facharztausbildung nimmt eine zentrale Aufgabe in der Schaffung einer langfristigen Berufsperspektive ein. Dass der Arbeitsplatz Krankenhaus diese Anforderungen zunehmend nicht mehr erfüllt, ist möglicherweise eine Ursache für die Abwanderung von Ärzten ins Ausland oder in alternative Berufsfelder.

Die Ärzte sind weder motiviert noch ausgebildet, die Dokumentation zu übernehmen

Mit der Einführung der DRG wird es aufgrund verschärfter Anforderungen an Dokumentation und Qualitätssicherung bei gleichzeitig steigender Fallzahl und verkürzter Liegedauer zu einer weiteren Arbeitsverdichtung für das ärztliche Personal kommen. Es ist fraglich, ob es zielführend ist, weiterhin einer Berufsgruppe diese Aufgaben zu übertragen, die dafür primär nicht ausgebildet, unmotiviert und in ihrer Anzahl abnehmend ist: den Krankenhausärzten.

Der Chirurg verdient das Geld im OP, nicht vor dem PC

Selbstverständlich sollte jede Personalkompetenz ökonomisch sinnvoll eingesetzt werden: Der Chirurg verdient am OP-Tisch für die Klinik das Geld und nicht (schlecht) verschlüsselt vor dem PC.



Das beschriebene Konzept und die evaluierten Auswirkungen haben gezeigt, dass Ärzte so wirkungsvoll entlastet und Erlöse gesichert werden können. Darüber hinaus sind die Voraussetzung für weitere Effizienzsteigerungen gegeben: Durch die Etablierung eines Berichtswesens ist es nun möglich, Arbeitsabläufe transparent zu machen und Notwendigkeiten für Ablaufänderungen zu erkennen und umzusetzen. Die beschriebene Perspektive der Erlössicherung und die Funktion als Werkzeug zur Effizienzsteigerung machen das Investitionsrisiko kalkulierbar.

Als alleiniges Argument für oder gegen die breite Umsetzung des genannten Konzeptes kann das Finanzierungsargument also nicht geltend gemacht werden.

Festzuhalten ist: Kodierfachkräfte kosten Geld, keine Kodierfachkräfte kosten die Klinik im Einzelfall aber noch mehr Geld.

Die Qualität der Daten wird weiter steigen

Die schlechte Qualität der Daten zur Erstkalkulation hat diese erheblich erschwert: Einige DRG waren schlicht nicht kalkulierbar, bei anderen resultierten Bewertungsrelationen, dass die Behandlung von

bestimmten Patienten zukünftig eine wirtschaftliche Herausforderung darstellt. Die DRG-Einführung basiert auf einem lernenden System. Mit jeder Nachkalkulation werden diese genannten Defizite abgebaut. Entscheidend dabei ist die Datenqualität. Es ist zu erwarten, dass diese um so schneller steigt, je mehr Kliniken ihr DRG-Datenmanagement in dargestellter Weise professionalisieren.

Die absehbaren Strukturänderungen im Zuge der DRG-Einführung werden auch die Facharztausbildung in den Kliniken beeinflussen. Die Bildung von Kompetenzzentren mit Behandlungsschwerpunkten, Festlegung von Mindestmengen und die Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Sektor sind einige Beispiele dafür. Daher muss an dieser Stelle die Aufforderung an die Bundesärztekammer gehen, die Ausbildungsorganisation rechtzeitig den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Ein Modell für Ballungsräume wäre zum Beispiel die Bildung eines gemeinsamen Pools an Weiterbildungsassistenten, die die kooperierenden Kliniken zu Ausbildungszwecken durchlaufen.

Aus Sicht der deutschen Krankenhausesellschaft müssen Modelle zur Prozessoptimierung von den Kliniken ausgehen und nicht von außen „aufgedrückt“ werden.

Des Weiteren setzen neue Arbeitszeitmodelle zwangsläufig neue Organisationsmodelle voraus. Das beschriebene Konzept wird beiden Ansprüchen gerecht und steht damit zur Diskussion.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Jochen Haack
Medizincontrolling/Kardiologie
Kliniken des Main-Taunus-Kreises
Lindenstrasse 10
65719 Hofheim