

Optimierung der DRG-Dokumentation und Kodierqualität

Der Nutzen muss den Aufwand übersteigen

■ Dr. S. Baller

Die Optimierung der Dokumentation im Krankenhaus unterliegt einem Ceilingeffekt. Ab einem bestimmten Grenzwert werden sich zukünftig keine weiteren Investitionen in die Optimierung der Dokumentation lohnen, weil der Aufwand den Nutzen übersteigen wird. Jede Krankenhausleitung wird folglich versuchen, das optimale Verhältnis von Investitionen zu Erlössteigerung durch Rightcoding zu finden. Einen Königsweg gibt es zwar noch nicht. Doch die vorliegenden Erfahrungen im St. Josefskrankenhaus Heidelberg machen deutlich, dass mit verhältnismäßig geringem Aufwand ein Optimum erreicht werden kann.

Grundlage bildet ein methodisches Vorgehen

Einmal pro Woche wird eine Bestandsaufnahme des Dokumentationsworkflows vorgenommen. Die absolute und relative Anzahl der in der medizinischen Dokumentation noch nicht abgeschlossenen und der schon abgeschlossenen Fälle wird ermittelt, in einem Bericht dargestellt und den Teilnehmern der DRG-Arbeitsgruppe zur Verfügung gestellt.

Folgende Vereinbarungen gelten:

1. Die medizinische Dokumentation in Form der elektronischen Erfassung der Diagnosen, Prozeduren und Beatmungsstunden wird am Entlassungstag des Patienten bis zur Gruppierung durch den Stationsarzt abgeschlossen.
2. Am Tag nach der Entlassung wird die elektronische medizinische Dokumentation im Krankenhausinformationssystem (KIS) vom DRG-Beauftragten der Abteilung (Oberarzt) überprüft und zur Abrechnung freigegeben. Die Patientenakten sollen dem DRG-Beauftragten zur Verfügung stehen.
4. Die zur Abrechnung freigegebenen Fälle werden bis zu dem Stichtag nicht abgerechnet, an dem die

Datenanalyse vom Medizincontroller vorgenommen wird.

4. Der vorläufige Entlassungsbrief liegt elektronisch abrufbar spätestens am Tag nach der Entlassung im KIS vor und hat eine hohe medizinisch-inhaltliche Qualität (Abb.1).

Die durchschnittliche Quote der zur Analyse durch den Medizincontroller zur Verfügung stehenden Fälle (Anzahl der Fälle mit abgeschlossener medizinischer Dokumentation durch Anzahl entlassene Patienten) liegt bei etwa 90 Prozent (Abb. 2). Bereits abgerechnete Fälle kommen selten vor, werden aber ebenfalls geprüft.

Der zeitliche Aufwand muss überschaubar bleiben

Für die Qualitätssicherung der medizinischen Dokumentation werden die Entlassungsdaten der Fälle des Zeitfensters: Aktuelles Datum minus acht Tage bis aktuelles Datum minus zwei Tage (sieben Tage) in ein Tabellenkalkulationsprogramm geladen und nach einem festgelegten Schema nach Auffälligkeiten untersucht. Auffälligkeiten ergeben sich vor allem aus den Verhältnissen der verschiedenen Parameter (Entlassungsdaten) zueinander. Beispiele für die ins Verhältnis gesetzten Para-

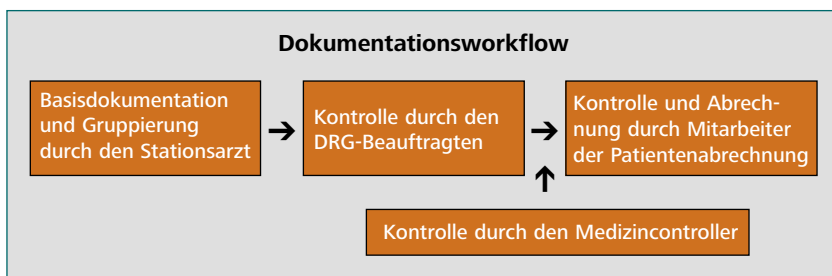


Abb. 1

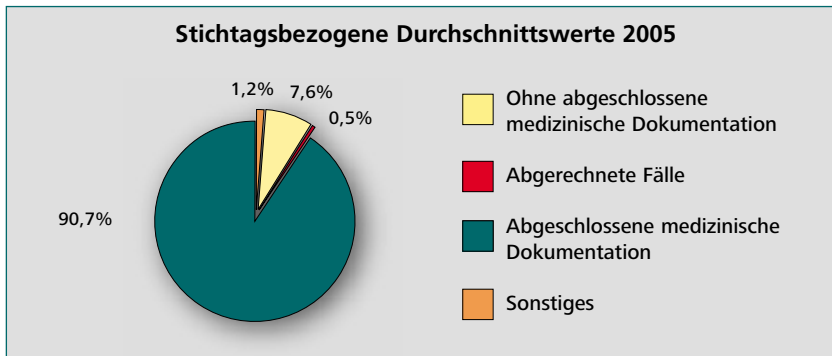


Abb. 2

meter sind die Verweildauer, der PCCL-Wert (Patient Clinical Complexity Level), der DRG-Schweregrad, die Beatmungszeit, die Hauptdiagnose und das Alter.

Es liegen Erfahrungswerte über Kodierschwächen bei speziellen DRG oder Stationen vor. Alle Kennzahlen der beatmeten Patienten und der Patienten der Intensivstation werden überprüft. Aktuelle Einflüsse wie Änderungen des Personals und Urlaubszeiten werden ebenfalls berücksichtigt. Fälle mit Auffälligkeiten werden unter Berücksichtigung des vorläufigen elektronischen Arztbriefs, der Labordaten und OP-

Berichte begutachtet. Das Krankenhausinformationssystem (CliniCom/CareCenter von Siemens) erlaubt es, über ein Statuskonzept auffällige Fälle mit einer Notiz zu versehen und dem zuständigen DRG-Beauftragten zur Korrektur oder Ergänzung elektronisch zuzuordnen. Alle auffälligen Fälle werden nach Möglichkeit in der DRG-Arbeitsgruppe am Tag der Kontrolle vor der elektronischen Rückgabe im kollegialen Dialog besprochen. Der Aufwand für die Kontrolle aller entlassenen Patienten innerhalb einer Woche (durchschnittlich 160 Fälle) und die Vorbereitung des kollegialen Dialogs liegt bei drei Stunden. Die

Fallbesprechung und Bearbeitung nimmt eineinhalb Stunden in Anspruch.

Bei 25 Prozent der Fälle erscheint eine weitergehende Prüfung nicht notwendig, da es sich um einfache klare Behandlungsverläufe bei meist jungen Patienten handelt, die schon durch den Stationsarzt fast immer richtig elektronisch kodiert werden (Abb. 3).

Aufbaustufe der Qualitätssicherung im Bereich medizinische Dokumentation

Die monatlichen Datenanalysen der DRG-Leistungsspektren nehmen vier Stunden (Medizincontroller und DRG-Beauftragte) in Anspruch und führen in 0,2 Prozent der Fälle zu nachträglichen Korrekturen der DRG-Abrechnung. Dazu werden die Daten aller innerhalb eines Monats entlassenen Patienten aus dem KIS als §-21-Datensatz exportiert und über eine externe Software (3M Suite mit G-DRG-Grouper und medizinischer Regelprüfung, Firma 3M) in ein geeignetes Analyseformat gebracht. Das Analyseformat in Form einer Fallliste lässt Auswertungen des DRG-Leistungsspektrums der Abteilung zum Beispiel in Form von DRG-Listen sortiert nach Häufigkeit und Systematik zu. Nach allen im §-21-Datensatz vorhandenen Parametern kann in der Software selbst und nach Datenexport gefiltert und sortiert werden.

Das St. Josefskrankenhaus Heidelberg hat 234 Betten und 15 tagesklinische Plätze, fünf Hauptabteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie sowie Anästhesie und Intensivmedizin) und eine Belegabteilung (Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde). Insgesamt werden im Krankenhaus etwa 8800 voll- und teilstationäre Patienten pro Jahr behandelt. Im Frühjahr 2002 wurde eine DRG-Arbeitsgruppe durch einen mit dem Medizincontrolling beauftragten externen Dienstleister ins Leben gerufen.

Mitglieder sind DRG-Beauftragte der einzelnen medizinischen Abteilungen, deren feste Vertreter, zwei Mitarbeiterinnen der Patientenabrechnung und der Medizincontroller. Bedarfsweise nehmen an den wöchentlichen Meetings der DRG-Arbeitsgruppe ein Mitarbeiter der EDV-Abteilung, des Finanz- und Rechnungswesens, der Pflegedirektion oder der Verwaltungsdirektion teil. Ein vorrangiges Ziel der Arbeitsgruppe war die Implementierung eines geeigneten Dokumentationsworkflows mit definierten Doku-

mentationsfristen, die Optimierung der Kodierqualität und vor allem die Qualifizierung der am Dokumentationsprozess Beteiligten. Dieses Ziel konnte durch wöchentliche Fallbesprechungen (Peer Review Verfahren), wöchentliche Datenanalysen durch den Medizincontroller und monatliche Datenanalysen der DRG-Leistungsspektren erreicht werden. Sowohl Fallbesprechungen als auch Auswertungen haben in den drei Jahren zu einem profunden Wissen bei den DRG-Beauftragten geführt.

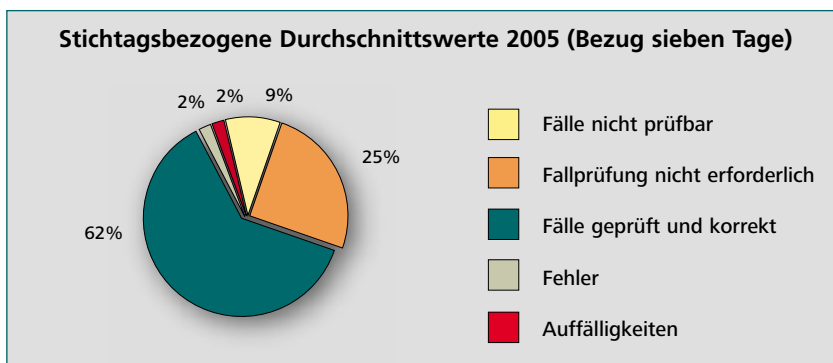


Abb. 3

Der Erfolg bestätigt die Methode

Das Erfolgsgeheimnis der vorgestellten Methode wird vor allem durch folgende Rahmenbedingungen begründet: Durch einen mehrjährigen Lernprozess konnte eine ausgeprägte Fachkompetenz im Bereich medizinische Dokumentation und Kodierung aufgebaut werden. Voraussetzung war die Auswahl geeigneter Verantwortungsträger (DRG-Beauftragte), die medizinisch-fachlich qualifiziert waren und eine hohe Bindung an das Krankenhaus hatten (geringe Personalfluktuationsrate). Den Verantwortungsträgern wurden ausreichende Zeitressourcen für ihre verantwortungsvolle Aufgabe zur Verfügung gestellt. Die Krankenhausleitung hat den Stellenwert einer qualitativ hochwertigen Dokumentation klar vorgegeben. Der Einsatz eines externen Dienstleisters für das Medizincontrolling hat dazu beigetragen, dass die DRG-Compliance hoch ist und hoch bleibt. Nach einer schwierigen Anfangszeit ist das Arbeitsklima jetzt ausgezeichnet. Die Ergonomie des klinischen EDV-Arbeitsplatzes mit der Möglichkeit, den Dokumentationsworkflow abzubilden und zielgerichtet Fälle den richtigen Mitarbeitern zuzuordnen zu können, ist eine grundlegende Bedingung für die Effizienz der vorgestellten Methode. Bestätigt wird der Erfolg der Methode durch eine kontinuierliche und deutliche Steigerung der relevanten Diagnosen je Fall, Steigerung des PCCL-Index und daraus folgend eine Erhöhung

des Case-Mix-Index. Auch eine geringere Anzahl von MDK-Gutachten (etwa vier Prozent aller Fälle) und eine unwesentliche Anzahl von nachgewiesenen Fehlern bei der medizinischen Dokumentation und Kodierung, zeigen den Erfolg dieser Optimierung.

Neue Funktionalitäten im Krankenhausinformationssystem lassen in Zukunft die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren durch die Pflegekräfte zu und können die bisher papiergestützte Erfassung von pflegerelevanten Diagnosen und Prozeduren effizienter gestalten. Voraussetzung dafür war die Bereitstellung von Hierarchieebenen (Arzt und Krankenpflege) bei der elektronischen Diagnosen- und Prozedurerfassung, so dass ein mögliches Upcoding durch engagierte Mitarbeiter der Krankenpflege weitestgehend vermieden werden kann. Durch Mitarbeiter der Krankenpflege erfasste Diagnosen und Prozeduren müssen durch einen beauftragten Arzt vor der Kontrolle durch den Medizincontroller bestätigt werden.

Anschriften der Verfasser:

Dr. med. Sascha Baller M.Sc.
Gerrit Frühauf M.Sc.
Institut für Medizincontrolling
Rohrbacher Straße 92
69115 Heidelberg
E-Mail: Dr.Baller@medizincontroller.de

Maik Beltrame
Stellv. Verwaltungsdirektor
St. Josefskrankenhaus Heidelberg
Landhausstraße 25
69115 Heidelberg
E-Mail: M.Beltrame@st.josefskrankenhaus.de