

Krankenhäuser

DRG-System prägt den Arbeitsalltag

Kodierung erfordert Spezialkenntnisse.

Sascha Baller, Kerstin Oestreich

Mit Einführung des neuen Entgelt-systems hat sich der Arbeitsalltag der Ärzte grundlegend geändert. Das Klinikpersonal muss viele zusätzliche Aufgabenbereiche übernehmen, wobei ärztliche Mitarbeiter am stärksten betroffen sind. Mit der Einführung des DRG-Systems sind neue Arbeitsfelder entstanden. Fast jede Abteilung hat mittlerweile DRG-Beauftragte, Ärzte sind verantwortlich für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Analog zu den Qualitätszirkeln der Qualitätsmanagement-Beauftragten finden meist regelmäßige Treffen der DRG-Beauftragten statt, um den Informationsaustausch zwischen Controlling und ärztlichen Mitarbeitern zu verbessern. Außerhalb des typisch klinischen Alltags ist der Beruf des Medizincontrollers entstanden: Mediziner mit betriebswirtschaftlicher Zusatzqualifikation.

Arbeitsalltag hat sich radikal geändert

Der Stationsarzt musste sich vor Einführung eines DRG-Systems bei seinen medizin-ökonomischen Überlegungen ausschließlich über eine sinnvolle Bettenbelegung und, wenn überhaupt, über die damit kalkulierten Personalstellen bei der Entlassung eines Patienten vor dem Wochenende Gedanken machen. Die Behandlungsplanung beginnt jetzt bereits vor der stationären Aufnahme eines Patienten, der nur dann aufgenommen wird, wenn er die Kriterien erfüllt, die eine stationäre Aufnahme erfordern. G-AEP-Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol) sollen dieses Verfahren objektivieren und legen die gesetzlichen Rahmenbe-

Das Abrechnungswerk ist komplex und für den Klinikarzt bisher fremd.

dingungen für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit eines Patienten fest. Checklisten, die vom aufnehmenden Arzt ausgefüllt werden müssen, erfassen medizinische und soziale Daten. Sollte ein Patient keine Indikation für eine stationäre Behandlung mitbringen, so ist dieser Patient entweder in der eigenen Klinik ambulant zu behandeln oder in eine andere geeignete Einrichtung zu vermitteln. Sobald die stationäre Behandlungsbedürftigkeit geklärt und schriftlich dokumentiert ist, muss der Aufnahmearzt die Aufnahmediagnosen, den Aufnahmegrund und die voraussichtliche Behandlungsdauer festlegen, wobei je nach Klinik ein Ablaufschema zur Diagnostik oder präoperativen Behandlung im Sinne eines klinischen Behandlungspfades vorgegeben ist. Der klinische Behandlungspfad gibt strukturierte Handlungs- und Zeitabläufe vor, die die Behandlung vereinfachen, weil auch der Unerfahrene die richtigen Anordnungen treffen wird. Flexibilität und Behandlungsfreiheit des Arztes werden aber eingeschränkt. Häufig liegen standardisierte Checklisten, Standard Operation Procedures oder grafische Darstellungen von Behandlungsabläufen vor, die nur noch durch Einträge des behandelnden Arztes ergänzt werden müssen. Neu ist das verstärkte Augenmerk des Klinikarztes auf die Verweildauer eines stationären Patienten. Wurde früher möglichst lange therapiert, um die Bettenbelegung hochzuhalten, so wird heute Verweildauer- und Fall-Management in den Kliniken groß geschrieben. Während eines stationären Aufenthaltes muss der behandelnde Stationsarzt versuchen, die Verweildauer optimal zu steuern. Dies gelingt am besten, wenn die mög-

liche DRG, die ein Patient bei Entlassung erzielen wird, bereits zu Beginn des stationären Aufenthaltes bekannt ist. Frühzeitig werden die Daten eines Patienten inklusive relevanter Nebendiagnosen und Prozeduren im Krankenhausinformationssystem (KIS) elektronisch erfasst. So lässt sich jedem stationären Patienten die voraussichtliche DRG zuordnen, aus der die optimale Verweildauer hervorgeht. Der Entlassungstag liegt ökonomisch gesehen meist am günstigsten zwischen der unteren Grenzverweildauer und der mittleren Verweildauer. Je nach Vereinbarung der Abrechnungsregeln muss der Stationsarzt allerdings den Aufnahmegrund eines Patienten bei seinen Überlegungen berücksichtigen. So können bei Verlegungspatienten, die die mittlere Verweildauer unterschreiten, Abschläge auf die DRG-Vergütung entstehen – ein komplexer Schritt, bevor heute ein Patient verweildaueroptimiert entlassen wird. Ohne EDV-Unterstützung lassen sich die richtigen Daten kaum patientenindividuell ermitteln.

DRG-Dokumentation muss stimmen

Für die Vollständigkeit und Korrektheit der Kodierung ist der behandelnde Klinikarzt verantwortlich. Dabei sind beim weiterentwickelten DRG-System auch Strukturmerkmale zu berücksichtigen. Im G-DRG-System 2005 wird die Berechtigung zur Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung an umfangreiche Strukturkriterien gekoppelt. Wegen der Abrechnung von Zusatzentgelten müssen Blutprodukte und/oder Medikamente mengengenau exakt kodiert werden. Vereinzelt werden auch durch andere Mitarbeiter Dia-

gnosen und Prozeduren in das Krankenhausinformationssystem eingegeben. So kann das Pflegepersonal an der Eingabe der Nebendiagnosen oder intensivmedizinischen Prozeduren beteiligt sein. Mitarbeiter der Blutbank können Blutprodukte patientenbezogen kodieren. Der entlassende Arzt muss hierfür die Daten auf Korrektheit und Relevanz hinsichtlich der Kodierrichtlinien prüfen und bestätigen – ein zusätzlicher Verwaltungsakt, der den Aufwand für den entlassenden Arzt enorm erhöht. Aufgrund der Komplexität des DRG-Systems und der jährlichen Neuerungen sind Leitlinien entwickelt und publiziert worden, die den kodierenden Arzt unterstützen sollen. So kann die Kodierung beispielsweise des Diabetes mellitus oder Schlaganfalls in speziellen Kodierhilfen nachgelesen werden, und es werden Leitlinien für ganze Fachdisziplinen veröffentlicht. Insbesondere als die EDV-Unterstützung noch nicht ausreichend war, wurden bei Einführung des DRG-Systems Hitlisten erstellt, um die Kodierung CCL-relevanter Nebendiagnosen (Complication or Comorbidity Level), intensivmedizinischer Prozeduren oder Hauptdiagnosen zu vereinfachen. Auch für Verweildauern wurden Hitlisten in den Kliniken erstellt. Ein großes Potenzial für Effektivitätssteigerungen in den Krankenhäusern liegt in der Einführung elektronischer Patientenakten.

Das Resultat sind ein vom Arzt geschriebener elektronischer Brief und weitere Dokumente eines Patientenaufenthaltes, die jederzeit von den Zugangsberechtigten eingesehen werden können und eine wesentliche Arbeitserleichterung für den behandelnden Arzt darstellen, weil sie Befunde schneller und zu jeder Tageszeit abrufbar machen. Ein weiterer Vorteil liegt in der zeitnahen Kontrollmöglichkeit durch den Medizincontroller vor der Rechnungsstellung, wenn elektronische Patientenakten geführt werden. Die Einführung der DRG führte frühzeitig zu kürzeren Liegezeiten, weil Fälle und Prozeduren abgegrenzt wurden, die in den ambulanten Sektor geleitet werden konnten. Die Zahl der ambulanten und stationärsersetzenden Behandlungen

wurde erheblich gesteigert. Abgerechnet wird mit dem EBM 2000plus, der seit dem 1. April 2005 gilt. Hier muss der einzelne Krankenhausarzt zwar nicht alle Details der Abrechnung kennen. Sobald er aber vermehrt im Bereich des ambulanten Operierens tätig wird, sollte er die Basisstruktur und die für seine Abteilung relevanten Bereiche zumindest überblicken. Das Abrechnungswerk ist komplex und für den Klinikarzt bisher fremd. Die Schwierigkeit im ambulanten Abrechnungsbereich liegt insbesondere in der Tatsache begründet, dass eine Trennung zwischen den ambulanten und stationären Behandlungen bisher fest verankert war und die Strukturen der ambulanten Behandlung und Abrechnung dem Klinikarzt oft nicht im Detail bekannt sind (siehe **Kasten**).

Arztfremde Dokumentationstätigkeiten

Trotz vielfältiger Hilfsmittel in elektronischer Form und auf Papier und neuen Schnittstellen zwischen ärztlichem Dienst und Verwaltung gelangt jedoch häufig ein großer und wichtiger Teil der Informationen nicht an ihr Ziel, den kodierenden Arzt. Dies mag einerseits an einem Desinteresse an ökonomischen Fragestellungen liegen, denn die Kodierung und das DRG-System als Verwaltungs- und Abrechnungssystem hat wenig mit dem eigentlichen Arztberuf zu

tun. Andererseits waren die Zeitressourcen der Klinikärzte auch vor Einführung des DRG-Systems in der Regel knapp bemessen. Überstunden sind die Regel, und zusätzliche Aufgaben können kaum kompensiert werden.

Selbst bei engagierten und motivierten ärztlichen Mitarbeitern sind die ständig wechselnden Kodiervorschriften und Systemveränderungen kaum überschaubar und als zusätzliche Tätigkeit nur schwierig qualitativ hochwertig zu leisten.

Deshalb wurde mit DRG-Einführung immer wieder diskutiert, ob Kodierfachkräfte oder ähnlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter die gesamte Kodierung oder zumindest Teile davon übernehmen sollen. Kliniken versuchen sich hier an unterschiedlichen Lösungsansätzen – vom Einsatz von Kodierfachkräften bis hin zur vollständigen Kodierung durch die Ärzte.

Das Deutsche Ärzteblatt veröffentlichte Daten, nach denen 25 bis 40 Prozent der Arbeitszeit von deutschen Krankenhausärzten für arztfremde Dokumentationstätigkeiten aufgewendet werden, Arztbriefe nicht eingerechnet. Eigene Kalkulationen ergeben einen Zeitaufwand für die Dokumentation der Aufnahme-, Operations-, Verlaufs- und Entlassungsdaten von 35 Minuten pro stationären Patienten einer chirurgischen Abteilung. Hinzu kommt noch der Zeitaufwand für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung mit circa 30 Minuten je Fall. Kontrollfunktionen und Datenbearbeitung sowie Arztbrief-Diktate und Korrekturen sind dabei noch nicht einkalkuliert worden. Darüber hinaus ist bei der Kalkulation der Zeitressourcen der Personal- und Zeitaufwand für die regelmäßigen Schulungen der Mitarbeiter zu berücksichtigen, falls der Arzt die Dokumentation und Kodierung durchführen soll. Hinsichtlich dieser Zahlen und des Ärztemangels gerade in strukturschwachen Gebieten liegt es nahe, neue Assistenzberufe zur Unterstützung des Arztes auszubilden. Einerseits wäre so die Entlastung der Ärzte möglich, um sich wieder mehr

Für die Vollständigkeit und Korrektheit der Kodierung ist der behandelnde Klinikarzt verantwortlich.

Aufgaben, die den Arbeitsalltag der Klinikärzte prägen

- Prüfung der stationären Behandlungsnotwendigkeit nach G-AEP-Kriterien
- Ambulante Behandlung unter Berücksichtigung der Gebührenordnung EBM 2000plus
- Erfassung der Aufnahmediagnosen, des Aufnahmegrunds und der voraussichtlichen Behandlungsdauer
- Behandlung entlang strukturierter Handlungs- und Zeitabläufe
- Fall-Management
- Mengengenaue elektronische Erfassung von Blutprodukten und Medikamenten
- Kontrolle der elektronischen Dokumentation auf Korrektheit und Vollständigkeit
- Verweildaueroptimierte Entlassung des Patienten

ärztlichen Tätigkeiten zu widmen, andererseits würde der Beruf des Krankenhausarztes wieder an Attraktivität gewinnen. Die Qualität der Kodierung entscheidet über die Erlöse einer Klinik. Deshalb wird der Arzt im Krankenhaus überhäuft mit Hitlisten, Checklisten, Kodierleitfäden, Kitteltaschenbüchern zur Kodierung und zeitkritischen Kodieraufgaben.

Die jährlichen Neuerungen im DRG-System stellen selbst den erfahrenen Arzt vor immer neue Herausforderungen. Wirkliche Arbeitserleichterungen gibt es nur wenig, denn selbst mit der Einführung der elektronischen Datenverarbeitung ist der Arbeitsumfang der Klinikärzte angewachsen. Ob von Ärzten oder durch Kodierfachkräfte kodiert wird, ist auch eine Kostenfrage – ebenso wie die Qualität der Daten und der Kodierung. Auch bei noch so gewissenhafter Dokumentation und Kodierung durch den Arzt ist eine Unterstützung durch spezialisiertes Fachpersonal (Medizincontroller, Kodierfachkräfte) wegen der detaillierten Kenntnisse des DRG-Systems und der gesetzlichen Neuregelungen notwendig. Die Frage, ob der Arzt sich wieder vermehrt der klinischen Arbeit zuwenden sollte, ist durchaus berechtigt.

Verwaltungskosten steigen

Die Attraktivität des Arztberufes sinkt seit der Einführung des DRG-Systems – auch wegen des hohen Anteils an fachfremden, weitgehend verwaltungsorientierten Aufgaben. Weil die ärztliche Arbeitskraft teurer ist, wirkt sich die zunehmende Verwaltungsarbeit durch die Ärzte negativ auf die Kostenstruktur der Krankenhäuser aus. Den Klinikleitungen, die trotz Wirtschaftlichkeit und Effizienz Strategien entwickeln, die die Mitarbeiterzufriedenheit steigern und die Personalfuktuationen senken, wird Erfolg beschert sein.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2005; 102: A 3006–3009 [Heft 44]

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Sascha Baller M.Sc.
Dr. med. Kerstin Oestreich M.Sc.
Institut für Medizincontrolling
Rohrbacher Straße 92
69116 Heidelberg

Weltärztebund

Gentests für Risikogruppen

Mitgliederversammlung verabschiedete Empfehlung.

Ärztinnen und Ärzte sollten Angehörige von Risikogruppen für bestimmte genetisch bedingte Erkrankungen gezielt über die Möglichkeiten von Gentests vor einer geplanten Heirat oder Schwangerschaft informieren. Einzelpersonen oder Paaren, die sich einem solchen Test unterziehen wollen, sollte eine umfassende und qualifizierte genetische Beratung zur Verfügung stehen. Das sind Teile einer Empfehlung für Ärztinnen und Ärzte, die der Weltärztebund (World Medical Association, WMA) bei der diesjährigen Generalversammlung Mitte Oktober in Santiago, Chile, verabschiedet hat. Diese befasst sich mit den medizinischen, sozialen, ethischen und rechtlichen Aspekten der Gentechnik.

Die Repräsentanten von weltweit mehr als acht Millionen Ärzten sprachen sich strikt gegen den Missbrauch genetischer Testmethoden aus. In der Reproduktionsmedizin beispielsweise dürfe ein Screening nicht dazu benutzt werden, „Wunsch Kinder“ mit besonderen Eigenschaften zu selektieren oder eine Geschlechterauswahl zu treffen – es sei denn, „es liegt eine geschlechtsspezifische genetische Erkrankung vor“, heißt es in der Empfehlung. Die WMA betont darin außerdem die Bedeutung des *informed consent* (Einwilligung nach Aufklärung), der Beratung und der Vertraulichkeit von Testergebnissen. Handlungsbedarf sieht das Gremium auch bei der ärztlichen Aus- und Fortbildung. Medizinstudierende und Ärzte sollten insbesondere in den Bereichen genetischer Beratung geschult werden, die die Diagnostik präsymptomatischer Erkrankungen betreffen. „Wir hoffen, dass unsere Empfehlung Ärztinnen und Ärzten weltweit dabei hilft, die Probleme zu bewältigen, die der rasante Fortschritt im Bereich der genetischen Diagnostik und Therapie aufwirft“, erklärte der Vorsitzende des Vorstands der WMA, Dr. Yoram Blachar (Israel). „Wir wollen, dass die genetische Forschung voranschreitet, aber unter strengen Auflagen.“ Vor diesem Hintergrund tritt die WMA dafür ein, dass niemand aufgrund seiner genetischen Disposition diskriminiert werden darf.

Ein weiteres Schwerpunktthema der diesjährigen Generalversammlung waren die negativen gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums. In einer Erklärung, die von Ärzten aus mehr als 40 Staaten unterstützt wird, heißt es, rund vier Prozent aller Erkrankungen weltweit seien auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückzuführen. Die Zahl der Todesfälle und Behinderungen liege ähnlich hoch wie die der Raucher und Hypertoniker. Im Kampf gegen den Alkoholabusus setzt die WMA auf bevölkerungsbezogene Ansätze, die das soziale Umfeld beeinflussen und die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke beschränken. Diese eignen sich besser zur Prävention alkoholbedingter Erkrankungen als individuelle Ansätze, bei denen Aufklärung und Erziehung im Mittelpunkt stehen. Für erfolgversprechend hält der Weltärztebund unter anderem Altersbeschränkungen oder eine Begrenzung der Verkaufsstätten. „Wir würden es befürworten, wenn es zur Alkoholkontrolle eine ähnliche Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation gäbe, wie die zur Tabakkontrolle, die Anfang des Jahres in Kraft trat“, sagte Blachar.

Neuer Präsident des Weltärztebundes ist der südafrikanische Augenarzt und Vorsitzende des dortigen Ärzteverbandes Dr. Kgosi Letlape. In seiner Antrittsrede warnte er davor, dass Ärzte zunehmend zu Erfüllungsgehilfen des Staates degradiert würden, indem ihre berufliche Rolle sich zunehmend darauf beschränke, die billigste Therapie anzuwenden. Ärzte müssten mehr als bisher Gesundheitspolitik gestalten statt sich von dieser steuern zu lassen. „Der Weltärztebund muss in Zukunft mehr soziale Führungsaufgaben übernehmen“, so Letlape.

Heike Korzilius