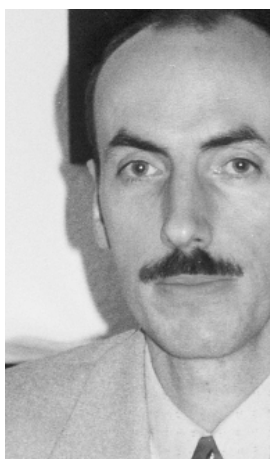


DRG



**Jörg Eckardt**  
 Ev. Krankenhaus Hamm  
 Medizin-Controlling  
 Werler Str. 110  
 59063 Hamm



**Jürgen Stausberg**  
 Universitätsklinikum  
 Essen  
 Institut für Medizinische  
 Informatik, Biometrie  
 und Epidemiologie,  
 Hufelandstr. 55  
 45122 Essen

# Konsequenzen der German Diagnosis Related Groups (G-DRGs)

## für Dokumentation und Medizin-Controlling

### Diagnosis Related Groups

Diagnosis Related Groups (DRGs) fassen stationäre Behandlungsepisoden in Gruppen zusammen. Behandlungsepisoden einer Gruppe sollen durch vergleichbare Kosten und einen medizinischen Zusammenhang gekennzeichnet sein. Vergleichbare Kosten ermöglichen die Abrechnung aller Behandlungsepisoden einer Gruppe über einen einheitlichen Preis (Erlös), während der medizinische Zusammenhang die Verständlichkeit des Systems verbessert. Die Anzahl verfügbarer Gruppen soll allerdings nicht zu groß werden, um die Handhabbarkeit zu gewährleisten. Letztlich sind die Gruppen in DRG-Systemen daher meist ein Kompromiss zwischen vergleichbaren Kosten und medizinischen Zusammenhängen, mal lässt sich über das eine, mal über das andere diskutieren.

Im Allgemeinen werden Systeme, die Behandlungsepisoden in Gruppen (= Klassen) zusammenfassen, Patientenklassifikationssysteme genannt. Diese Bezeichnung ist insofern missverständlich, als es sich immer um abrechnungsrelevante Episoden handelt (z. B. einen stationären Fall) und nicht um eine abrechnungsunabhängige patientenorientierte Einteilung. Neben den DRGs zählen auch die deutschen Fallpauschalen und Sonderentgelte (FP/SE) zu den Patientenklassifikationssystemen.

DRG-Systeme haben ähnliche Eigenschaften wie andere Klassifikationen (z. B. ICD-10-SGB V, OPS-301):

- Alle Behandlungsepisoden müssen einer Gruppe zuzuordnen sein (Vollständigkeit, gewährleistet z. B. durch Restklassen wie »Behandlungsepisode anderweitig nicht gruppierbar«).
- Jede Behandlungsepisode darf nur in einer Gruppe landen (Eindeutigkeit).
- Durch die Gruppierung (= Klassifizierung) gehen Informationen verloren (Abstraktion, z. B. Zuordnung eines 18-Jährigen mit nicht perforierter akuter Appendizitis ohne Fieber bei positivem Befund im Ultraschall des Abdomens zur Gruppe »Appendizitis ohne Komplikationen und ohne Nebenerkrankungen«).
- Jede Gruppe hat eine sprechende bzw. selbst erklärende Bezeichnung (z. B. Appendektomie).
- Jede Gruppe wird durch einen alphanumerischen Schlüssel (= Kode) eindeutig identifiziert (z. B. L06Z).
- Die Gruppen sind in einer Struktur geordnet (Hierarchie).

Bei der Anwendung von DRGs sind zwei Alternativen zu unterscheiden. Entweder können festgelegte Budgets auf die Leistungserbringer verteilt werden (Budgetverteilung wie derzeit im Bereich der KV-Abrechnung) oder jede Behandlungsepisode führt zu einem vorher festgelegten Erlös (Preissystem wie derzeit im Bereich der Privatliquidation). In der Praxis sind häufig Mischformen anzutreffen.

### Australische DRGs

In Australien wurden DRGs 1992 eingeführt. Derzeit werden die Australian Refined DRGs (AR-DRGs) in Version 4.1 eingesetzt. In der Hierarchie der AR-DRGs werden vier Ebenen unterschieden. Die oberste Ebene sind die Hauptdiagnosekategorien (HDK; im Original Major Diagnostic Categories [MDC]). Hauptdiagnosekategorien werden unterteilt in 3 Bereiche (im Original Partitions): chirurgischer Bereich, sonstiger Bereich und medizinischer Bereich. Im sonstigen Bereich finden sich DRGs, bei denen nicht-operative Prozeduren für die Zuordnung einer Behandlungsepisode zu einer Gruppe (auch gruppieren genannt) verwendet werden. Innerhalb eines Bereiches werden dann Basis-DRGs (im Original Adjacent DRGs [ADRGs]) unterschieden. Diese bilden bereits vergleichbare Kosten ab. Um zu den eigentlichen DRGs zu gelangen, werden die Basis-DRGs noch einmal nach dem Aufwand an Ressourcen in 5 Gruppen unterteilt (auch Split genannt). Hiermit wäre die letzte, also vierte Ebene in der Struktur der AR-DRGs erreicht:

- Ebene 1: 23 HDKs
- Ebene 2: 3 Bereiche: chirurgisch, sonstige, medizinisch
- Ebene 3: 409 Basis-DRGs
- Ebene 4: 661 DRGs über Split der Basis-DRG

Über den Schlüssel einer DRG lässt sich deren Einordnung in die Hierarchie nachvollziehen. Dies soll am Beispiel der DRG »Thyroid Procedures« mit dem Schlüssel K06Z verdeutlicht werden (s. Abbildung 1). Der führende Buchstabe kennzeichnet die HDK. Jeder Buchstabe gehört nur zu einer HDK. Die HDKs beginnen mit dem Buchstaben B. Der Buchstabe A wurde für die Gruppe der Prä-HDKs (original Pre-MDCs) reserviert. Des Weiteren umfassen die HDKs 18 und 21 zwei Buchstaben. Dennoch ist es bei K noch einfach: DRG K06Z gehört zur HDK 10 »Endocrine,



nutritional and metabolic diseases and disorders« mit den DRGs K01Z bis K64B. Die Zahl an den Stellen zwei und drei im Schlüssel gibt den Bereich an, von 0 bis 39 handelt es sich um den chirurgischen, von 40 bis 59 um den sonstigen und ab 60 um den medizinischen Bereich. K06Z gehört also zum chirurgischen Bereich der HDK 10; um eine Behandlungsepisode in diese DRG einzugruppiert, muss eine operative Prozedur ausgeführt worden sein. Die ersten drei Stellen des Schlüssels bezeichnen dann auch gleich die Basis-DRG, in diesem Falle mit der gleichen Bezeichnung »Thyroid Procedures«. Der Split innerhalb einer Basis-DRG wird an der vierten Stelle des Schlüssels durch die Buchstaben A, B, C, D und Z ausgedrückt. Z kennzeichnet das Fehlen eines Split; die betroffene Basis-DRG ist nicht weiter nach dem Aufwand an Ressourcen unterteilt. Hingegen kennzeichnet A den höchsten und D den niedrigsten Aufwand an Ressourcen. Begonnen wird immer mit A. In unserem Beispiel wurde also kein Split vorgenommen, wie das Z anzeigt.

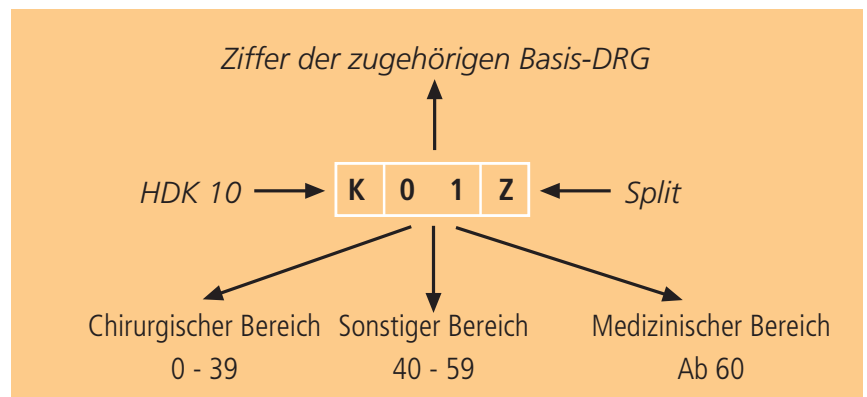
Einige DRGs werden außerhalb der normalen Struktur definiert, sei es als so genannte Prä-HDK, falls sie mit besonders hohen Kosten verbunden sind (z. B. Lebertransplantation [A017]), oder als Fehler-DRGs, die mit der Ziffer 9 an Stelle eines Buchstabens beginnen (z. B. Behandlungsepisode nicht gruppierbar [960Z]).

Zur Abrechnung wird jeder DRG ein Kostengewicht zugeordnet (im Original cost weight). So wie bei den Fallpauschalen und Sonderentgelten der Punktwert stellt das Kostengewicht ein relatives Maß zwischen den DRGs dar. Nach Festlegung des Kostengewichts für eine DRG mit dem Maß 1 werden alle anderen relativ gewichtet. So hat die DRG K06Z das Kostengewicht 1.38, hingegen die Nierentransplantation ohne schwerwiegende Komplikationen oder Nebenerkrankungen das Kostengewicht 6.47. Der so genannte Case Mix ergibt sich für ein Krankenhaus aus der Multiplikation der Fallzahl mit den jeweiligen Kostengewichten; der Case Mix Index stellt das mittlere Kostengewicht dar, indem der Case Mix wieder durch die Fallzahl geteilt wird. Bei einem Preissystem führt die Multiplikation des Kostengewichts mit einem Punktwert zum abrechenbaren Erlös; bei einer Budgetverteilung errechnet sich der Punktwert aus der Teilung des Budgets durch den Case Mix, über den dann das Budget auf einzelnen Abteilungen verteilt werden kann.

## Einführung der G-DRGs in Deutschland

### Zeitplanung

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber über eine Änderung des Krankenhausfinanzierungs-



gesetzes (KHG § 17b) die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems (allerdings wurde ausdrücklich von DRG-System gesprochen) vorgegeben. Als wesentliche Eckpunkte wurden dabei festgelegt:

- »... ist für alle Krankenhäuser ... ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht ... « für die Psychiatrie.
- »Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden.«
- »Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht ... einbezogen werden können, ... sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- und Abschläge zu vereinbaren, ...«
- »Die Fallgruppen und Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen; die Punktwerte können nach Regionen differenziert festgelegt werden.«

Die festgeschriebene Verpflichtung zu Einigung der Selbstverwaltung (GKV, PKV, DKG) auf ein DRG-System bis zum 30.6.2000 ist mit Festlegung auf die AR-DRGs mit Datum vom 27.6.2000 umgesetzt worden. Die weiteren vom Gesetzgeber vorgegebenen Eckdaten sind die Festlegung der Bewertungsrelationen (Kostengewichte s. o.) sowie Zu- und Abschläge für besondere Versorgungsaufgaben (z. B. Zuschlag für Notfallversorgung, Abschlag für mangelnde Qualitätssicherung) bis zum 31.12.2001 und die Einführung des Systems zum 1.1.2003, wobei für 2003 die Budgetneutralität festgeschrieben wurde.

Die Entscheidung für das australische System wurde im Wesentlichen durch drei Eigenschaften gerechtfertigt:

1. Behandlungsepisoden werden im Vergleich zu anderen DRG-Systemen auf relativ viele Basis-DRGs verteilt.
2. Die Möglichkeiten zur Differenzierung unterschiedlicher Schweregrade werden im Vergleich zu anderen DRG-Systemen auch tatsächlich genutzt.
3. Die Übernahme der Rechte von einem anderen Staat verspricht einfachere Vertragsverhandlungen und Pflegeoptionen als die Übernahme von einem kommerziellen Unternehmen.

**Abbildung 1:**  
**Beispiel DRG K01Z**



Bei der Anpassung an deutsche Verhältnisse ist nur die Struktur der AR-DRGs eine feststehende Größe. Anzahl der DRGs, Inhalte, Kostengewichte etc. können und müssen neu definiert werden. Als Eckwerte hat die Selbstverwaltung bereits eine Obergrenze für die Anzahl der DRGs von 800 sowie die Beschränkung auf maximal 3 DRGs pro Basis-DRG festgeschrieben. Als Bezeichnung der deutschen Anpassung der AR-DRGs ist G-DRG vorgesehen.

Nach den Vereinbarungen der Selbstverwaltung werden die ersten Bewertungsrelationen aus einer Stichprobe von Krankenhäusern noch in 2001 ermittelt. Eine Anpassung der Bewertungsrelationen für 2003 soll in 2002 aus den gesamten Daten des Jahres 2001 erfolgen. Während für diese Kalkulationen die Dokumentationen der Krankenhäuser in einen Datenpool einfließen werden, ist sie für jedes Krankenhaus möglicherweise Grundlage der Budgetverteilung im Jahre 2003.

### Anpassung der Klassifikationen

Die Nutzung der Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren aus dem Jahr 2001 für die Einführung der G-DRGs setzt voraus, dass die Daten DRG-kompatibel erfasst werden. In Australien werden unter der Bezeichnung International Classification of Diseases 10th Revision Australian Modification (ICD-10-AM) sowohl eine modifizierte ICD-10 als Klassifikation von Krankheiten als auch ein eigenständiger Prozedurenschlüssel (Medicare Benefits Schedule Extended [MBS-E]) zusammengefasst. Die Anpassung der ICD-10-SGB V, Version 1.3, als aktuelle Klassifikation für Krankheiten, an die AR-DRGs ist daher recht unproblematisch. Hier sind einige Verfeinerungen – insbesondere in der 5. Stelle – der ICD-10-AM zu ergänzen. Nur bei der Differenzierung von offenen zu geschlossenen Frakturen nutzen die Australier nicht die 5. Stelle, sondern kombinieren im gegebenen Fall den Code für die Fraktur mit einer offenen Wunde als Zusatzcode. Tief greifende Änderungen wird es bei der Anpassung des Operationenschlüssels nach § 301 SGB V (OPS-301), Version 1.1 vom 19.2.1996, geben müssen. Nicht nur die Strukturen und Konzepte von OPS-301 und MBS-E sind kaum vergleichbar, sondern es fehlen im OPS-301 derzeit viele gruppierungsrelevante Prozeduren, insbesondere im nicht-operativen Bereich (z. B. Endoskopie, Strahlentherapie). Die Herausgabe von ICD-10-SGB V und OPS-301 in Version 2 ist seitens des Deutschen Instituts für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) für Mitte November vorgesehen. Damit bis zum 1.1.2003 die Abrechnung weiterhin über FP/SE möglich ist, müssen die entsprechenden Tabellen für die Definition dieser Pauschalen über die ICD-10-SGB V und den OPS-301 ebenfalls zum 1.1.2001 aktualisiert werden.

### Veränderung des Dokumentationsumfangs

Für die Zuordnung von Behandlungsepisoden zu DRGs werden sowohl Eigenschaften des Patienten (z. B. Erkrankung, Alter) als auch der Behandlung (z. B. Prozedur, Liegedauer) verwendet. Die Benennung von Diagnosen in der Bezeichnung Diagnosis Related Groups ist insofern irrtümlich, als dass Diagnosen zwar eine wichtige Eigenschaft für die Zuordnung darstellen, chirurgische und sonstige Prozeduren jedoch bei ihrem Vorkommen letztlich die entscheidenden Merkmale für die Gruppierung darstellen. In diesen Fällen dienen Diagnosen oft nur dem groben Auffinden einer passenden HDK, während die Prozeduren die Basis-DRG bestimmen. Sowohl für die Zuordnung einer Behandlungsepisode in eine Basis-DRG als auch für den Split einer Basis-DRG werden folgende Parameter – zum Teil einzeln, zum Teil aber auch komplex logisch verbunden – verwendet:

- Diagnosen
- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen+
- Prozeduren
- Geschlecht
- Alter
- Entlassungsart
- Liegedauer
- Tage der Beurlaubung\*
- Aufnahmegewicht+
- Zwangseinweisung\*
- Ein-Tages-Fall
- Stunden mechanischer Beatmung\*

Aufgrund der bislang geltenden Vorgaben des § 301 SGB V sowie der sich hieraus ableitenden Vereinbarung zur Datenübermittlung stehen bereits alle nicht besonders gekennzeichneten Parameter in der jetzigen Dokumentation standardisiert und strukturiert zur Verfügung. Die 3. Fortschreibung zur Datenübermittlungsvereinbarung ergänzt die in o. g. Liste mit einem Kreuz gekennzeichneten Parameter. Es verbleiben als neu einzuführende Parameter in der Dokumentation die mit einem Stern gekennzeichneten.

Neben den o. g. Parametern wird bei manchen Basis-DRGs noch ein besonderer Score für den Split eingesetzt, die Patientenbezogene klinische Komplexitätsstufe (PKKS, im Original Patient clinical complexity level [PCCL]). Für die Errechnung der PKKS werden nur Nebendiagnosen herangezogen. Der Score kann die Werte 0–4 einnehmen, wobei 4 den höchsten und 0 keinen besonderen Schweregrad kennzeichnet. Als Grundlage des PKKS wurden aus-



gewählte Nebendiagnosen mit einem Gewicht als Komplikation oder Komorbidität (Komplikations- und Komorbiditätsstufe [KKS], im Original Complication or comorbidity level [CCL]) versehen. Das Gewicht kann ebenfalls zwischen 0 und 4 liegen und ist abhängig von der jeweiligen Hauptdiagnose, der Basis-DRG, dem Geschlecht und dem Alter. Bei der Errechnung der PKKS werden bei mehr als einer Nebendiagnose weitere nur noch anteilig berücksichtigt. Diese degressive Berechnung des PKKS wird durch eine Glättungsformel realisiert. Die Formel bedingt, dass der maximale berechnete Wert für eine PKKS nicht größer 4 werden kann. Die PKKS ist zwar nur in einem Teil der 196 Basis-DRGs mit Split relevant; dort erhöht sie das Kostengewicht zum Teil jedoch auf mehr als das Doppelte, wie folgendes Beispiel zeigt:

eine unterstützende Logistik zu verstehen. Beim Aufbau einer Organisationsstruktur ist zu klären, welche Anforderungen zu erfüllen sind und welche Maßnahmen sich daraus ableiten lassen. Ein Hauptanliegen ist die Qualität der Dokumentation, weil die Erlössituation proportional von der Güte der Dokumentation abhängig ist. Dabei spielen folgende Qualitätsmerkmale eine Rolle. Ganz wesentlich ist die umfassende Verschlüsselung aller ressourcenverbrauchenden Diagnosen. Unter Diagnosen sind hierbei nicht nur Behandlungsdiagnosen, sondern auch Nebendiagnosen und Komplikationen zu verstehen. Insbesondere bei abteilungsübergreifenden Behandlungsepisoden lässt sich erst zum Zeitpunkt der Entlassung festlegen, welches die Hauptdiagnose war. Dabei spielen nicht nur der Behandlungsaufwand, sondern auch die Beachtung

DRG G12A	Other Digestive System O.R. Procedures	PKKS > 2	Kostengewicht 3.47
DRG G12B	Other Digestive System O.R. Procedures	PKKS <= 2	Kostengewicht 1.04

## Klassifizierung und Kodierung für die G-DRGs

Bei Anwendung der G-DRGs leiten sich die Erlöse direkt aus der medizinischen Dokumentation ab. Diese wird dadurch zum entscheidenden Faktor für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses. Für operative und invasiv tätige konservative Fachabteilungen steht hierbei die vollständige und mit der Hauptdiagnose übereinstimmende Erfassung ihrer Leistungen im Vordergrund. Bei gleicher Hauptdiagnose haben die chirurgischen und sonstigen DRGs höhere Kostengewichte als die medizinischen. In einzelnen Bereichen kann auch innerhalb einer HDK die Hauptdiagnose ein wesentlicher Stellfaktor zur Erlössicherung sein, dies betrifft insbesondere die Tumorchirurgie, da in manchen Basis-DRGs die Malignität als Split-Kriterium eingesetzt wird. Über die PKKS werden Nebendiagnosen (Komorbiditäten des Patienten oder Komplikationen) zu einem wichtigen Faktor zur Bestimmung der Erlöse.

## Aufbau einer Ablauforganisation

Die Konsequenzen der Einführung von DRGs gehen weit über das hinaus, was man bisher aus der Dokumentation und der Kodierung von z. B. Fallpauschalen kennt. Die Umsetzung der G-DRGs im Krankenhaus setzt daher den erfolgreichen Abschluss eines Projektes zur Einführung voraus. An den meisten Krankenhäusern werden die bisher existierenden Strukturen dazu nicht ausreichen. Unter Strukturen sind hier die beteiligten Mitarbeiter und

der neuen Kodierrichtlinien eine Rolle. Wurde der richtige (sachgerecht sowohl aus medizinischer und ökonomischer Sicht) ICD-SGB V-Kode unter verschiedenen Möglichkeiten ausgewählt? Insbesondere die Abteilungen, die es bisher nicht gewohnt waren, ihre Therapien zu verschlüsseln, haben einen großen Nachholbedarf. Dies betrifft vor allem die konservativ ausgerichteten Abteilungen, die nun auch ihre durchgeführten nicht operativen Prozeduren zu dokumentieren und zu kodieren haben.

## Maßnahmen

Welche Maßnahmen lassen sich aus den Veränderungen und Anforderungen ableiten und zu einem Paket »Ablauforganisation« bündeln? Dabei kann man sich am Prozessablauf orientieren. Am Anfang des Prozesses steht der Patient, der Arzt erhebt einen Befund und leitet daraus eine (Behandlungs-)Diagnose ab.

## Wer kodiert?

Anders als beispielsweise in den USA ist in unseren Krankenhäusern die Datenlage in den Patientenakten nur unzureichend strukturiert, so dass spezielles Personal (Coder) in vielen Fällen mit der Kodierung auf dieser Grundlage überfordert wäre. Da sich Bezeichnungen von Diagnosen und Prozeduren in der ICD-10-SGB VSGB V und im OPS-301 auch nicht immer mit dem medizinischen Sprachgebrauch decken, ist für die zutreffende Entscheidung bei mehreren zur Auswahl stehenden Begriffen der behandelnde Kliniker gefragt. So ist es nicht zu umgehen,



dass medizinisches Fachpersonal selbst dokumentiert und kodiert. Das schließt nicht aus, dass eine Pflegekraft in Kooperation mit einer/einem Ärztin/Arzt (beispielweise im Operationssaal) die Dokumentation und Kodierung unterstützen könnte. Auch der Pflege ist viel daran gelegen, dass die Kodierung erschöpfend erfolgt. Budgeteinbußen würden sie als Mitarbeiter genauso wie die Ärzteschaft treffen. Im Übrigen ist darauf zu achten, dass sich ärztliche und pflegerische Dokumentation decken und nicht in ihren Aussagen divergieren.

### Schulungen/Personalentwicklung des ärztlichen Personals

Mit der Auswahl von Diagnosen und Prozeduren aus den Katalogen und beim Vorschlag der Hauptdiagnose wird ein Berufsanfänger überfordert sein. Es fehlen ihm schlicht die Erfahrungen und das Know-how, jeden Fall korrekt zu beurteilen. Hierfür ist ein Wissensstand über das Regelwerk der Kodierung erforderlich, der bei Universitätsabgängern nicht vorausgesetzt werden kann. Daraus ergibt sich, dass die Mitarbeiter stärker als bisher auf diesem Gebiet geschult werden müssen.

Die Mitarbeiter des Hauses müssen befähigt sein, die Aufgaben im Rahmen der medizinischen Dokumentation zu erfüllen. Diesbezügliche Anforderungen sind in einem Einstellungsprofil zu berücksichtigen und in einem Personalentwicklungskonzept umzusetzen. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Aspekte:

- Berücksichtigung von Dokumentationsfähigkeit und -bereitschaft als ein weiteres Einstellungskriterium
- Einweisung von neuen Mitarbeitern unverzüglich nach Einstellung
- Abgestuftes Schulungskonzept (inhouse und extern), wobei die/der ärztliche Dokumentationsbeauftragte (s. u.) am intensivsten geschult sein muss, mit den Themen:
  - Systematik von G-DRGs, ICD-10-SGB V SGB V und OPS-301
  - Neue Kodierrichtlinien
  - Anforderungen von Konzepten zur Fehlbelegungsprüfung (Appropriateness Evaluation Protocols [AEPs])
  - Gesetzliche Anforderungen (z. B. Qualitätsmanagement nach § 137b SGB V und Datenübermittlung nach § 301 SGB V)
- Es muss gewährleistet sein, dass alle Mitarbeiter an den Schulungsmaßnahmen teilnehmen
- Es ist sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter ein festzulegendes Pflichtprogramm an Schulungsmaßnahmen durchlaufen. Für die Mitarbeiter kann der Nachweis mittels Schulungsausweis/-karte o. Ä. realisiert werden

Inhouse-Schulungen können so konzipiert sein, dass sie den Anforderungen der Landesärztekammern genügen (Weiterbildung als freiwillige Maßnahme ist nahezu bundesweit eingeführt). So lassen sich Synergieeffekte für die eigenen Mitarbeiter erzielen (Vergabe von Weiterbildungspunkten) und eventuell Interessenten von extern gewinnen.

### Unterstützung durch EDV, Printmedien und Fachkräfte

Der Auswahl- und Kodierprozess muss EDV-technisch so umfangreich wie möglich unterstützt werden. Am Markt sind mehrere Kodierprogramme verfügbar. Zur Zeit wird versucht, die zukünftigen Kodierregeln und die Grouping-Funktionalität in diese Programme zu implementieren. An den Arbeitsplätzen, an denen kein Zugriff auf Computer besteht, müssen geeignete Nachschlagewerke (Thesaurus, alphabetisches Verzeichnis, unter Umständen auch fachspezifische Ausschnitte der Klassifikationen, Systematik und Regelwerk) zur Verfügung stehen.

Nicht immer wird eine Schnittstelle vom Kodiertool zum Krankenhausinformationssystem vorliegen. In diesen Fällen muss die Dokumentation konventionell papiergestützt erfolgen. Die Formulare müssen an die neuen Anforderungen angepasst werden. Es muss schlichtweg genügend Platz für Haupt- und Nebendiagnosen und alle Prozeduren vorhanden sein. Zusammen mit den zusätzlichen Daten nach § 301 SGB V wird die Dokumentation der Daten kaum auf einer DIN-A4-Seite zu realisieren sein.

Zur Unterstützung des ärztlichen Dokumentationsbeauftragten auf Abteilungsebene (s. 4.4) und des Medizin-Controllings können Fachkräfte für medizinische Dokumentationsaufgaben übernehmen, bei denen medizinisch-klinische Kenntnisse in den Hintergrund treten und vor allem systematische Verarbeitungsschritte durchzuführen und Präsentationsmaterialien auszuarbeiten sind.

### Die/der ärztliche Dokumentationsbeauftragte (ÄDB)

Die Kodierqualität muss kontinuierlich überwacht und verbessert werden. Hierfür wird ein Mitarbeiter in jeder Abteilung benötigt, der den Prozess vor Ort begleitet. Diesen Mitarbeiter möchten wir als ärztlichen Dokumentationsbeauftragten (ÄDB) bezeichnen. Nur in der eigenen Abteilung sind die behandelten Patienten bekannt. Nur aus der Abteilung heraus kann beurteilt werden, ob Diagnosen und Prozeduren korrekt und umfassend dokumentiert sind. Zudem ist eine räumliche Nähe zu den dokumentierenden Kolleginnen/Kollegen erforderlich, will man über Coaching bzw. Supervision eine kontinuierliche Verbesserung der Dokumentation erzielen.



Der Dokumentationsverantwortliche einer Abteilung ist der/die leitende Arzt/Ärztin. In jeder Abteilung werden durch ihn/sie ein/e Dokumentationsbeauftragte/r und ein/e Stellvertreter/in benannt. Der ÄDB übernimmt in eigenverantwortlicher Tätigkeit organisatorische und koordinierende Aufgaben.

Der/die Dokumentationsbeauftragte ist diejenige Person, an welche von dem/der leitenden Arzt/Ärztin die im Weiteren benannten Aufgaben, die die medizinische Dokumentation betreffen, übertragen wurden.

## Anforderungen

Zur Erfüllung seiner Aufgaben sollte der ÄDB

- einen guten Überblick über die Patienten der Abteilung besitzen (dadurch lässt sich beispielsweise der Aufwand bei der Überprüfung der Kodierung gering halten)
- besonders in der Thematik geschult sein
- in Fragen der Dokumentation Weisungsbefugnis gegenüber seinen Mitarbeitern besitzen und
- sich in einer unbefristeten Stellensituation befinden. Der Grund für eine unbefristete Anstellung ergibt sich z. B. aus dem hohen Schulungsaufwand für diesen Mitarbeiter.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wird man diese Funktion in der Regel auf Oberarztebene ansiedeln. Die Übertragung dieser Aufgabe an eine/n Assistentin/en, kann für den Regelfall nicht empfohlen werden. Auf der anderen Seite kann es gute Gründe dafür geben, wenn der Chefarzt diese Funktion nicht delegiert, sondern selber wahrnimmt.

## Aufgaben

Wesentliche Aufgabe ist die Sicherstellung einer korrekten und erschöpfenden Kodierung von Diagnosen und Prozeduren. Der ÄDB ist verantwortlich für die Erfüllung der Anforderungen an die medizinische Dokumentation. Aufgabe des ÄDB ist es jedoch nicht, die Kodierung der Abteilung selbst zu übernehmen, es sei denn, die abteilungsinterne Organisation sieht dies so vor. Die Art der Organisation, Umsetzung und Abwicklung liegt im Ermessen der Abteilung. Es bieten sich dazu verschiedene Möglichkeiten an:

- Supervision der Mitarbeiter bei der Kodierung
- Handzeichen auf kontrollierte Kodierbögen
- Entsprechende elektronische Freigabe bei einer EDV-gestützten Lösung

- Abgestuftes Kontrollkonzept (Erfahrene und bewährte Mitarbeiter brauchen nur noch stichprobenartig kontrolliert zu werden.)

Als weitere Aufgaben des ÄDB sind folgende zu nennen:

- Durchführung von abteilungsinternen Schulungen,
- Koordination eines Erfahrungsaustausches (z. B. innerhalb der Mitarbeiterschaft der Abteilung)
- Angebot einer Beratung
- Anpassung der Dokumentationsformulare und der Patientenakte an das AEP
- Ansprechpartner für die Fakturierung
- Erstellung und Pflege von Abteilungskatalogen (Nicht jede Freitextdiagnose oder Prozedur findet sich in gleicher Formulierung im amtlichen Katalog. Dies führt zu unterschiedlichen Interpretationen und Kodierungen. Ein Konsens in der Abteilung und eine einheitliche Kodierung ist empfehlenswert. Auch sollten Informationen darüber vorliegen, welche Kodierungen besonders problematisch sind.)
- Berücksichtigung der Stellungnahmen und Kataloge der eigenen Fachgesellschaften zu § 115b SGB V (stationersetzende Maßnahmen)
- Umsetzung von Anforderungen, die sich aus § 115b SGB V ergeben, und
- Umsetzung der erweiterten Dokumentationsaufgaben, die sich aus § 137b SGB V ergeben

## Zeitpunkt des Kodierens

Die Diagnosen und Prozeduren sollten zeitnah, das heißt zum Zeitpunkt ihrer Feststellung bzw. Durchführung, kodiert werden. Die operativen Prozeduren müssen spätestens mit Verlassen des Operationsssaales eingegeben und freigegeben sein.

## Qualitätssicherung

### Kennzahlen

Mit dem 1.1.2001 sollte eine DRG-gerechte Dokumentation in den Krankenhäusern eingeführt sein. Gerade zu Beginn ist eine engmaschige Beobachtung der Resultate anhand von festzulegenden Kennzahlen erforderlich.

### Case Mix Index

Eine der wichtigsten Kennzahlen überhaupt ist der Case Mix Index (Definition s. o.) sowohl des Hauses als auch der einzelnen Abteilung. Er ist deswegen so wichtig, weil er direkt die Erlössituation widerspiegelt, wenn auch nicht in Absolutzahlen, so doch in relativen Proportionen.



## Anzahl unterschiedlicher Diagnosen

Die Anzahl DRG-relevanter Diagnosen (Diagnosen, die zu einer DRG als Haupt- oder Nebendiagnose führen oder einen KKS > 0 besitzen) korreliert sehr stark mit dem Case Mix Index. Man erhält hier direkt einen Ansatz, um korrigierend in den Dokumentationsprozess einzugreifen. Eine durchschnittliche Anzahl unterschiedlicher Diagnosen pro Fall von weniger als 2 deutet in einer Abteilung mit Schwerpunktversorgung auf ein verbesserungswürdiges Dokumentations- und Kodierverhalten hin. Hier kommt es sowohl auf die Berücksichtigung von Begleiterkrankungen als auch auf die vollständige Erfassung von Komplikationen an.

### TOP 10 der DRGs

Die Top 10 oder Top 30 der Abteilung ist ein eher strategischer Parameter. Werden in der Abteilung die richtigen Patienten behandelt? Oder werden die richtigen Patienten behandelt, aber falsch kodiert? Stimmt das Behandlungsspektrum mit den eigenen Strategien überein?

### Zeitindex

Dem Zeitintervall zwischen Untersuchung bzw. Therapie und Eingang der entsprechenden Dokumentation von Diagnosen oder Prozeduren in der Verwaltung kommt eine besondere Bedeutung zu. Schon jetzt müssen die Daten nach § 301 SGB V innerhalb von 3 Werktagen beim Kostenträger vorliegen. Auch führt eine zeitnahe Kodierung zu weniger Verlusten. Je länger die Befunderhebung zurück liegt, um so schlechter kann sich der Arzt an die Umstände erinnern. So entsteht zusätzlicher Aufwand, weil erneut Akten für die Bearbeitung hinzugezogen werden müssen.

Auch der Zeitpunkt der Entlassungsdokumentation ist von Belang. Einerseits ergibt sich abhängig von der Länge des Zeitintervalls zwischen Entlassung und Fakturierung ein Liquiditätsverlust. Andererseits fehlen die nicht dokumentierten Diagnosen/Prozeduren schlicht bei der Fakturierung, insbesondere wenn die Fakturdaten mittels Datenfernübertragung an die Kassen übermittelt werden.

Die Zeitintervalle vom Aufnahmedatum bis zum Zeitpunkt der Dokumentation und vom Entlassungsdatum bis zum Zeitpunkt der Dokumentation lassen sich messen. In der Regel werden sich diese Daten aber nicht direkt aus den Daten des Krankenhausinformationssystems (KIS) ableiten lassen. Weil der manuelle Aufwand ungleich höher ist, bietet es sich an, in unregelmäßigen Abständen Stichproben zu erheben.

## Organisation

### Wer liefert Daten?

Die Daten liegen als Rohmaterial im jeweiligen KIS vor. Viele KIS-Anbieter haben ein Reportingmodul oder feste Abfragen in ihren Programmen implementiert. Genügen diese Reports nicht den Anforderungen, sollte man darauf drängen, dass zumindest Schnittstellen existieren, die eine Bearbeitung in einer Datenbank (wie Paradox oder Access) oder Tabellenkalkulation (wie Excel oder Quattro Pro) erlauben. Je nach Organisation der Klinik finden sich verschiedene Möglichkeiten, wo Daten erhoben und abgefragt werden könnten: Patientenverwaltung/-service, Medizin-Controlling, Controlling, EDV. Die optimale Lösung wäre eine Analysefunktionalität direkt in den Abteilungen. Solche Funktionalität ist in der Regel bei Management-Informationssystemen (MIS) gegeben. Die Aufbereitung der Daten sollte in Absprache mit den Abteilungen erfolgen. Bei der Gestaltung der Reports sollte der Medizin-Controller beratend hinzugezogen werden.

### Wer bekommt Daten?

Die Abteilungen haben eine Organisationsverantwortung in ihrem Bereich und benötigen Kennzahlen zur Steuerung. Neben dem Abteilungsleiter ist unbedingt der Dokumentationsbeauftragte in die Verteilerkette aufzunehmen. Zwischen ÄDB und Medizin-Controller sind die Daten zu besprechen. Zusätzlich zu den Abteilungen muss auch die Betriebsleitung über bestimmte Kenngrößen auf dem Laufenden gehalten werden. Hier ist ebenfalls eine Absprache über Art und Umfang der Kennzahlen erforderlich. Denkbar wäre ein Berichtswesen, welches Meldungen dann vorsieht, wenn Kenngrößen außerhalb eines vereinbarten Bereiches liegen.

### Wann sollen die Kenngrößen erhoben werden?

Ab dem 1.1.2001 sollten die Erhebungen relativ engmaschig erfolgen, um noch modellierend auf die Abläufe einwirken zu können. Es empfiehlt sich für die ersten 6 Monate eine monatliche Auswertung. Abhängig von den dann gemachten Erfahrungen könnten die Intervalle später verlängert werden.

### Kontinuierliche Verbesserung

Die erhobenen Daten müssen qualitätsverbessernd in eine Prozessmodulation einfließen. Nicht zufriedenstellende Kennzahlen und Probleme beim Ablauf der Dokumentation sollten in regelmäßigen Treffen (z. B. zwischen ÄDB

und Medizin-Controller) diskutiert werden. Dabei müssen Maßnahmen abgeleitet werden, welche geeignet sind, Störungen aufzufangen, die Datenlage zu verbessern und Abläufe schlank und effektiv zu gestalten.

## Ausblick

Bei einer Diskussion um die DRG-Relevanz der Dokumentation darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Herausforderung DRG zuerst einmal ökonomischer Antworten bedarf. Da Erlöse pro Gruppe festgelegt sind, müssen die eigenen Kosten diesen entgegengestellt werden, wofür eine entsprechende Kalkulation erforderlich ist (Kostenrechnung mit DRGs als Kostenträger). Hieraus leiten sich dann Anforderungen zur Kostenreduktion ab. Wo eine kostendeckende bzw. gewinnbringende Leistungserbringung nicht möglich ist, muss über eine Leistungssteuerung nachgedacht werden. Dies betrifft z. B. das Setzen von Schwerpunkten im Wettbewerb oder die Kooperation mit anderen Krankenhäusern. Erst dann kann die Dokumentation eine optimale Umsetzung der internen Maßnahmen ermöglichen, wobei das Hoffen auf eine alleinige Antwort mit einer möglicherweise überzogenen oder verzerrten medizinischen Dokumentation kurzfristig ist. Aus ärztlicher Sicht sind dabei auch die Gefahren für die Qualität der Versorgung zu sehen und deutlich zu machen.

### Weiterführende Literatur

- Bauer H, Witte J. Das AEP-Verfahren zur Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlungen. Bewertung aus Sicht der Chirurgie. <http://www.bdc.de/> [zuletzt zugegriffen am 19.9.2000].
- Commonwealth Department of Health and Aged Care. Australian Refined Diagnosis Related Groups. Version 4.1. Canberra: Commonwealth of Australia, 1998.
- Fischer W. Kurzgutachten: Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. Wolfertswil: Z/I/M 12.04.2000.
- National Centre for Classification in Health. ICD-10-AM First Edition 1 July 1998. Sydney: National Centre for Classification in Health, 1998.
- Rochell B, Roeder N. Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) – Ein Überblick. Redaktionsbeilage 8/2000. das Krankenhaus 2000; 92.
- Roeder N, Rochell B, Müller M, Stausberg J, Raskop A. Deutschland gruppiert australisch. f&w 2000; 17: 466-71.
- Roeder N, Rochell B, Scheld HH. Sicher in die DRGs. Die notwendige Vorbereitung im Krankenhaus. das Krankenhaus 2000; 92: 689-700.
- Stausberg J, Albrecht KH. Bewertung von Verfahren zur Qualitätssicherung der Basisdokumentation nach dem Gesundheitsstrukturgesetz. In: Dudeck J, Walterjung B, Köhler CO, Hrsg. Dokumentation und Qualitätsmanagement. 5. Fachtagung des DVMD. Kaden: Heidelberg, 1997: 137-41.

DATAMAP ist ein Unternehmen, das im Auftrag der Pharmazeutischen Industrie Daten aus Arzneimittelprüfungen erfasst, aufbereitet und analysiert. Seit 8 Jahren sind wir in den Bereichen Data Management, Biometrie und Report Writing erfolgreich tätig. Wir bieten ein abwechslungsreiches Aufgabengebiet, sehr gute Sozialleistungen und eine Position mit Zukunftsperspektive in einem mitarbeiter-orientierten Unternehmen. Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir in Festanstellung eine/n

## Clinical Data Manager / Clinical Programmer

Ihr Aufgabengebiet umfasst:

- ✓ Aufbau von Datenbanken
- ✓ Erstellen von Datenerfassungsmasken
- ✓ Kodierung von Medikationen, Diagnosen und Nebenwirkungen
- ✓ Plausibilitätschecks und Datennachfragen
- ✓ Erstellen von Datenlisten, zusammenfassenden Tabellen und Grafiken mit SAS

Sie verfügen über Berufserfahrung, SAS-Kenntnisse und gute Englischkenntnisse. Sie arbeiten gerne im Team und sind flexibel. Wenn Sie außerdem sorgfältig, selbständig und kreativ arbeiten, würden wir Sie gerne kennen lernen. Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:



DATAMAP GmbH  
Dagmar Zwick  
Munzinger Str. 5a  
79111 Freiburg  
Tel. 0761-45208-0  
info@datamap.de

*Das Robert-Bosch-Krankenhaus ist ein von der Robert Bosch Stiftung getragenes Krankenhaus der Zentralversorgung mit Funktionen der Maximalversorgung. Mit unseren 13 Fachabteilungen, 502 Betten und über 1.300 Mitarbeitern gehören wir in Baden-Württemberg zu den führenden Allgemeinkrankenhäusern. Eingebunden ist eine Klinik für Geriatrische Rehabilitation mit zusätzlich 100 Therapieplätzen. Das Krankenhaus gliedert sich in ein Zentrum für Innere Medizin, ein Zentrum für Operative Medizin und ein Zentrum für Diagnostische Medizin. Darüber hinaus sind dem Krankenhaus ein Forschungsbereich, eine Apotheke und eine Krankenpflegeschule angeschlossen.*

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin eine/n

## Medizinische Dokumentarin Medizinischen Dokumentar

im Bereich **Herzchirurgie**.

Für die Qualitätssicherung Herzchirurgie werden Sie Datenerhebungen in den etablierten Qualitätssicherungsprogrammen überwachen sowie die Datenaufbereitung und den Datenaustausch mit Projektstellen vornehmen. Des Weiteren wird die Betreuung der herzchirurgischen Leistungsdatenbank und die Datenaufbereitung (Codierung, Validierung, Auswertung) nach medizinischen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu Ihren Tätigkeiten gehören.

Sie sind Medizinische/r Dokumentar/in oder verfügen über eine vergleichbare Ausbildung. Wir erwarten umfassende EDV-Kenntnisse, speziell in MS ACCESS sowie Verständnis für EDV-Abläufe und Datenstrukturen. Kenntnisse in der Patientenabrechnung (Fallpauschalen, Sonderentgelte) wären vorteilhaft. Die Aufgaben erfordern außerdem Genauigkeit, Organisationstalent, Eigeninitiative und Flexibilität.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen, bieten wir Ihnen eine abwechslungsreiche, interessante Aufgabe mit an den BAT angelehnter Vergütung und zusätzlicher Altersversorgung (ZVK) in einem dynamischen und zukunftsorientierten Umfeld.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

**Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH**

Herrn Prof. Dr. K. Hellberg  
Auerbachstraße 110  
70376 Stuttgart

