

«Mit der Sicht von Aussen der Zeit voraus.»

**MALK**  
**MEDIZIN**  
**CONTROLLING AG**

**«Wir befähigen unsere Kunden, einen rasch möglichen  
>Return on Investment< zu erreichen und innert nützlicher Frist  
die Projekte eigenständig durchzuführen»**

**Von der Medizinischen  
Dokumentation zur  
DRG Abrechnung**

**>> Publikation Nr. 8 <<**

**MALK**  
**MEDIZIN**  
**CONTROLLING AG**  
Alpenblickstrasse 20  
CH - 8853 Lachen SZ  
Telefon +41 55 412 25 16  
Telefax +41 55 412 25 64  
Mobile +41 79 445 40 21  
malk@medizincontrolling.ch  
www.medizincontrolling.ch

## Von der Medizinischen Dokumentation zur DRG Abrechnung

### Zusammenfassung

Grundlage für die Abrechnung und somit für die Finanzierung mit DRGs ist eine qualitativ hochwertige Dokumentation des behandelnden Arztes und der Pflege. Jede Dokumentation enthält eine Fülle medizinischer und administrativer Informationen in unterschiedlich aufbereiteter Form. Zu nennen sind Rohdaten aus dem Kardex, Formulare und Vordrucke. Hinzu kommen die für den Kodierer wichtigen Dokumente wie Austritts- und OP-Berichte, Konsile und Befunde. Sie stellen zusammenfassende Dokumente dar. Idealerweise können diese von den Kodierkräften zum Abgreifen der ICD- und CHOP Codes für die Kodierung herangezogen werden. Nur in seltenen Fällen sollte ein Nachschlagen in der Krankengeschichte erforderlich sein. Als Ergebnis kann eine richtige DRG kodiert und eine korrekte Rechnung gestellt werden.

### Einleitung

Mit der Einführung der DRGs werden von verschiedenen Institutionen hohe und teilweise auch völlig neue Anforderungen an die stationäre Versorgung gestellt. Aus Sicht des Gesetzgebers führt die Einführung der Fallpauschalen (AP-DRGs) zu der erhofften Transparenz im Spitalsektor, als Voraussetzung um in diesem Markt steuernd einzugreifen. Transparenz entsteht zum Einem durch die uns bereits bekannte Anwendung der Klassifikationssysteme ICD und CHOP und den vorwiegend administrativen Patientendaten wie Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Austrittsart. Zum Anderen beinhalten die DRGs neue Kennzahlen wie Kostengewichte, Case-Mix, Case-Mix-Index, untere- mittlere- und obere Aufenthaltsdauer (LTP, ALOS, HTP). Für die sachgerechte Generierung einer DRG benötigt der Kodierer umfangreiche Informationen um diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Aufwand des zur Abrechnung stehenden stationären Aufenthaltes korrekt abbilden zu können.

### Vision

Mit Hilfe von ausgereiften Software Tools soll die Papierdokumentation in eine überwiegend „elektronische“ Krankengeschichte überführt werden, die allen Anforderungen einer modernen und zukunftsorientierten Datenaufbereitung ge-

recht wird. Neben der erforderlichen Ausrüstung (Hard- und Software) ist für die Umsetzung auch eine entsprechende Schulung der Prozessbeteiligten (Arzt, Kodierkraft) erforderlich.

Der Dokumentationsaufwand soll vereinfacht und die Berichtsstruktur über alle Abteilungen standardisiert werden. Die am Gesamtprozess beteiligten Einheiten wie Arzt, Pflege, Labor, Kodierer, EDV und Patientenverwaltung sollen einen möglichst geringen administrativen Aufwand haben. Synergieeffekte ergeben sich vor allem durch die Standardisierung im gesamten Spital.

### Gegenwart

Wenig präzise formulierte Diagnosen, oder die unvollständige Auflistung von Diagnosen in den zusammenfassenden Berichten wie zum Beispiel dem Austrittsbericht führen nicht nur durch das Suchen in den Rohdaten zu einem erhöhten Aufwand in der Kodierung, sondern sind auch Ursache für das nicht Finden wichtiger kodierrelevanter Informationen. Als Ergebnis werden DRGs mit Ertragseinbussen generiert.

Besondere Aufmerksamkeit gilt deshalb der korrekten und vollständigen Dokumentation. Potentielle Schwachstellen in den unterschiedlichen Ebenen des Dokumentationsablaufes (Krankengeschichte, Berichtswesen, Kodierung) müssen im Vorfeld erkannt und minimiert werden. Denn das Endergebnis – die DRG – kann immer nur so gut (sachlich korrekt) sein, wie die Ausgangsdaten (Krankengeschichte und zusammenfassende Berichte) dies auch hergeben. Das heisst, die Qualität fängt immer bei der Dokumentation an!

Jede Krankengeschichte enthält eine Fülle von medizinischen, technischen und administrativen Informationen in unterschiedlich aufbereiteter Form. Zu nennen sind die Pflegedokumentation (Kardex) und die vielen unterschiedlichen Formulare für den pflegerischen und ärztlichen Bereich. Diese Dokumente stellen die Rohdaten der Krankengeschichte dar. Hinzu kommen die für den Kodierer so wichtigen Austrittsberichte, OP-Berichte, Verlaufsprotokolle und Befunde. Sie stellen zusammenfassende Dokumente dar. Häufig enthalten diese Dokumente nicht alle Informationen, welche die Kodierkraft zum Abgreifen der Daten (ICD und CHOP) benötigt. Ein Nachschlagen und

Suchen in den Rohdaten (Krankengeschichte) ist deshalb oftmals erforderlich.

### **Anforderungen an die medizinische Dokumentation des Arztes**

Auch die nicht elektronisch geführten Teile der Krankengeschichte müssen für Dritte gut leserlich ausgefüllt werden. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle müssen für Dritte erkennbar sein. Die verwendeten Formulare sollten auf ein Mindestquantum reduziert werden. Der Aufbau der Krankengeschichte sollte mittels eines einheitlichen Inhaltsverzeichnisses standardisiert werden, welches für alle Kliniken des Spitals gilt. Jeder Spitalaufenthalt sollte in einer Akte abgelegt werden. DRGs beziehen sich immer nur auf einen Spitalaufenthalt. So können Verwechslungen beim Abgreifen für die Kodierung vermieden werden. Zur Sicherheit können sämtliche Dokumente mit dem Patientenetikett beschriftet werden, welches zur Vermeidung von nicht zuordenbaren losen Blättern dient. Jedes Dokument sollte nur einfach in der „Akte“ enthalten sein. Mehrfachkopien führen zur Unübersichtlichkeit. Sämtliche Dokumente sollten in fest gebundener Form vorliegen, nur dann ist die Akte vor Informationsverlust geschützt.

#### **Anforderungen an die Ärzte**

- Kennt die Sprache der Klassifikationssysteme (ICD und CHOP)
- Besitzt Grundkenntnisse der Schweizer Kodierregeln
- Erstellt für interdisziplinäre Patienten interdisziplinäre Berichte

### **Anforderungen an die Ärzte**

Neben der klinischen Terminologie sollten die behandelnden Ärzte auch die Sprache der Klassifikationssysteme (ICD und CHOP) kennen. Nur so können sie Formulierungen wählen, welche der Kodierer in die korrespondierenden Codes umsetzen kann. Auch müssen Ärzte Grundkenntnisse in den schweizerischen Kodierregeln haben. Die Definitionen von Haupt- und Nebendiagnosen wie auch der Begriff des Ressourcenaufwandes müssen jedem Beteiligten klar sein. Bei interdisziplinären Patienten (Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes von verschiedenen Fachdisziplinen betreut werden) muss der Austrittsbericht des Arztes die Informationen aller beteiligten Fachdisziplinen enthalten.

### **Anforderungen an das medizinische Berichtswesen**

- Automatische Übernahme von administrativen Patientendaten
- Automatische Übernahme der Aufenthalts bezogenen Fallnummer
- Stark standardisierter Aufbau

### **Anforderungen an das medizinische Berichtswesen**

Berichte müssen in hoch standardisierter Form aber auch sehr patientenindividuell abgefasst werden. Eine grosse Erleichterung schafft die automatische Übernahme von administrativen Daten, sog. Stammdaten. Hierzu gehören u.a. Patientennamen, Geburtsdatum, Wohnort, Ein- und Austrittsdatum, Aufenthaltsdauer, Adressat (Hausarzt) und vor allem die aufenthaltsspezifische Fallnummer. Nur die Fallnummer ist die „Identifikation“ dieses Spitalaufenthaltes. Mit ihr lassen sich alle Informationen und Dokumente dieses Aufenthaltes zuordnen. Sie sollte auf keinem Dokument/Bericht fehlen.

### **Anforderungen an die Dokumentation (Krankenakte)**

- Für Dritte gut lesbar
- Minimierung der verwendeten Formulare
- Standardisierter Aufbau
- Klare Trennung mehrerer Aufenthalte
- Identifikation jedes Dokuments mittels Patientenetikett
- Nur Originale, keine zusätzlichen Kopien
- Fest gebundene Form

Der Austrittsbericht richtet sich an unterschiedliche Teilnehmerkreise. Vor allen war und ist er auch weiterhin für den weiterbehandelnden Arzt bestimmt. Aber er muss auch juristischen und damit haftungsrechtlichen Anforderungen genügen. Mit der Einführung der DRGs als Finanzierungsmittel der Spitäler hat der Austrittsbericht eine weitere fundamentale Bedeutung erlangt. Er sollte alles das enthalten, was den akutstationären Spitalaufenthalt unter Beachtung wichtiger Anforderungen der Kodierrichtlinien dokumentiert. Auch wichtige Informationen aus der Pflege wie Dekubitus, Harnwegsinfekt und Inkontinenz müssen mit in den Austrittsbericht aufgenommen werden. Der Kodierer sollte im Austrittsbericht Antworten zu folgenden Fragen finden:

Was ist die Hauptdiagnose? Gibt es Nebendiagnosen? Wenn ja, waren diese behandlungsbedürftig? Was ist die Haupttherapie? Gibt es weitere Therapien? Stehen die erwähnten Diagnosen mit den Therapien in einem logischen (kausalen) Zusammenhang? Werden anamnestische Diagnosen (Diagnosen, die bei diesem stationären Aufenthalt nicht behandelt wurden) klar erkennbar hiervon abgegrenzt?

Die chirurgischen Austrittsberichte betreffend sei folgendes angemerkt: Chirurgische Komplikationen werden von Chirurgen korrekterweise meistens mit in den Bericht aufgenommen. Anders ist es hingegen mit internistischen oder neurologischen Nebendiagnosen, welche den aktuellen Aufenthalt ebenfalls beeinflussen haben. Diese finden nur selten im Austrittsbericht des Chirurgen Berücksichtigung. Hier ist Schulungsbedarf gegeben, bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Kollegen erforderlich.

**Im Austrittsbericht bzw. internen Verlaufsprotokoll enthaltene Informationen**

- Angabe (Festlegung) der Hauptdiagnose (ICD)
- Nennung der Nebendiagnosen im Verlauf (ICD)
- Angabe der erfolgten Therapien (CHOP)
- Information zur weiteren Behandlungsbedürftigkeit (Ressourcenaufwand)
- Massnahmen vorwiegend aus dem Pflegebereich (Inkontinenz, Dekubitus, HWI, etc).
- Anamnestische Diagnosen (nicht Gegenstand des jetzigen Aufenthalts)

Auch unter Beachtung dieser Kriterien ist es möglich den Bericht kurz zu halten. Es gilt der Grundsatz „So viel wie nötig, aber so wenig wie möglich“. Wir haben im Folgenden einen Vorschlag für einen standardisierten Austrittsbericht in Tabellenform beigefügt. Er kann als Grundlage für alle Abteilungen verwendet und als Vorlage in der EDV hinterlegt werden. Die Struktur soll vor allem eine Hilfe für Assistenz- und Belegärzte sein. Damit kann auch bei wechselnden Ärzten eine gleich bleibende Qualität der Austrittsberichte erzielt werden.

Ablauf Berichtsstruktur	Hinweise
<b>Patientendaten</b>	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse, Aufenthaltsdauer, Fallnummer
<b>Hospitalisation</b>	▶ vom... ▶ bis...
<u>Beispiel:</u> Egon Mustermann, geb. 20.12.1976, Vordergasse 16, 5620 Bremgarten, Fall-Nr.: 1234567 Stationär vom: 23.04. bis 04.05.2007	
<b>Eintrittsgrund/Zuweisungsgrund</b> ▶ Beschreibung der Symptome ▶ Angabe Unfallhergang	Kurze Beschreibung des Geschehens warum der Patient ins Spital kommt. Gibt Hinweise zum Grund des Spitalaufenthaltes ▶ ist oft (nicht immer!) die Hauptdiagnose.
<b>Diagnosen</b> ▶ Hauptdiagnose  ▶ Nebendiagnosen (an erster Stelle Hauptdiagnose, ab der 2. Stelle die Nebendiagnosen)	▶ <u>Hauptdiagnose</u> ist jene Diagnose, welche den meisten Aufwand verursacht hat und den Hauptgrund der Behandlung darstellt ( <b>zum Zeitpunkt des Austritts</b> ). ▶ <u>Nebendiagnosen</u> möglichst vollständig, wesentlich vor allem jene, welche <b>Mehraufwand</b> in der Behandlung oder einen <b>längeren Aufenthalt</b> verursachen.

<u>Beispiel:</u> Hauptdiagnose: 1. Diarrhoe unklarer Genese Nebendiagnosen: 2. Arterielle Hypertonie, 3. Struma nodosa linksbetont Anamnest. Diagnosen: 4. St.n. Aortenklappenersatz 1983, 5. Coxarthrose links	
<b>Histologie</b>	Gibt präzise Hinweise zur Hauptdiagnose.
<b>Für Chirurgie</b> ⇒ Therapien und Nebentherapien	Beschreibung OP und kurze Zusammenfassung vom Verlauf.
<u>Beispiel:</u> 1. Nekroseexzision tief rechte Ferse am 04.02.06 2. Wundkonditionierung mit VAC-Pumpe vom 06.02. bis 15.02.06 3. Antibiotische Behandlung mit Augmentin vom 06.02. bis 15.02.06 4. Unterschenkelamputation rechts am 15.02.06 5. Wunddebridement und Fadenentfernung am 06.03.06	
<b>Für Medizin</b> ▶ Verlauf	Beschreibung der Haupt- und jeder Nebendiagnose: Ad 1. / ad 2. / ad 3.etc.
<b>Prozedere</b>	Weiteres geplantes Vorgehen.
<b>Medikation bei Austritt</b>	Name, (ggf. Wirkstoff), Dosierung

Viele Rubriken können elektronisch dargestellt und allenfalls vorformuliert werden.

### Die Quadratur des Kreises

Der Austrittsbericht stellt mit Sicherheit eine sehr hohe Anforderung an den spitalinternen Prozessablauf. Es müssen Informationen aus unterschiedlichen Disziplinen berücksichtigt werden. Ebenso dürfen besondere Massnahmen aus Diagnostik, Pflege und Therapie nicht fehlen. Für eine korrekte Rechnungsstellung (DRG) sollten die Ressourcen relevanten Informationen mit abgebildet werden. Der weiterbehandelnde Arzt möchte eine kurze klinikbezogene Information erhalten, während der Kodierer hingegen Informationen zum Ressourcenverbrauch benötigt. Dies alles kurz in einem zusammenfassenden Dokument zu integrieren klingt wie die Quadratur des Kreises.

Einen Königsweg gibt es sicherlich nicht. Hier muss jedes Spital und jeder Arzt unter Berücksichtigung des zurzeit Machbaren seinen eigenen Weg finden. Ein möglicher Weg wäre, dass man die Anforderungen an das zusammenfassende Dokument in zwei Versionen generiert. Die erste Version ist für den weiterbehandelnden Arzt bestimmt und berücksichtigt die auf ihn zugeschnittene klinische Information in kurzer Form. Dies wäre dann der Austrittsbericht für den externen Kunden Arzt. Für den internen Kunden Kodierer benötigt man dann eine zweite Version, die neben den klinischen, zusätzlich auch die Ressourcen verbrau-

chenden Informationen des Therapieverlaufes in chronologischer Abfolge enthält. Dies hätte zusätzlich den Vorteil, dass auch längere Aufenthaltsdauern nachvollziehbar dargelegt würden. Diese Berichtsform könnte zum Beispiel vom Assistenzarzt schon während des stationären Aufenthaltes als Ergebnis der Visiten kontinuierlich erstellt werden. Externer Austrittsbericht wie auch interner Verlaufsbericht sollten auf jedem Fall elektronisch abrufbar sein und sich klar erkennbar auf einen Aufenthalt beziehen.

#### Anforderungen an den finanzrelevanten Kodierprozess

- Sehr gut ausgebildete Kodierfachkräfte
- Gute Kodiersoft- und Hardware
- Elektronischer Zugriff auf elektronisch verfügbare Daten (Labor, Berichte)
- Zeitnahe Kodierung zur Qualitätsoptimierung

#### Anforderungen an den finanzrelevanten Kodierprozess

Der Kodierer sitzt meistens am Ende der Informationskette. Er kennt den Patienten nicht und muss nach Aktenlage entscheiden. Seine Tätigkeit kann also nur so gut sein wie die ihm zur Verfügung gestellten Informationen dies auch hergeben. Entscheidend ist hierbei, dass der Kodierer keinerlei Informationen selbst

generiert, sondern seine Tätigkeit, der Kodierprozess, lediglich das „Abgreifen“ von vorhandenen Informationen darstellt. Versteckte oder unleserliche Informationen in der Krankengeschichte sind für die Kodierung unbrauchbar, oftmals findet er diese erst gar nicht. Der Kodierprozess wird unnötig verlängert und manche kodierrelevante Information nicht gefunden. Der Ablauf wird verteuert und ist gleichzeitig mit einer Erlösminderung verbunden.

Der Kodierer benötigt für seine Arbeit professionelle Hard- und Software-Tools. Das Arbeiten an zwei Bildschirmen gleichzeitig kann hierbei sehr effizient eingesetzt werden. Eine ausgereifte Kodiersoftware mit Einbindung eines für die Schweiz zertifizierten Groupers ist unumgänglich. Patientensuche nach Fallnummer, Name, Geburtsdatum und Aufenthaltsdatum und Fachabteilung sollten ebenso möglich sein, wie das Erstellen von Listen für noch zu kodierende Fälle. Je mehr Informationen elektronisch zur Verfügung stehen, umso schneller, leichter und vor allem korrekter wird die Kodiertätigkeit und somit die Rechnungstellung. Labordaten wie auch zusammenfassende Dokumente (Befunde, OP-Berichte, Konsile, Austrittsberichte) sollten elektronisch zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Die Kodierkräfte sollten entsprechend den H+ Ausbildungsprogrammen eine fundierte Kodierausbildung erhalten haben. Externe Weiterbildungen und stetiger Informationsaustausch mit Kodierern anderer Häuser kann sehr empfohlen werden.

Die Effizienz des gesamten Dokumentations- und Kodierprozesses steigt mit der zeitnahen Kodierung. Nur bei einer zeitnahen Kodierung – wir empfehlen fünf bis maximal sieben Werktage nach Entlassung des Patienten – ist bei Rückfragen das Erinnerungsvermögen der Prozessbeteiligten (Arzt, Pflege, Sozialdienst etc.) noch gut abgreifbar. Schwachstellen in der Dokumentation können erkannt und verbessert werden. Überprüfungen der Aufenthaltsdauer können mit dem Ziel der Verbesserung klinikinterner Abläufe kontinuierlich erfolgen. Nur der kodierte Fall ermöglicht ein DRG-Berichtswesen als Führungs- und Steuerungsinstrument klinischer Leistungen. Nur die zeitnahe Kodierung ermöglicht

Qualität messbar zu machen, und die Prozesse stetig an den Messergebnissen zu verbessern.

Die Kodierung sollte einen hohen Stellenwert im „Unternehmen Spital“ haben. Schliesslich generieren die Kodierer die DRGs, den Case-Mix (CM) und den Case-Mix-Index (CMI), welche für die Kostenträger (Versicherer und Kantone) die grundlegende Basis für Budgetverhandlungen und Erlöse darstellen. Um störungsfreies Kodieren zu ermöglichen, sollten deshalb entsprechende Räumlichkeiten geschaffen werden. Eine räumliche Abgrenzung sowie bei Mehrfachfunktionen (Arzt und Kodierer) eine fachliche Distanzierung von parallelen Tätigkeiten wirken hier sehr unterstützend.

### **Umsetzung**

Für eine Umsetzung sind sowohl Spitalleitung als auch die Chefärzte gefordert, die Prozesse von der Dokumentation bis zur Kodierung top-down zu managen und sie gemeinsam mit allen Prozessbeteiligten bottom-up im Spital zu implementieren.

## **MALK MEDIZIN CONTROLLING AG**

### **Rolf Malk, Geschäftsführer**

(u.a. Herausgeber von „DRG-Handbuch Schweiz“ und div. Publikationen)

**Dr. med. Gerhard Daum**, Arzt und Medizincontroller in der Schweiz

Alpenblickstrasse 20  
8853 Lachen SZ  
Tel. 055 412 25 16  
Fax 055 412 25 64  
malk@medizincontrolling.ch  
www.medizincontrolling.ch