

SAZ Schweizerische Ärztezeitung BMS Bollettino dei medici svizzeri Bulletin des médecins suisses

Sonderdruck

Von der medizinischen Dokumentation zur DRG-Abrechnung

Rolf Malk, Gerhard Daum

Offizielles Organ der FMH und der FMH Services www.saez.ch
Organe officiel de la FMH et de FMaH Services www.bullmed.ch
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Editores Medicorum Helveticorum

Von der medizinischen Dokumentation zur DRG-Abrechnung

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 wichtigsten Dokumente wie Austritts- und OP-Berichte, Konsile und Befunde. Sie stellen zusammenfassende Dokumente für die Kodierung und somit Abrechnung über APDRG dar. Idealerweise können diese von den Kodierkräften zum Abgreifen der ICD- und CHOP-Kodes für die Kodierung herangezogen werden. Nur in seltenen Fällen sollte ein Nachschlagen in der kompletten Krankengeschichte erforderlich sein. Als Ergebnis kann eine richtige DRG kodiert und eine korrekte Rechnung gestellt werden. Als Ziel darf neben einer korrekten Kodierung aufgrund präziser medizinischer Dokumentation die administrative Entlastung der ärztlichen Leistungserbringer durchaus oberste Prämisse sein.

Rolf Malk^a, Gerhard Daum^b

- a Geschäftsführer,
Malk Medizin Controlling AG
b Dr. med., Arzt und Medizin-
controller in der Schweiz

Korrespondenz:
Rolf Malk
Malk Medizin Controlling AG
Alpenblickstrasse 20
CH-8853 Lachen SZ
Tel. 055 412 25 16
Fax 055 412 25 64
malk@medizincontrolling.ch
www.medincontrolling.ch

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 leistungsorientierten pauschalisierten Abrechnung mit SWISS-DRGs (zur Zeit noch APDRGs) zu einer möglichen Transparenz im Spitalsektor als Voraussetzung, um in diesem Markt steuernd einzugreifen. Transparenz entsteht einerseits durch die uns bereits bekannte Anwendung der Klassifikationssysteme ICD und CHOP und der vorwiegend administrativen Patientendaten wie Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Austrittsart. Andererseits beinhalten die DRGs

neue Kennzahlen wie Kostengewichte, Case-Mix, Case-Mix-Index, untere, mittlere und obere Aufenthaltsdauer (LTP, ALOS, HTP), die zu einer weiteren Transparenz im Leistungsgeschehen führen. 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. Beim «Kodierer» kann es sich sowohl um den kodierenden Arzt als auch um einen eigens eingestellten Kodierer handeln.

Vision

Mit Hilfe von ausgereiften Softwaretools soll die Papierdokumentation in eine überwiegend

«elektronische» Krankengeschichte (KIS/SIS) überführt werden, die allen Anforderungen einer modernen und zukunftsorientierten Datenaufbereitung gerecht wird. Somit kann eine Vereinheitlichung der medizinischen Dokumentation und vor allem eine Erleichterung der dokumentierenden und behandelnden Ärzteschaft in «greifbare Nähe» rücken. Neben der erforderlichen Ausrüstung (Hard- und Software) ist für die Umsetzung auch eine entsprechende Schulung aller Prozessbeteiligten (Arzt, Pflege, Kodierkraft) erforderlich.

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

Gegenwart

Aus Sicht «Kodierung und somit Fakturierung» führen wenig präzise formulierte Diagnosen oder zum Teil unvollständige Auflistungen von Diagnosen in den zusammenfassenden Berichten (wie zum Beispiel dem Austrittsbericht) durch das Suchen in den Rohdaten zu einem erhöhten Aufwand in der Kodierung. Zusätzlich sind sie auch Ursache für das «Nichtfinden» wichtiger kodierrelevanter Informationen. Als Ergebnis können DRGs mit Ertragseinbussen generiert werden.

Besondere Aufmerksamkeit gilt deshalb der korrekten, vollständigen und für die Kodierung vor allem «leichtverständlichen» 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 der Kodierung (und damit Fakturierung) fängt immer bei der Dokumentation an!

Jede Krankengeschichte enthält eine Fülle von medizinischen und administrativen Informationen in unterschiedlich aufbereiteter Form und aus unterschiedlichen Gründen (Informationen nachbehandelnder Institutionen, Archivierung, juristische Absicherung – und neu eben Kodierung und Fakturierung). Zu nennen sind die Pflegedokumentation (Kardex) und die vie-

De la documentation médicale à la facturation DRG

Les documents du médecin traitant et des soins infirmiers servant de base à la facturation, et donc au financement par le système DRG, doivent être de haute qualité. Chaque dossier contient une foule d'informations médicales et administratives présentées sous différentes formes. Mentionnons les données brutes provenant du cardex, les formulaires et les préimprimés mais aussi les rapports d'opération et d'examen spécialisés ainsi que les lettres de sortie d'hôpital qui sont des documents récapitulatifs de première importance pour la codification et la facturation par les groupes APDRG, desquels on obtient les codes CIM et CHOP. La possibilité de consulter le dossier médical complet ne devrait être requise que dans de rares cas. On parviendra ainsi à codifier le groupe DRG correct et à établir une facturation tout aussi correcte. Outre le fait de pouvoir établir une codification correcte sur la base de documents médicaux établis avec précision, on atteindra un autre objectif important, celui d'alléger les tâches administratives des fournisseurs de prestations médicales.

len unterschiedlichen Formulare für den ärztlichen und pflegerischen 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, die 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

Auch die nichtelektronisch geführten Teile der Krankengeschichte müssen für Dritte gut lesbar ausgefüllt werden. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle müssen für Dritte erkennbar sein. Die verwendeten Formulare sollten (auch

im Sinne einer Verhinderung von «zuviel» Dokumentation für den Leistungserbringer) auf ein Mindestquantum reduziert werden. Der Aufbau der gesamten Krankengeschichte sollte mittels eines klinikspezifischen und einheitlichen Inhaltsverzeichnisses standardisiert werden. Jeder Spitalaufenthalt sollte in einer Akte abgelegt werden bzw. durch Trennblätter klar abgegrenzt sein. Denn DRGs beziehen sich immer nur auf einen einzigen Spitalaufenthalt. So können Verwechslungen beim Abgreifen für die Kodierung vermieden werden. Zur Sicherheit können sämtliche Dokumente mit dem Patientenetikett beschriftet werden. Dies führt zur Vermeidung von nicht zuordenbaren losen Blättern. 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 Dokumentation (Krankenakte)

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

Anforderungen an die Ärzte

Neben der klinischen Terminologie sollten die behandelnden Ärzte (ganz gleich, ob sie «kodierende Ärzte» oder «nichtkodierende Ärzte» sind) auch die Terminologie der wichtigsten Diagnose- und Therapiekodes (ICD und CHOP) kennen. Nur so können sie selbst später oder die Kodierer die entsprechenden Codes abgreifen. 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. Als federführendes Beispiel sei hier erwähnt, dass gemäss aktuell geltendem Regelwerk die medizinische Hauptdiagnose nicht immer die zu kodierende Hauptdiagnose darstellt (gemäss Regelwerk ist die Diagnose die Hauptdiagnose, die den grössten Aufwand während des Spitalaufenthaltes generierte und am Ende des Spitalaufenthaltes feststeht).

Anforderungen an die Ärzte

- Kennt die Terminologie der wichtigsten Codes (ICD und CHOP)
- Besitzt Grundkenntnisse der Schweizer Kodierregeln
- Erstellt für interdisziplinäre Patienten interdisziplinäre Berichte

Anforderungen an das medizinische Berichtswesen

Berichte müssen in hochstandardisierter Form, aber auch sehr patientenindividuell abgefasst werden. Dies wurde bis anhin schweizweit so gehandhabt. Neu ist hier die «Nuance», dass die Sichtweise um die «Kodierungs- und Fakturierungstauglichkeit» erweitert wird. Eine grosse Erleichterung schafft die automatische Übernahme von administrativen Daten. 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 das medizinische Berichtswesen

- Automatische Übernahme administrativer Patientendaten
- Automatische Übernahme der aufenthaltsbezogenen Fallnummer
- Stark standardisierter Aufbau

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 all das enthalten, was den akutstationären Spitalaufenthalt unter Beachtung wichtiger Anforderungen der Kodierrichtlinien dokumentiert. Auch wichtige Informationen aus der Pflege wie Dekubitus, Harnwegsinfekt und Inkontinenz sollten im Austrittsbericht enthalten sein. Eine qualitativ hochwertige Kodierung ist dann möglich, wenn der Austrittsbericht Antworten auf folgende Fragen gibt: Was ist die Hauptdiagnose? Gibt es Nebendiagnosen? Wenn ja, waren diese behandlungsbedürftig? Was ist die Haupttherapie? Gibt es weitere Therapien? Werden anamnesti-

sche Diagnosen (Diagnosen, die bei diesem stationären Aufenthalt nicht behandelt wurden) klar erkennbar hiervon abgegrenzt?

Im Austrittsbericht bzw. internen Verlaufsprotokoll enthaltene Informationen

- Angabe (Festlegung) der Hauptdiagnose (ICD)
- Nennung der Nebendiagnosen im Verlauf (ICD)
- Angabe der erfolgten Therapien (CHOP)
- Massnahmen auch aus dem Pflegebereich (Inkontinenz, Dekubitus, HWI usw.)
- Anamnestische Diagnosen (nicht Gegenstand des jetzigen Aufenthalts) klar 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 auf Normal- und Intensivstationen. Auch diese beeinflussen den aktuellen Aufenthalt (meist kostenintensive Behandlungen) und finden nur selten im Austrittsbericht des Chirurgen Berücksichtigung. Hier ist interdisziplinäre Kommunikation unter den Kollegen sinnvoll und auch erforderlich.

Auch unter Beachtung dieser Kriterien ist es möglich, den Bericht kurz zu halten. Es gilt der Grundsatz «Soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich». Es kann durch die Erweiterung der Sichtweisen (Kodierung, Fakturierung über Diagnosen und Therapien) nicht sein, dass die Leistungserbringer mit mehr Dokumentationsaufwand belastet werden, sondern maximal mit einer präziseren, auch auf eine Finanzierung ausgerichteten Formulierung. Wir haben im Folgenden einen Vorschlag für einen standardisierten Austrittsbericht in Tabellenform beigefügt, der bereits in mehreren Spitälern praxiserprobt wurde. Dieses Muster in Tabellenform wurde mit Chef- und Leitenden Ärzten gemeinsam entwickelt. Er kann als Grundlage für alle Abteilungen verwendet und als Vorlage in der EDV hinterlegt werden. Die Struktur soll vor allem eine Hilfe und durch die Standardisierung eine wesentliche Entlastung für Assistenz- und Belegärzte sein. Damit kann auch bei wechselnden Ärzten eine gleichbleibende Qualität der Austrittsberichte erzielt werden.

Die Quadratur des Kreises

Der Austrittsbericht stellt mit Sicherheit hohe Anforderungen an den spitalinternen Prozess-

ablauf. 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 ressourcenrelevanten 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.

Lösungswege

Einen Königsweg gibt es sicherlich nicht. Hier muss jedes Spital unter Berücksichtigung des zur Zeit Machbaren seinen eigenen Weg finden. Manche Spitäler generieren zwei Dokumente mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Das eine Dokument 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. Das andere Dokument ist für die behandelnden Ärzte der verschiedenen Disziplinen, die Pflege und auch für die Kodierkräfte bestimmt. Es enthält die klinischen Informationen des Therapieverlaufes in chronologischer Abfolge. Dieser Verlaufsbericht wird vom Assistenzarzt schon während des stationären Aufenthaltes als Ergebnis der Visiten kontinuierlich erstellt und dient zur Schnellinformation für Arzt und Pflege.

Es muss allerdings klar sein, dass die beiden Dokumente nicht unterschiedlich in den Aussagen sein sollen, sondern der Austrittsbericht hier lediglich eine Zusammenfassung des Verlaufsberichtes darstellt. Dies hat zusätzlich den Vorteil, dass auch längere Aufenthaltsdauern nachvollziehbar dargelegt werden können. Externer Austrittsbericht wie auch interner Verlaufsbericht sollten auf jeden Fall elektronisch abrufbar sein und sich klar erkennbar auf einen Aufenthalt beziehen.

In der Anfangsphase, also bis zur vollständigen Einführung einer elektronischen Krankenakte, ist dies sicher ein «gehbarere» Weg. Wir praktizieren ihn in unserem Spital mit grossem Erfolg.

Organisationsvarianten der Kodierung

Es gibt drei mögliche Varianten, eine Kodierung im Spital zu organisieren:

Variante 1

Der Kodierende ist der behandelnde Arzt selbst.

Hierbei besteht der Vorteil, dass die Krankengeschichte dem «kodierenden Arzt» bekannt ist und er auf sein Wissen über seinen Patienten zurückgreifen kann. Der Nachteil bei dieser Variante ist, dass der behandelnde Arzt vertieft über alle relevanten Kodierregeln verfügen muss und seine eigentliche Dienstleistung, die Behandlung des Patienten, verlassen muss. Zudem ist der behandelnde Arzt als Kodierer mit z.T. massiven administrativen Tätigkeiten belastet.

Variante 2

Der Kodierende ist eine professionell ausgebildete Arbeitskraft mit der Grundausbildung Arzt, Fachkrankenpfleger Operationsabteilung oder/und Anästhesie oder diplomierte Pflege-

kraft mit ausgeprägtem diagnostischem und therapeutischem Wissen. Zusätzlich verfügt er über den neuen Schweizer Nachdiplomkurs «eidg. dipl. Kodierer» oder «medizinischer Dokumentar» (aus Deutschland, jedoch «helvetisierte Weiterbildungen»). Hier ist der Vorteil, dass diese Arbeitskraft professionell in der Kodierung ausgebildet und tätig ist. Der Nachteil liegt auf der Hand. Er kennt den Patienten nicht «aus erster Hand», ist auf eine gute Dokumentation und Kommunikation angewiesen und hat allenfalls ein breitgefächertes Wissen, das fachlich «in der Tiefe» dem behandelnden Facharzt unterlegen ist. Eindeutig ist hier als Fazit zu nennen, dass diese Variante den behandelnden Arzt massiv von administrativen Tätigkeiten entlastet und der Professionalität in der Kodierung

Tabelle 1
Ablauf Berichtsstruktur und Hinweise.

Ablauf Berichtsstruktur	Hinweise
<i>Patientendaten</i>	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse, Aufenthaltsdauer, Fallnummer
<i>Hospitalisation</i>	vom ... bis ...
<i>Beispiel:</i> Egon Mustermann, geb. 20.12.1976, Vordergasse 16, 5620 Bremgarten, Fall-Nr.: 1234567 Stationär vom: 23.4. bis 4.5.2007.	
<i>Eintrittsgrund/Zuweisungsgrund</i>	
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
<i>Diagnosen (an erster Stelle Hauptdiagnose, ab der 2. Stelle die Nebendiagnosen)</i>	
Hauptdiagnose	<u>Hauptdiagnose</u> ist jene Diagnose, die den meisten Aufwand verursacht hat und den Hauptgrund der Behandlung darstellt (zum Zeitpunkt des Austritts)
Nebendiagnosen	<u>Nebendiagnosen</u> sind Diagnosen, die Mehraufwand in der Behandlung oder einen längeren Aufenthalt verursachen
<i>Beispiel:</i> Hauptdiagnose: 1. Diarrhoe unklarer Genese Nebendiagnosen: 2. Arterielle Hypertonie, 3. Struma nodosa linksbetont Anamnest. Diagnosen: 4. St. n. Aortenklappenersatz 1983, 5. Coxarthrose links	
<i>Histologie</i>	Gibt präzise Hinweise zur Hauptdiagnose
<i>Für Chirurgie</i>	
Therapien und Nebentherapien	Beschreibung OP und kurze Zusammenfassung des Verlaufs
<i>Beispiel:</i> 1. Nekroseexzision tief rechte Ferse am 4.2.2006 2. Wundkonditionierung mit VAC-Pumpe vom 6.2. bis 15.2.2006 3. Antibiotische Behandlung mit Augmentin vom 6.2. bis 15.2.2006 4. Unterschenkelamputation rechts am 15.2.2006 5. Wunddébridement und Fadenentfernung am 6.3.2006	
<i>Für Medizin</i>	
Verlauf	Beschreibung der Haupt- und jeder Nebendiagnose: ad 1. / ad 2. / ad 3. usw.
Prozedere	Weiteres geplantes Vorgehen
Medikation bei Austritt	Name (ggf. Wirkstoff), Dosierung
<i>Viele Rubriken können elektronisch dargestellt und allenfalls vorformuliert werden.</i>	

(durch eine hauptamtliche Tätigkeit von ausgebildeten Kodierern) den Weg ebnet.

Variante 3

Diese Variante besteht aus einer Kombination der Varianten 1 und 2. Hierbei kodieren die Ärzte selbst, und der Kodierer arbeitet als «Kodier-Controller», indem er die kodierten Fälle der behandelnden Ärzte mit den vorhandenen und gültigen Kodierrichtlinien abgleicht, allenfalls Korrekturen im Sinne der Regeln in Absprache mit dem Arzt vornimmt. Zusätzlich gibt er die kodierten Daten in den Grouper und ins Administrativsystem ein und plausibilisiert den Fall. Der Vorteil ist bei dieser Variante, dass eine «doppelte Sicherheit» in der Kodierung entstehen kann und eine vertiefte Kommunikation zwischen ärztlichem Dienst und Administration (Kodierung) stattfindet. Der Nachteil liegt in der «Gewaltentrennung» auf zwei Abteilungen (Arzt und Kodierer), die sehr grossen administrativen Aufwand generiert und gegenüber den Varianten 1 und 2 mit Abstand am teuersten zu sein scheint.

Grundsätzlich kann man nur nach den vorhandenen Strukturen des jeweiligen Spitals die eine oder andere Variante empfehlen. Gemäss unserer Erfahrung ist die Variante 2 die am meisten verbreitete in den Schweizer Spitalern. Diese Variante wird mit grossem Erfolg auch in unserem Spital unter der Leitung eines Arztes als Medizincontroller eingesetzt.

Anforderungen an den finanzrelevanten Kodierprozess

Der Kodierer (in diesem Falle gehen wir von der schweizweit am meisten angewandten Variante 2 aus) sitzt meistens am Ende der Informationskette. Er kennt den Patienten (wie oben beschrieben) nicht und muss nach Aktenlage entscheiden, weil er den Patienten nicht selbst behandelt hat. 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 der Kodierende diese erst gar nicht. Der Kodierprozess wird unnötig verlängert, und kodierrelevante Informationen werden nicht gefunden. Der Kodieraufwand wird verteuert. Gleichzeitig ist der klinische Aufenthalt oftmals in der Folge mit einer Erlösminderung verbunden.

Anforderungen an den finanzrelevanten Kodierprozess

- Gut ausgebildete Kodierfachkräfte
- Gute Kodiersoft- und -hardware
- Elektronischer Zugriff auf elektronisch verfügbare Daten (Berichte, Befunde, Labor usw.)
- Zeitnahe Kodierung zur Qualitätsoptimierung

Der Kodierer benötigt für seine Arbeit professionelle Hard- und Softwaretools. 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, Aufenthaltsdatum und Fachabteilung sollte ebenso möglich sein wie das Erstellen von Listen für noch zu kodierende Fälle. Je mehr Informationen elektronisch zur Verfügung stehen, um so schneller, leichter und vor allem korrekter wird die Kodiertätigkeit und somit die Rechnungsstellung. Labordaten wie auch zusammenfassende Dokumente (Befunde, OP-Berichte, Konsile, Austrittsberichte) sollten elektronisch zeitnah zur Verfügung stehen.

Die Effizienz des gesamten Dokumentations- und Kodierprozesses steigt mit der zeitnahen Kodierung. Nur bei einer zeitnahen Kodierung ist bei Rückfragen das Erinnerungsvermögen der Prozessbeteiligten (Arzt, Pflege, Sozialdienst usw.) noch gut abgreifbar. Schwachstellen in der Dokumentation können leichter erkannt und verbessert werden. Überprüfungen der Aufenthaltsdauer können mit dem Ziel der Verbesserung klinikinterner Abläufe kontinuierlich – zum Beispiel in Form des Peer-Review-Verfahrens – 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.

Nur die professionelle Organisation der Kodierung entlastet den ärztlichen Leistungserbringer von «lästigen» administrativen Tätigkeiten.

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) sowie die Faktura über APDRG, die für die Kostenträger (Versicherer und Kantone) die grundlegende Basis für Budgetverhandlungen und Erlöse darstellen.