

Arbeitsorganisation im Krankenhaus

Dokumentationsmanagement neu
organisiert

Dr. med. Jochen Haack

Kliniken des Main-Taunus-Kreises Bad Soden

- Brennpunkt Krankenhaus: warum sind Ärzte unzufrieden ?
- Brennpunkt DRG: warum Ärzte noch unzufriedener werden
- Umstrukturierung als Lösungsoption: das Modell an den Kliniken des Main-Taunus-Kreises
- Synergien nutzen - Risiken minimieren:
“... zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Berater oder Medizincontroller...”
- gesundheitspolitische Bedeutung

Arbeitsabläufe im Krankenhaus

Krankenhausstatistik: 1990 vs. 2000

Verweildauer - 30.8 %; Fallzahl + 18 %

ärztliches Personal + 14 %

Patienten pro Arzt: 1990: 150 ; 2000: 150

Anforderung Dokumentation / Qualitätssicherung ist geradezu explodiert

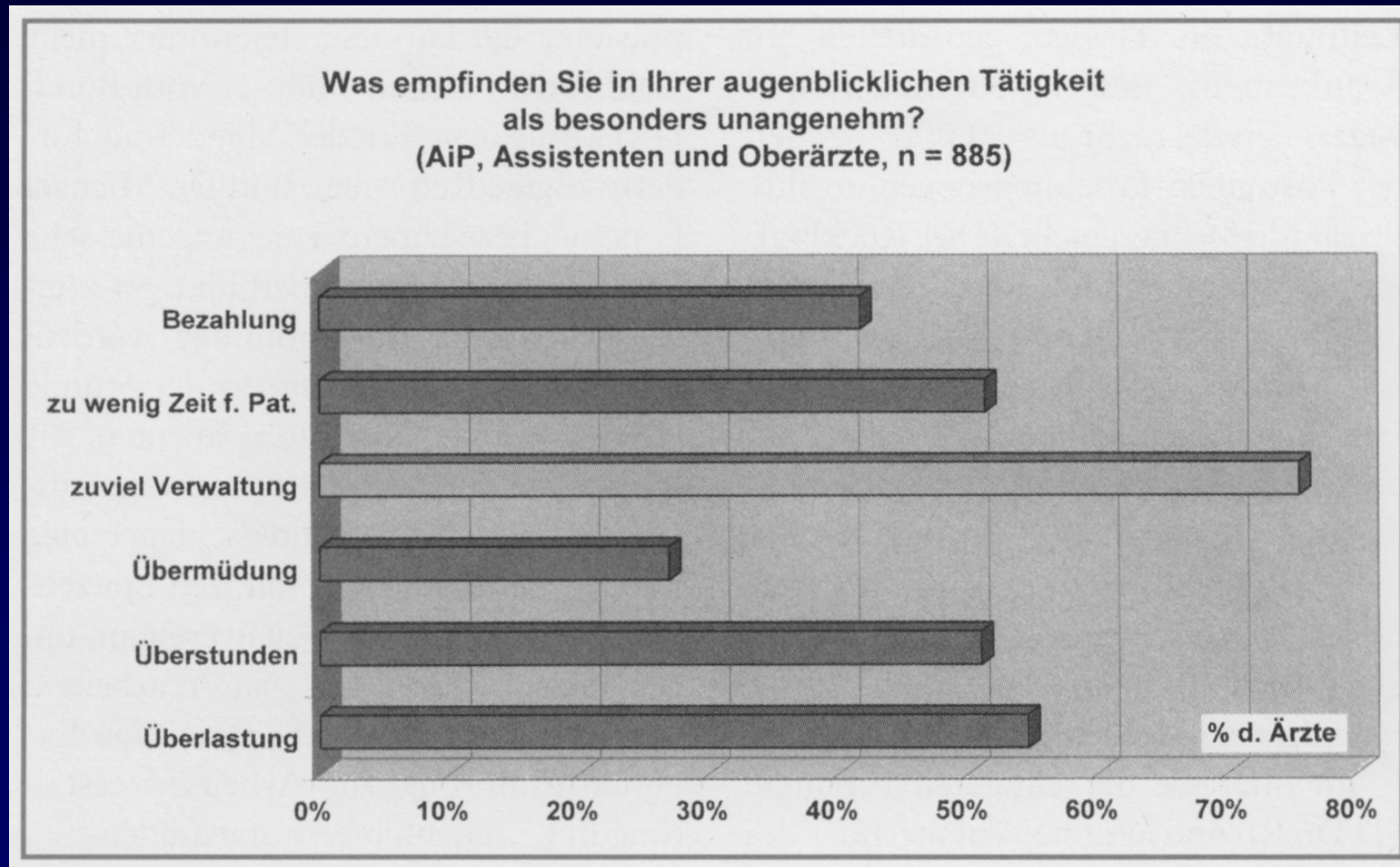
Datenmanagement ist dabei unverändert

EDV-Investitionen der Krankenhäuser etwa 0.5 % pro Jahr gegenüber 3 % des gesamten Dienstleistungssektors

Warum Ärzte unzufrieden sind Ergebnisse erfolgter Untersuchungen

1. übermäßige Verwaltungsarbeit
2. fehlende Einhaltung bestehender
Arbeitszeitregelungen
3. zunehmend schlechtere Qualität der
Facharztausbildung

Umfrage der Landesärztekammer Hessen 2001



Ärztlicher Dokumentationsaufwand im Krankenhaus

Studie des deutschen Krankenhausinstitutes
(DKI):

Chirurgie: 2:42 Stunden tgl.

Innere Medizin: 3:15 Stunden tgl.

früher: eine Diagnose an Kostenträger

heute: alle Diagnosen und Prozeduren nach den
aktuellen Katalogen kodiert entsprechend den
DKR

Schwerpunktaktion hessisches Sozialministerium

- Ergebnisse -

- schlechte oder fehlende Dokumentation der ärztlichen Arbeitszeit
- deutlich zu hohe Arbeitszeitbelastung bei der täglichen Arbeitszeit
- erhebliche Arbeitsverdichtung in den Bereitschaftsdiensten durch Aufgaben, die der Definition “Bereitschaftsdienst” nicht entsprechen

Umfrage Arbeitskreis “junge Ärzte” der Berliner Ärztekammer zur Facharztausbildung

- die Facharztarztausbildung kann überwiegend nicht in der vorgesehenen Zeit absolviert werden, weil
 - keine Rotationen innerhalb der Fachabteilung etabliert sind
 - der Facharzkatalog überbordet ist (operative Fächer)
 - strukturierte Weiterbildungspläne fehlen

Umfrage Arbeitskreis “junge Ärzte” der Berliner Ärztekammer zur Facharztausbildung

- Fortbildungen finden überwiegend fächerübergreifend und vor allem extern statt
- Förderung durch Anleitung und Fachgespräche sind die Ausnahme
 - ⇒ Facharztausbildung
 - ⇒ = Qualifikation eigener Fähigkeiten
 - ⇒ = Zentrale Aufgabe in der Schaffung einer langfristigen Berufsperspektive

Zusammenfassung

Das Konzept der Übertragung von
“Verwaltungsaufgaben” auf das ärztliche
Personal

- ist Ursache für die Unzufriedenheit und Arbeitsüberlastung der Krankenhausärzte
 - trägt zur Flucht junger Ärzte aus dem Krankenhaus bei
 - führt nicht zur gewünschten Ergebnisqualität
- ⇒ ist offensichtlich wenig zukunftsfähig

Brennpunkt DRG

Warum Ärzte noch unzufriedener werden
(könnten...)

Zukünftige Anforderungen und Entwicklungen

- Die vollständige, valide und zeitnahe (=MDK-sichere) Dokumentation ist die Grundlage der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser
- Ärztemangel: entstehender “Wettbewerb um den Arzt”
- EuGH-Urteil: “Verwaltungsarbeiten” demnächst als bezahlte Nachtarbeiten ?

Zukünftige Anforderungen und Entwicklungen

- Optimierung der Liegezeit als Folge der DRG
 - engere Verzahnung der Arbeitsabläufe
 - Abbau von Reibungsverlusten an den internen Schnittstellen (Ärzte-Pflege-Verwaltung)
 - Einführung strukturierter Behandlungsabläufe
 - neue Aufgaben für Ärzte ?

Zukünftige Anforderungen und Entwicklungen

- effektiver Einsatz der vorhandenen Kapazitäten: ein Arzt sollte nahezu vollständig ärztlich tätig sein
- erheblicher Ausbau der Qualitätssicherung (Vermeidung “blutiger Entlassungen”)
 - seit 2003 in Hessen: Qualitätssicherung für alle stationäre Patienten mit TIA/PRIND/Apoplex (Ischämie/Blutung)

Umstrukturierung als Lösungsoption

Das Modell an den Kliniken des Main-
Taunus-Kreises

Dr. .med. Jochen Haack

Ziele

- Ärzte (Pflegepersonal) entlasten
- Dokumentationsmanagement zukunftsfähig machen
- Transparenz über Arbeitsabläufe an den internen Schnittstellen schaffen
- funktionstüchtige Strukturen für ein Qualitätsmanagement etablieren
- Erlöse sichern

MDA-Projekt

Kliniken des Main-Taunus-Kreises

Projektkliniken:

Allgemeinchirurgie: 100 Betten

Innere/Kardiologie: 70 Betten

Innere/Pulmunologie: 60 Betten

Projektphase: 1.7.02 - 31.03.03

Kosten-Nutzen-Analyse durch differenzierte
Projektbewertung

Projektbewertung

- Kodierqualität anhand einer repräsentativen Stichprobe mit und ohne MDA-Unterstützung:
 - Hauptdiagnose richtig ? Nebendiagnose richtig ?
Prozeduren richtig ? Anzahl Diagnosen und Prozeduren vor und nach der Prüfung; Upcoding ja / nein ? Erlössumme vor und nach Prüfung
Kodierrichtlinien eingehalten ja / nein
- Veränderung des Case-Mix-Index / Case-Mix
- Kosten-Nutzen-Analyse

MDA-Projekt

Kliniken des Main-Taunus-Kreises

seit 1. Oktober vier MDA:

zwei mit regulärer MDA-Ausbildung,

zwei Krankenschwestern mit Studium
Pflegemanagement

je Fachabteilung eine Mitarbeiterin, eine
Mitarbeiterin in “Springerfunktion”

bereits in der zweiten Woche Einarbeitung am
abteilungsnahen Arbeitsplatz

MDA-Projekt

Kliniken des Main-Taunus-Kreises

Tätigkeitsprofil:

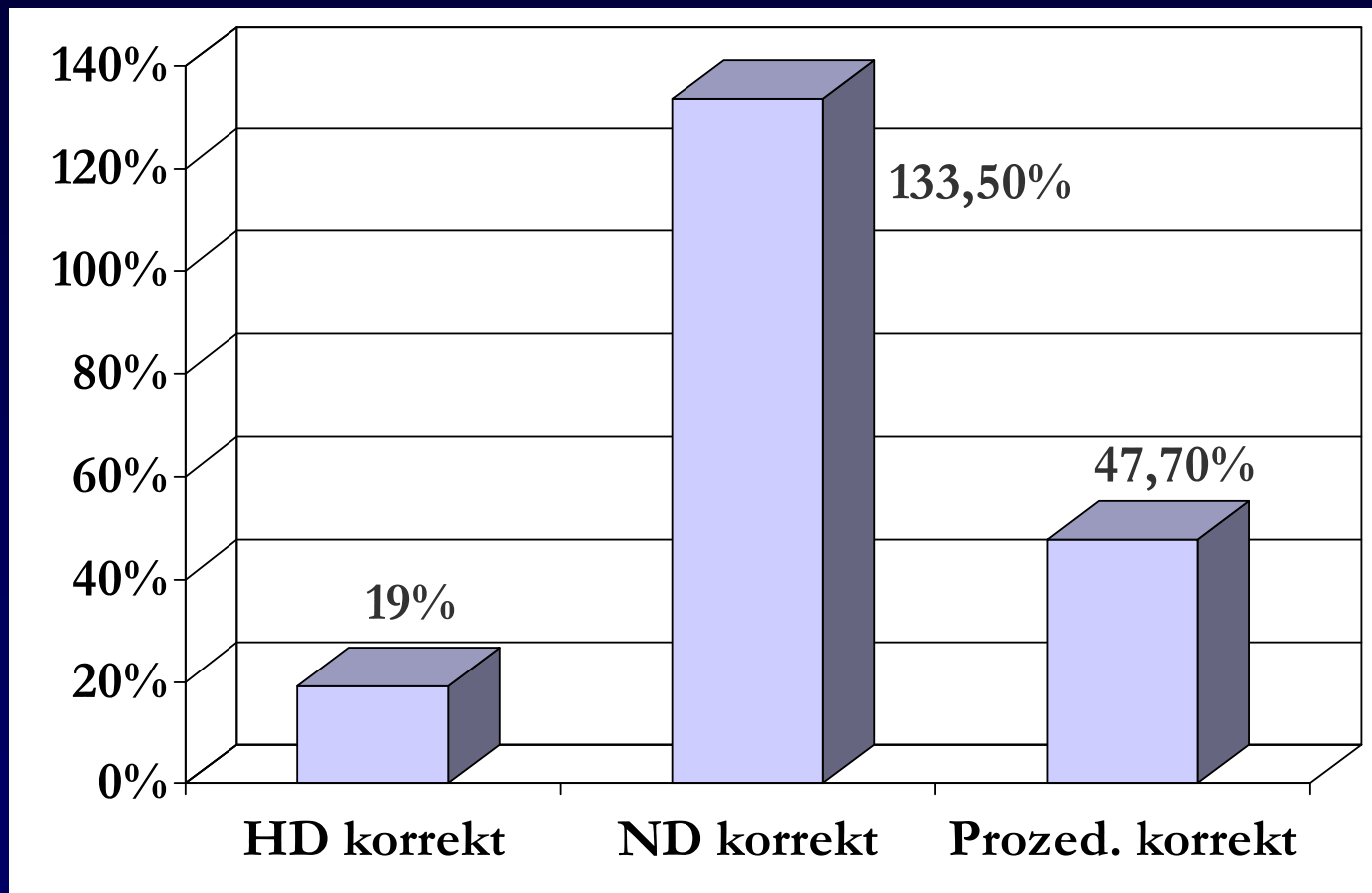
- zeitnahe Eingabe von Diagnose- und Prozedurenschlüsseln (aus der Krankenakte heraus)
- Plausibilitätsprüfung nach festgelegten Regeln unter Berücksichtigung der ärztlichen und pflegerischen Verlaufsdokumentation (strukturierte Fallabschlußprüfung)
- Bereitstellung valider Daten für das Berichtswesen des Medizin-Controlling
- Qualitätssicherung

Finanzierung

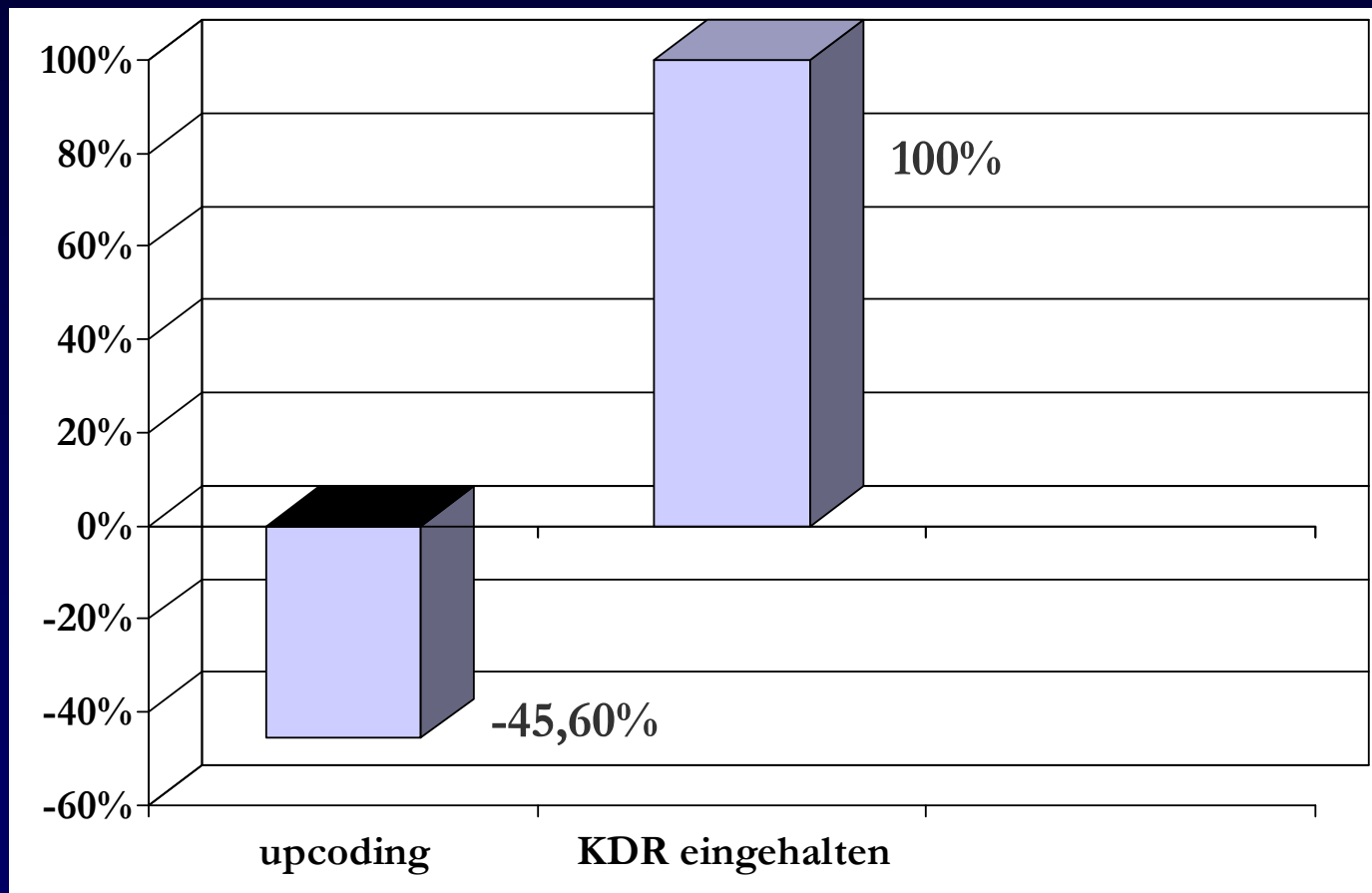
- Lohnvorteil einer MDA-Kraft gegenüber einer Arztstelle von ca. einem Drittel
- angenommene Erlössicherung durch verbesserte Kodierqualität
- Nutzung der 100-Mio.-Euro-Regelung

Aber: Kostendeckung ?

Vergleich ärztliche Kodierung vs. MDA-Kodierung

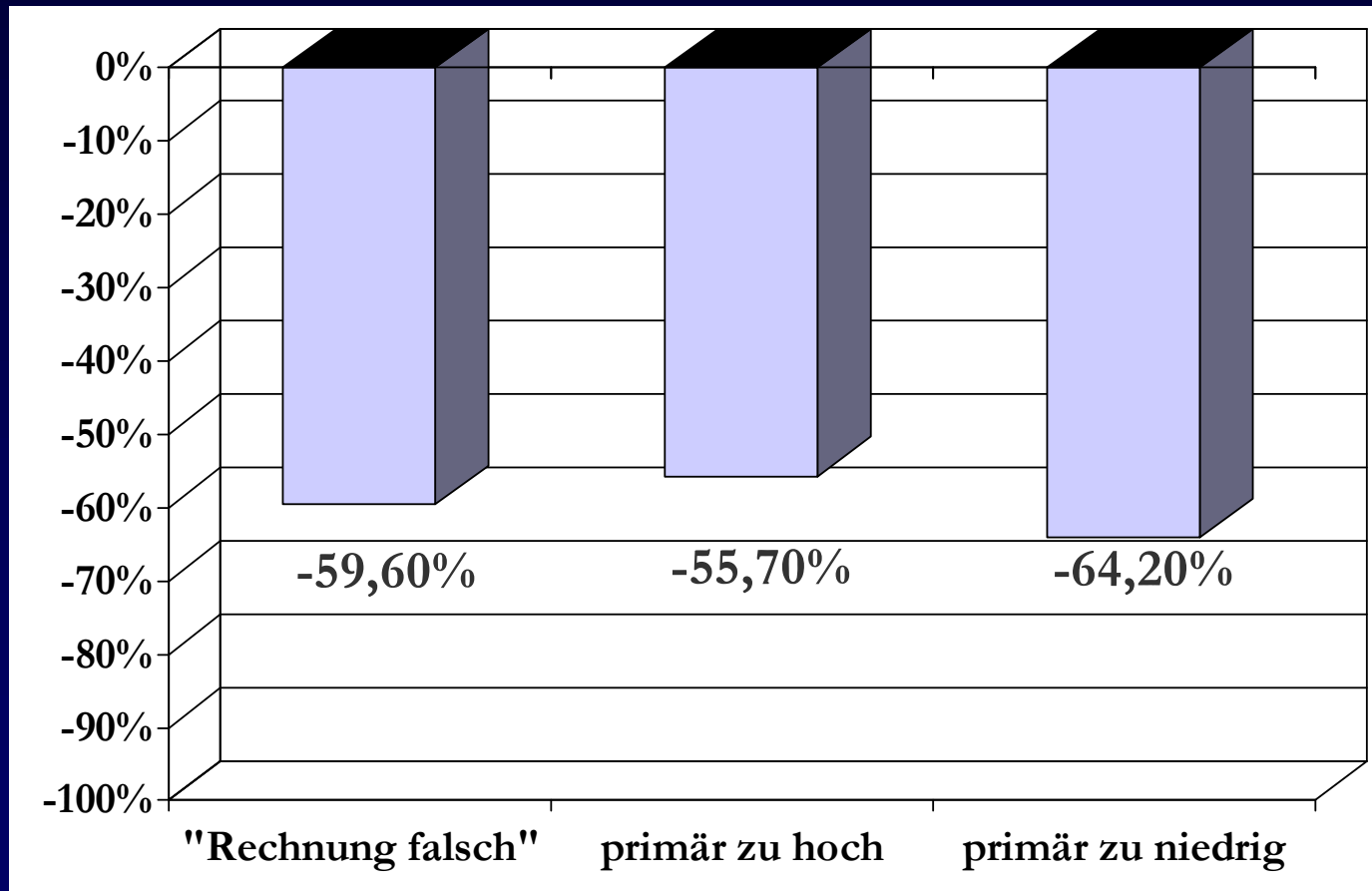


Vergleich ärztliche Kodierung vs. MDA-Kodierung



Dr. .med. Jochen Haack

Vergleich ärztliche Kodierung vs. MDA-Kodierung



Effekt auf Case-Mix-Index und Erlöse

Steigerung des Case-Mix-Index um 10 %

Bei angenommenem Basisfallpreis von 2500
Euro entspricht dies 250 Euro Erlössicherung
pro Fall durch MDA-Kodierung

Kosten-Nutzen-Analyse

- Lohnkosten ca. 180.000 Euro
 - EDV-/Raumumbaumaßnahmen ect. ca. 20.000 Euro
-

Investitionskosten jährlich ca. 200.000 Euro

Erlössicherung ca. 2.425.000 Euro

1 Euro Investition bedeutet 12 Euro
zusätzlich gesicherte Erlöse

Fazit

Klinische Kodierer kosten Geld,
keine kosten noch mehr Geld

... Zu Risiken und Nebenwirkungen ...

- ! ? Finanzierung : fehlende, sichere
Gegenfinanzierung vs. richtungsweisende
Zukunftsinvestition
- ! ? Ärzte: “Nie wieder kodieren !”
- ! ? Notwendige Umstrukturierungen heißt im
Einzelfall Trennung von
“Abteilungsgewohnheiten”
⇒ Widerstände

... fragen Sie Ihren Berater oder Medizincontroller .

- ! ? Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit
- ! ? Vorteil im “Wettbewerb um den Arzt”
- ! ? Entlastung des ärztlichen und
pflegerischen Personals
- ! ? Abbau von Informationsverlusten an den
Schnittstellen
- ! ? Optimale Vorbereitung auf DRG

gesundheitspolitische Bedeutung

- für die Weiterentwicklung des DRG-System
(Desaster Erstkalkulation)
- für neue Arbeitszeitmodelle
(Organisationsmodell)
- für die Attraktivität des Berufsbildes
Krankenhausarzt
- für die Patienten

