

# **Medizinische Dokumentation und Klassifikation – Stützen des Gesundheitswesens**

Dr. med. Bernhard Rochell

**BUNDESÄRZTEKAMMER**  
(Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern)

## **Dokumentation rechtfertigt das Handeln**

---

Mit Schreiben rechtfertige  
ich den Raum, den ich auf  
dem Planeten Erde einnehme.

John Updike

## **-Klassifikationen – Nomenklaturen – Thesauri**

---

OPS-301

ICD-10

UMDNS

ICF

MeSH

UMLS

## **Geschichte der ICD**

---



# Geschichtlicher Überblick (I)

---

18. Jhd. Lacroix, Linne, Cullen

- Nosologia methodica (1731) - erste systematische Einteilung von Krankheiten (10 Kapitel) durch Bossier de Lacroix (Sauvages) (1706 - 1777)
- Einteilung in akute / chronische / durch äussere Ursachen bewirkte Erkrankungen

1855 Farr-Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen

- erste internationale Systematik (139 Rubriken) durch William Farr (1807 - 1883)
- epidemisch und endemisch übertragbare Krankheiten
- angeborene Krankheiten und Fehlbildungen
- Krankheiten und Todesfälle durch Gewalteinwirkung
- Erkrankungen in Vbdg. mit Schwangerschaft und Geburt
- lokale Erkrankungen, differenziert nach Organsystemen

# Geschichtlicher Überblick (II)

---

1893 Bertillon - Internationales Todesursachenverzeichnis

- Weiterentwicklung der Farr-Klassifikation zum "Ursprung" der ICD-Klassifikation (168 Rubriken)

1899 Tagung des Internationalen Statistischen Instituts

- Empfehlung zur international einheitlichen Anwendung
- Empfehlung zur 10-jährlichen Revision

1900

1. Internationale Revisionskonferenz

1910

2. Internationale Revisionskonferenz

1920

3. Internationale Revisionskonferenz

1929

4. Internationale Revisionskonferenz

- Übernahme der Pflege der Klassifikation durch die Gesundheitsorganisation des Völkerbundes

1938

5. Internationale Revisionskonferenz

## Geschichtlicher Überblick (III)

---

- 1948 6. Internationale Revisionskonferenz
- Internationales Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen (erste WHO-Ausgabe)
  - Erweiterung für Morbiditätsstatistiken
  - Definition des "Grundleidens"
- 1955 7. Internationale Revisionskonferenz
- 1965 8. Internationale Revisionskonferenz
- 1975 9. Internationale Revisionskonferenz
- Durchgreifende Überarbeitung und Erweiterung der ICD-8
  - Stärkung der Tiefenstruktur, Begriffsvokabular
  - Einführung der Kreuz-Stern-Doppelklassifikation
  - Definition der "Hauptdiagnose"
- 1989 ● Einbezug der perinatalen Sterblichkeit
10. Internationale Revisionskonferenz

## Geschichte der ICD-10-WHO

---

- 1983 Vorbereitungstreffen
- 1984 1. Sitzung Expertenkomitee
- 1987 2. Sitzung Expertenkomitee
- 1989 10. Internationale Revisionskonferenz
- 1990 Annahme durch die Weltgesundheitsversammlung
- 1991 Dollar-Fassung
- 1992 Final Version: Band 1
- 1993 Offizieller Einsatzbeginn für die WHO-Mitgliedsstaaten
- 1994 Final Version: Band 2
- 1995 Final Version: Band 3
- Erste Umstellungen auf ICD-10

# ICD-10 Internationale Einführung

Jahr der bereits erfolgten o. voraussichtlichen Einführung der ICD-10 in der EU, CH u. USA laut [http:// www.who.ch](http://www.who.ch)

[MT=Mortalitäts-, MB=Morbiditäts-Statistik, \*Korrektur]

WHO-Staat	MT	MB	WHO-Staat	MT	MB
Belgien	1998	./.	Portugal	<2000	./.
Dänemark	1994	1994	Schweden	1997	1997
Deutschland*	1998	2000	England	1999	1995
Finnland	1996	1996	Wales	1999	1995
Frankreich	1998	1997	Schottland	1998	1996
Irland	1998	./.	Nord-Irland	1998	1996
Italien	1998	./.	Schweiz	1998	1998
Niederlande	1996	<2000	USA*	1999	2001?
Österreich*	1998	2001?			

**Medizinische  
Dokumentation und  
Klassifikation  
–  
Stützen des  
Gesundheitswesens?**

# Diagnosen- und Prozedurendokumentation für die Abrechnung der KH und Vertragsärzte 2004

© Rochell/Roeder

	Vor-, teil-, voll-, nachstationär	Ambulantes Operieren	Ambulante vertragsärztliche Behandlung
<b>Krankenhaus</b>	Diagnosen: ICD-10-GM-2004  Prozeduren: OPS-2004	Diagnosen: ICD-10-GM-2004  Prozeduren: EBM, OPS-2004*	Diagnosen: ICD-10-GM-2004  Prozeduren: EBM
<b>Vertragsärzte</b>	entfällt	Diagnosen: ICD-10-GM-2004  Prozeduren: EBM, OPS-2004*	

\* Angabe bis Ende 2004 auf freiwilliger Basis, ab 2005 verpflichtend

## Dokumentation im DRG-System – Viel ist nicht genug

### Diagnosen:

1. Intracerebrale Blutung re. parietal am 30.05.00  
Syndrom: brachiofacialbetonte Hemiparese li., Neglect nach li., Gesichtsfeldausfall links, Nystagmus nach re.
2. Rezid. intracranielle Blutungen bds. occipital, zuletzt 2/97 re. unkl. Ätiologie
3. CVR: art. Hypertonie, Hyperlipidaemie
4. Duodenitis mit polypoiden Schleimhautregeneraten 3/97, HP-Gastritis im Corpus und Antrum
5. Schnittwunden an den Fingern der re. Hand sowie über dem li. Außenknöchel, nach Sturz 16.08.00
  - Naht über dem li. Außenknöchel, 16.08.00, Entfernung der Fäden, 28.08.00
  - Beginn einer Tetanus-Grundimmunisierung mit Injektion von jew. 1 Amp. Tetanol u. 1 Amp. Tetagam am 16.08.00

**Es fehlt!!**

Wegen rezidivierender fieberhafter Harnwegsinfekte war während des stationären Aufenthaltes mehrfach eine antibiogrammgerechte antibiotische Therapie erforderlich. Die arterielle Hypertonie wurde entsprechend der Ergebnisse der 24-Std.-Langzeitmessung mit einem ACE-Hemmer eingestellt.

# Folgen inkompletter Kodierung

---

## Ohne Kodierung des Harnwegsinfekts

MDC : 01 Nervensystem  
DRG : B70C Apoplexie; ohne sonstige KK  
PCCL : 0

**mittlere Verweildauer: 8,7**  
**Kostengewicht: 1,317      Erlös: 3.819,30 €**

## Mit Kodierung des Harnwegsinfekts

MDC : 01 Nervensystem  
DRG : B70A Apoplexie; mit schwerer oder kompl. Diagnose/OP  
PCCL : 3

**mittlere Verweildauer: 15,0**  
**Kostengewicht: 1,936      Erlös: 5.614,40 €**

Fiktiver Basisfallpreis = 2.900 €

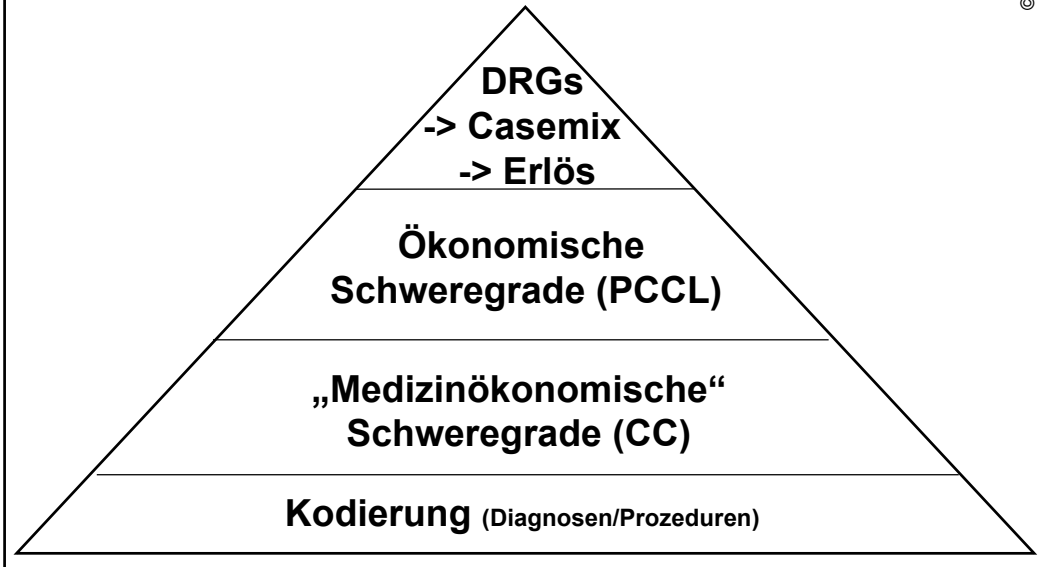
# DRG-Einführung

---

**Es zählen die Daten,  
nicht die Taten!!**

# Kodierung als Fundament

© Rochell/Roeder



# Dokumentationsanforderungen

© Rochell/Roeder

## Diagnosendokumentation

Med. Dokumentation

DRG-Dokumentation

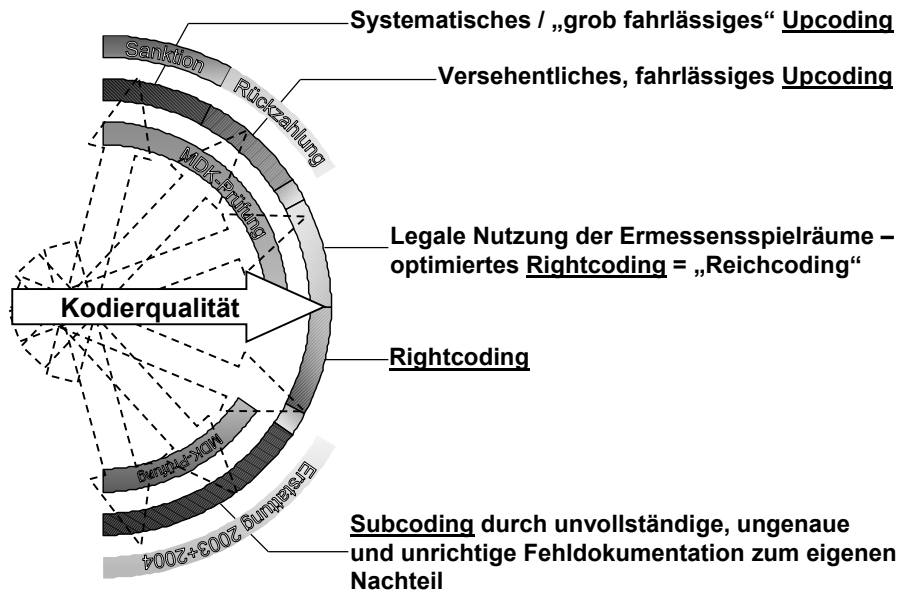
Ja	<b>Behandlungsdiagnosen</b>	Ja
Ja	<b>Anamnestische Diagnosen</b>	Nein
<u>Ja</u>	<b>Ausschlussdiagnosen</b>	(Z03.-)
Ja	<b>Komplikationen</b>	Ja

- Doppeldokumentation vermeiden
- Intelligente EDV-Unterstützung



# Kodierqualität im DRG-System

© Rochell/Roeder

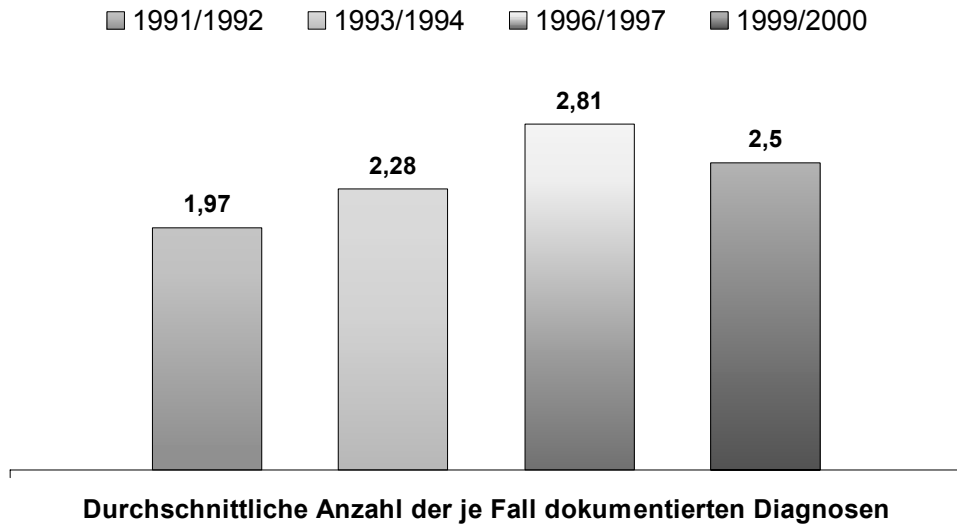


...der nicht ganz klassische Fall des Upcodings aus dem Leben einer medizinischen Dokumentarin...



# Erhöhung der je Fall kodierten Diagnosen nach DRG-Einführung in Australien

© Rochell/Roeder



# Verbesserung der Prozedurendokumentation in Australien

© Rochell/Roeder

ICD-AM-Prozedurenkodierung an öffentlichen australischen Akutkrankenhäusern 1992-93 und 1999-00

	44.9%	27.2%
	36.7%	46.5%
	12.3%	13.4%
	4.0%	5.9%
	1.6%	3.1%
	0.5%	4.0%
Ø Anzahl der je Fall dokumentierten Prozeduren	1.5	1.7

Quelle: Australian hospital morbidity data, Commonwealth of Australia - Department of Health and Aged Care 2001

# MDK-Fallprüfung nach § 17 c KHG Neue Kontrollmechanismen

© Rochell/Roeder

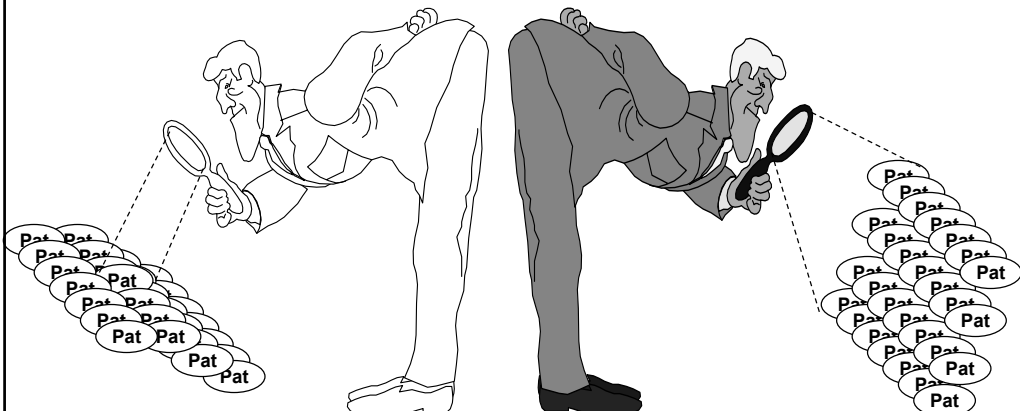


## Umfang von MDK-Fallprüfungen heute und künftig

© Rochell/Roeder

Bis 31.12.2002:  
Einzelfallprüfung

Ab 01.01.2003:  
Stichprobenprüfung



# Kodierqualität in der Einführungsphase von DRG-Systemen

© Rochell/Roeder

## Abrechnungsprüfung der HCFA-DRG 88 – Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) an 11 US-Kliniken im Jahr 1984\*

60 % der Fälle waren fehlerhaft und hätten über andere DRGs abgerechnet werden müssen!

\*Schraffenberger, Coding Errors Encountered in DRG Study, Journal of AMRA, July 1986

# Kodierqualität in der Einführungsphase von DRG-Systemen

© Rochell/Roeder

## Ursachen der Fehlabbrechnung\*

- |  |      |
|--|------|
| ● Falsche Diagnosen-Reihenfolge                    | 30 % |
| ● Fehlerhafte Festlegung der Hauptdiagnose         | 27 % |
| ● Mangelnde Spezifität der Diagnosen               | 17 % |
| ● Übertragungsfehler aus Handschriftdokumentation  | 15 % |
| ● Verstöße gegen Regel zur Kodefolge               | 2 %  |
| ● Relevante Information fehlte im Abrechnungsbeleg | 1 %  |
| ● Primäre Fehlbelegung                             | 8 %  |

n=178

\*Schraffenberger, Coding Errors Encountered in DRG Study, Journal of AMRA, July 1986

# § 17 c KHG

Sanktionen bei aus „grober Fahrlässigkeit“ resultierenden Fehlabrechnungen zu Lasten der Kostenträger

© Rochell / Meister

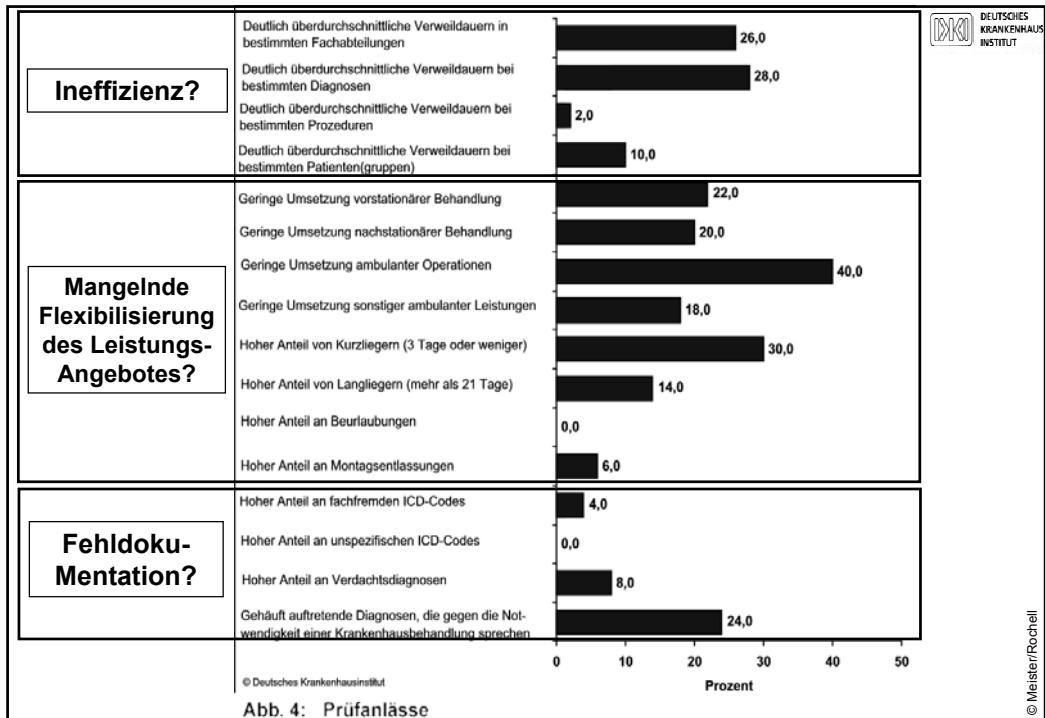


Abb. 4: Prüfanlässe

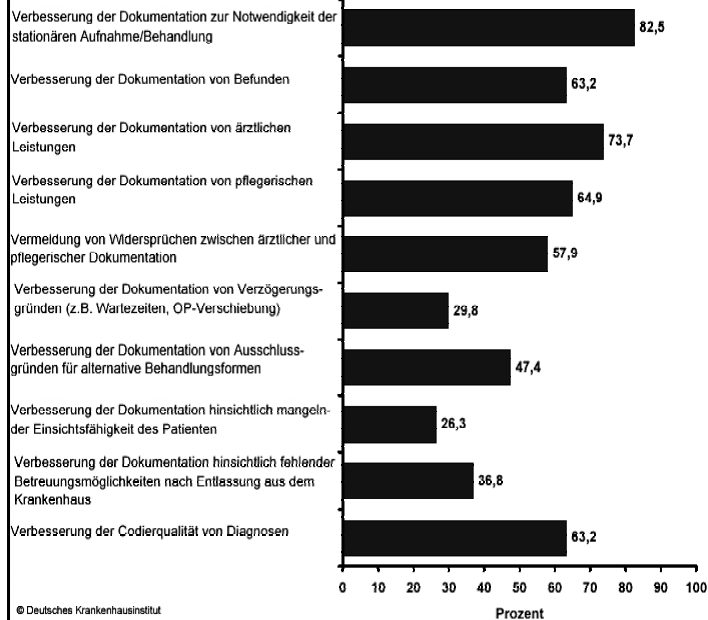


Abb. 7: Konsequenzen aus Fehlbelegungsprüfungen: Dokumentation

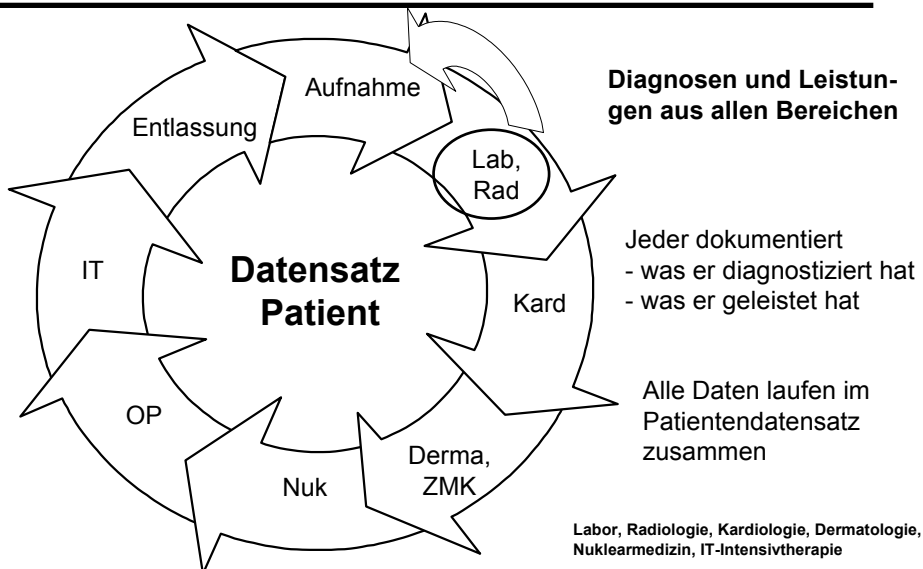
## Kodierqualität organisieren

- **MitarbeiterInnen**  
(Aufklärung, Ausbildung, Motivation)
- **Kommunikation**  
(Berufsgruppenübergreifend, Interdisziplinär)
- **Organisation**  
(Abteilung, gesamtes Haus)
- **Information**  
(Controlling: Diagnosen, Leistungen, Probleme)
- **Infrastruktur**  
(EDV, Ablauf)
- **Dokumentation**  
(Redundanz beseitigen !)

## Wie soll dokumentiert werden ?

- **Arbeitsbegleitend**
- **Idealerweise direkt EDV-gestützt**
- **Systeme bisher kaum vorhanden**
- **Papierzwischendokumentation**
- **Aufwand minimieren**

## Wer dokumentiert was ?



## Wer kodiert ?

---

Dokumentationsassistenten

„Case-Mixer“

Pflege

Ärztenschaft

„Casemix-Manager“

„Cluster Manager“

„Casemix-Performer“

## Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Beschluss PL 15 S 643/02 vom 11. März 2003

---

„Weder § 301 SGB V noch § 17 b KHG regeln ausdrücklich die Frage, wer für die nach § 301 Abs. 2 SGB V ausdrücklich vorgeschriebene Verschlüsselung nach den Schlüsseln zur Angabe von Diagnosen (ICD-10-SGB-V, Version 2.0) und zur Angabe von Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS-301) innerhalb eines Krankenhauses zuständig ist.

Die Verschlüsselung als solche ist nach Auffassung des Senats auch nicht von vorneherein Bestandteil der Dienstaufgaben eines angestellten Arztes im Rahmen seiner unstreitig bestehenden Dokumentationspflichten (...)“



# Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Beschluss PL 15 S 643/02 vom 11. März 2003

---

„Die Beschäftigten sind zwar arbeitsvertraglich verpflichtet, die den Patienten vom Krankenhaus aufgrund der Behandlungsverträge geschuldete Krankenhausbehandlung vorschriftsmäßig vorzunehmen, wozu auch die ordnungsgemäße ärztliche Dokumentation gehört (..).

Dies schließt die Pflicht ein, die ärztliche Dokumentation so zu gestalten und zu gliedern, dass das Krankenhaus seine ihm durch §§ 301 SGB V und 17 b KHG gesetzlich auferlegten Aufgaben erfüllen kann.“

## DKI – Studie zur Arbeitsbelastung im Krankenhaus

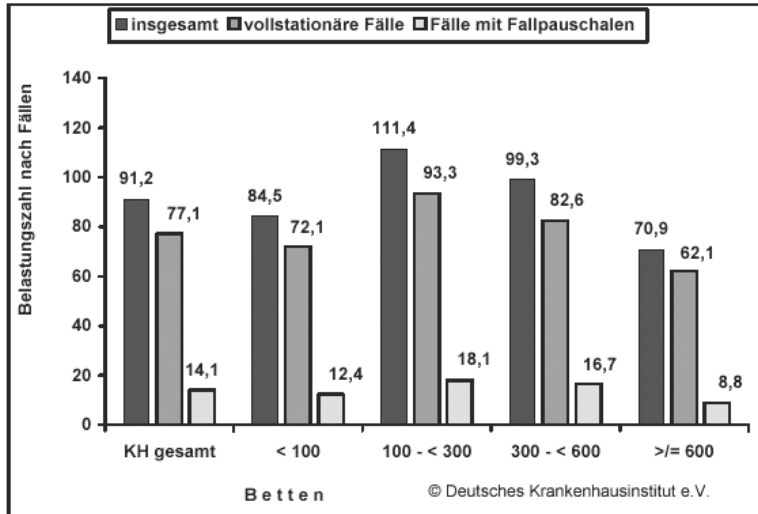
---

- Steigender Druck durch stetige Fallzahlsteigerungen (ca. +300.000/Jahr) und steigenden Dokumentationsaufwand
  - DKI-Umfrage (1.010 KH-Ärzte) über täglichen Dokumentationsaufwand
    - ❖ Chirurgie: 2,42 Std./Tag, davon 25 % administrativ
    - ❖ Innere: 3,15 Std./Tag, davon 20 % administrativ

# Fälle je KH-Arzt im 1. Halbjahr 2002



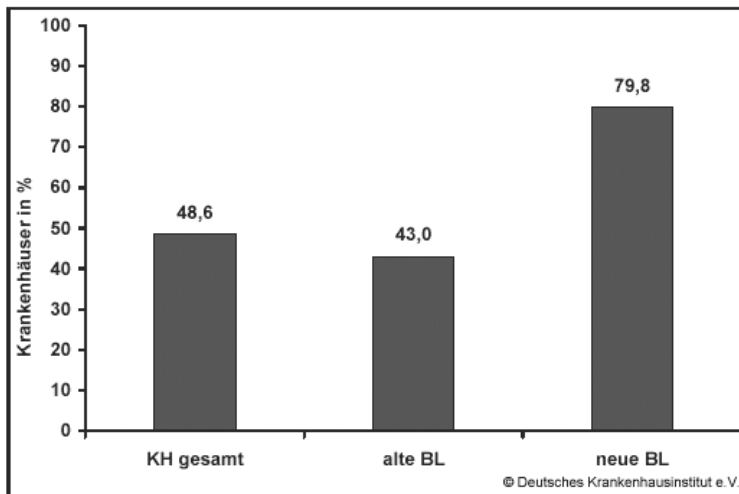
DKI-Krankenhausbarometer Herbst 2002 (n=389)



# KH, die offene Arztstellen nicht besetzen können 2002



DKI-Krankenhausbarometer Herbst 2002 (n=389)



# Hochrechnung nicht besetzbarer Stellen in KH 2002 auf die Grundgesamtheit aller KH



DKI-Krankenhausbarometer Herbst 2002 (n=389)

Chirurgie:	853
Innere:	937
Gynäkologie/Geburtshilfe:	194
Anästhesie:	535
Sonstige:	644
AiP:	1.645
Pflege-/Funktionsdienst:	2.572

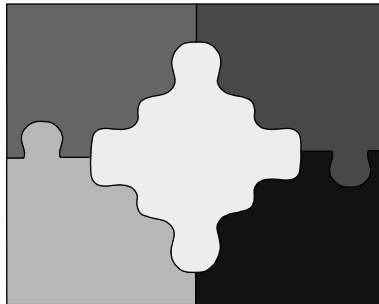


© Rochell/Roeder

Schon bald nach der DRG-Einführung konnte der Zeit-aufwand  
der ärztlichen Dokumentation minimiert werden...

# Einsatzmöglichkeiten von Klassifikationen

---



# Einsatzmöglichkeiten von Klassifikationen

---

- Epidemiologische Analysen / Statistik im Gesundheitswesen
- Forschung und Wissenschaft
- Internationale Gesundheitsvergleiche
- Gesundheitsberichterstattung
- Leistungssteuerung und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, z. B.
  - Fehlbelegungsprüfungen
  - Leitlinien
- Qualitätssicherung / Controlling / Benchmarking
- Diagnose- / Fall(gruppen)bezogene Leistungsvergütung
- Wirtschaftlichkeitsanalysen im Versicherungswesen / auf dem Arbeitsmarkt

# **Medizinische Dokumentation und Klassifikation – Stützen des Gesundheitswesens!**

## **Einsatzmöglichkeiten von Klassifikationen**

---

- Beim Einsatz medizinischer Klassifikationen ist immer zu beachten, dass diese primär für medizinische Zwecke geschaffen wurden :

“Zurückhaltung ist auch geboten beim Einsatz der ICD für Untersuchungen über finanzielle Aspekte wie z. B. Abrechnungswesen oder Mittelzuwendungen.”

(ICD-10-WHO, Band 2, Kapitel 2.1)

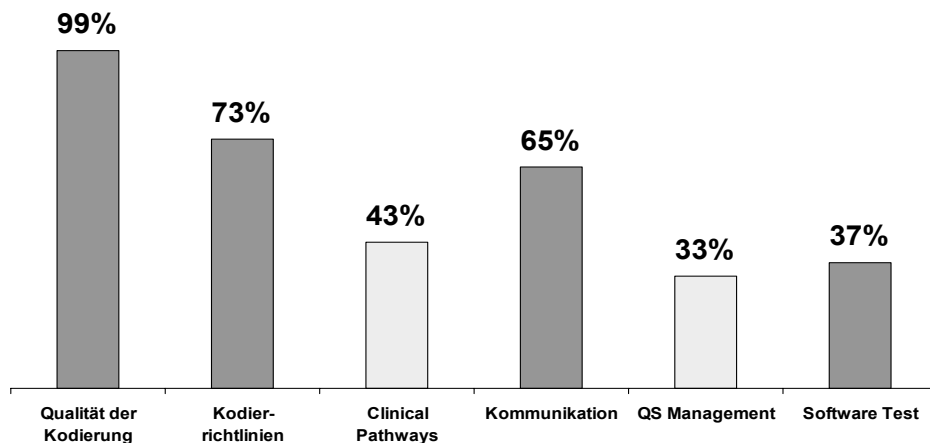
**Medizinische Dokumentation darf nicht zum Selbstzweck werden!**

© Rochell/Roeder

**Wie viel wird um Brot  
und wie wenig  
als Brot geschrieben.**

Christian Morgenstern, Stufen

## **Zielsetzungen von DRG Arbeitsgruppen** (Mehrfachnennungen möglich)



# Wir haben keine Zeit

---

*„Es war einmal ein erschöpfter Holzfäller,  
der Zeit und Kraft verschwendete, weil er  
mit einer stumpfen Axt einschlug.*

*Denn wie er sagte, habe er keine Zeit, die  
Schneide zu schärfen.“*

*(Anthony de Mello)*



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

