

Dr. med. Jochen Haack

## **Medizinische Versorgung neu organisiert<sup>1</sup>**

### ***Optimierung von Arbeitszeit und Arbeitsprozessen mit Hilfe von medizinischen Dokumentationsassistenten***

Ein wesentliches Ergebnis der Schwerpunktaktion der hessischen Arbeitsschutzbehörde zur Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus ist eine erheblich zu hohe Arbeitszeitbelastung bei der täglichen Arbeitszeit. Zusätzlich steigt die Belastung durch Bereitschaftsdienste mit hoher Arbeitsintensität. Dies kommt dadurch zustande, dass in die Bereitschaftsdienste zunehmend Tätigkeiten fallen, die in der Routinearbeit nicht mehr geleistet werden können, somit also der Definition des Bereitschaftsdienstes nicht entsprechen.

Diese Tätigkeiten sind beispielsweise Dokumentation / Qualitätssicherung, Arztbriefdiktate und andere Schreibaarbeiten.

Daher wundert es nicht, dass diese Verwaltungsarbeiten auch die meistgenannte Antwort in der Umfrage der hessischen Landesärztekammer zur Arbeitssituation hessischer Krankenhausärzte bei der Frage war: „ Was empfinden Sie in Ihrer augenblicklichen Tätigkeit als besonders unangenehm ? “.

Beide genannten Tatsachen dürften in der Summe ein wesentlicher Grund für die abnehmende Attraktivität des Berufes „Krankenhausarzt“ sein.

Eine Möglichkeit, dem geltenden Arbeitszeitgesetz zu einer vermehrten Einhaltung zu verhelfen, ist also die Neuorganisation der ärztlichen Arbeit.

Das folgende Modell skizziert einen möglichen Weg zu diesem Ziel.

### ***Grundsatzgedanken***

Ein Vergleich der Krankenhausstatistik 1990 - 2000 zeigt einen Anstieg der stationär behandelten Fälle (+ 18 %) bei gleichzeitig reduzierter Liegedauer (- 30 %). Parallel ist die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte um 14 % gestiegen. Setzt man die Zahlen ins Verhältnis, so hat 1990 ein Krankenhausarzt 150 Patienten behandelt, ebenso viele wie zehn Jahre später. Ein flächendeckender Trend zur Arbeitsverdichtung lässt sich an diesen Zahlen allein nicht erkennen.

---

<sup>1</sup> Beitrag zur Fachtagung "Arbeitsplatz Krankenhaus", 5.12.02, Bad Nauheim

Ganz anders der Trend im Bereich Dokumentation / Qualitätssicherung: hier sind die Anforderungen in den letzten Jahren geradezu explodiert. Auf diese eher arztfremden Tätigkeiten entfällt heute ein großer Teil der täglichen Arbeitszeit.

Der Zeitaufwand für den behandelnden Arzt pro Patient ist demnach erheblich gestiegen. Dabei sind die Werkzeuge oft unverändert geblieben: während im gesamten Dienstleistungssektor jährlich etwa 3 % in EDV-Technik investiert werden, liegt dieses Volumen bei Krankenhäusern nur bei etwa 0,5 % .

In der Praxis bedeutet dies oft Mehrfachdokumentation mit entsprechendem Arbeitsaufwand und Informationsverlust.

In den vergangenen Jahren wurden neu zu leistende Verwaltungstätigkeiten häufig auf das ärztliche Personal übertragen. Ein Argument für dieses Verfahren ist, dass die ärztliche Arbeitszeit überdurchschnittlich wenig dokumentiert oder vergütet wird. So ließen sich allerhand neuer Aufgabe für die Krankenhäuser weitgehend kostenneutral umsetzen. Mit der Einführung eines fallpauschalierten Abrechnungssystems ab 2004 werden nun Strukturveränderungen notwendig, die gerade die Arbeitsorganisation und zukünftige Abläufe in den Krankenhäusern verändern werden:

zukünftig werden andere, schärfere Anforderungen an Dokumentation und Qualitätssicherung gestellt werden, die auch im Interesse der Krankenhausleitungen professionelle Strukturen erfordern. Es ist mehr als fraglich, ob das oben genannte Konzept diesen veränderten Ansprüchen gerecht wird. Vielmehr sollte der Arzt doch zukünftig wieder mehr denn je ärztlich tätig sein und so für einen optimierten Behandlungsablauf eines Patienten zur Verfügung stehen. Schließlich kann nur so die ökonomisch erwünschte Senkung der Verweildauer realisiert werden.

Darüber hinaus zeigen Untersuchungen, dass Ärzte diese fachfremden Tätigkeiten nicht nur ungern, sondern auch qualitativ schlecht machen. In Bezug auf die Kodierung von abrechnungsrelevanten Daten durch Ärzte zur Ermittlung der Fallpauschale kann darin also durchaus sogar ein finanzielles Risiko für die Krankenhäuser liegen.

### ***Arbeiten mit medizinischen Dokumentationsassistenten***

Ausgehend von der Hypothese, dass die Übertragung von Verwaltungstätigkeiten auf primär nicht dafür vorgesehen Berufsgruppen aufgrund der bevorstehenden Strukturveränderungen nicht als zukunftsfähig betrachtet werden kann, startete am 1.7.2002 an den Kliniken des Main-Taunus -Kreises ein Projekt, dass eine Professionalisierung des Daten- und Dokumentationsmanagements bei gleichzeitiger Entlastung des ärztlichen Personals zum Ziel hat.

Dazu wurden für die Allgemeinchirurgie, Kardiologie und Pulmologie insgesamt vier medizinische Dokumentationsassistenten eingestellt.

Das Tätigkeitsprofil umfasst:

- zeitnahe Eingabe von Diagnose- und Prozedurenschlüsseln
- Plausibilitätsprüfung nach festgelegten Regeln unter Berücksichtigung der ärztlichen und pflegerischen Verlaufsdocumentation
- strukturierte Fallabschlussprüfung bei Entlassung eines Patienten
- Bereitstellung valider Daten für das Berichtswesen des Medizin-Controlling
- Qualitätssicherung
- Pflege der Krankenakten / Befundumlauf

Die neuen Mitarbeiterinnen sind Bestandteil eines in zentral und dezentral strukturierten Medizincontrollings.

Durch die Nähe zu den jeweiligen Fachabteilungen besteht die Möglichkeit, Defizite in den Arbeitsabläufen schnell zu erkennen und Änderungen entsprechend schnell umzusetzen.

Die MDA stehen den Ärzten als „Kodierratgeber“ ständig zur Verfügung.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Kodierung der relevanten Daten weiterhin in Verantwortung des Arztes erfolgt, Kenntnisse in Bezug auf Kodierrichtlinien also weiterhin unabdingbar sind.

Über eine umfangreiche Evaluation wird eine Projektbewertung realisiert.

Dazu werden unter anderem anhand einer repräsentativen Stichprobe die Veränderungen der Kodierqualität und Erlöse mit und ohne MDA-Unterstützung erfasst. Darüber hinaus erfolgt bei jedem Patienten bei Entlassung eine strukturierte Fallabschlussprüfung. Diese Daten sind Grundlage des monatlichen Berichtswesens der Abteilungs-MDA an das zentrale Medizincontrolling.

Über ein etabliertes Arbeitszeiterfassungssystem für Ärzte werden parallel die Auswirkungen des genannten Konzeptes auf die ärztliche Arbeitszeit registriert.

Das Berufsbild MDA ist bereits in den sechziger Jahren entstanden. Aufgrund mangelnder Nachfrage entwickelte sich zunächst eine Spezialisierung für die Bereiche chemische/pharmazeutische Industrie. Erst in den vergangenen Jahren hat eine Nachfrage von stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens eingesetzt, der sich mit Einführung des DRG-Systems weiter verstärken dürfte.

Es ist zu erwarten, dass dann Weiterbildungsangebote für medizinisches Personal von unterschiedlichen Anbietern aus dem Boden schießen werden. Dabei sollte auf eine möglichst einheitliche und qualitativ hochwertige Ausbildung geachtet werden.

Daher sind frühzeitig Vorbereitungen zu treffen, um von einer wachsenden Nachfrage nicht überrascht zu werden. Dazu wäre eine Verständigung auf Rahmenbedingungen wie Ausbildungsqualität von Kodierfachkräften auf der Führungsebene der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen im Dialog mit der Politik und etablierten Fachverbänden wie beispielsweise der Dachverband medizinische Dokumentation (DVMD) wünschenswert.

### ***Diskussion***

Das genannte Konzept kann das ärztliche und auch pflegerische Personal wirkungsvoll von Verwaltungstätigkeiten entlasten, die im wesentlichen für die negativen Entwicklungen im Bereich der Arbeitszeit im Krankenhaus verantwortlich sind.

Dabei entstehen Synergien, die optimal als Vorbereitung auf das DRG-System ausgenutzt werden können.

Wie groß die Effekte im einzelnen ausfallen, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht seriös benannt werden. Hierfür müssen die Ergebnisse der Projektbewertung an den Kliniken des Main-Taunus-Kreises abgewartet werden, die etwa im Mai 2003 vorliegen werden.

Zu bedenken ist außerdem, dass eine Reihe von krankenhausspezifischen Faktoren Einfluss auf das Ausmaß an zu erzielenden Effekten auf die genannten Bereiche hat.

In Bezug auf die Einhaltung bestehender Arbeitszeitregelungen sind Verbesserungen ohne Zweifel zu erzielen. Inwiefern allerdings allein durch eine verändertes Datenmanagement die volle Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes erreicht werden kann, bleibt abzuwarten.

Denn zur Zeit ist schwer abzuschätzen, ob nicht die frei werdenden zeitlichen Kapazitäten sofort wieder mit ärztlichen Tätigkeiten besetzt wird.

Dies kann nur durch die Einführung eines (elektronischen) Arbeitszeiterfassungssystems vermieden werden.

Das dies bisher die Ausnahme ist, ist auch eine Ergebnis der Schwerpunktaktion der Arbeitsschutzbehörde zur Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jochen Haack

Sprecher der Projektgruppe Junge Medizin

Kliniken des Main-Taunus Kreises

Lindenstrasse 10, 65719 Hofheim am Taunus

drhaack@gmx.de