

# Kein Arbeitstag ohne Kodierbesprechung!

## Fallbegleitende Kodierung – ein Erfahrungsbericht

**A**usgangssituation in der urologischen Hauptabteilung des Leopoldina-Krankenhauses war die Kodierung von ca. 2000 Fällen im Jahr durch die Ärzte. Dabei erfolgte die Kodierung der Diagnosen und Prozeduren direkt im Krankenhaus-Informations-System (KIS). Zur Kodierung wurden dabei hauseigene Kataloge, die amtliche Systematik und als externe Kodierhilfe Kodip vom 3M verwendet. Manche Diagnosen und Operationen wurden auch nur durch Anhaken auf einer eigens dafür erstellten Checkliste dokumentiert und von einer Verwaltungskraft in das KIS eingegeben.

Die Tätigkeit der Kodierfachkraft beschränkte sich dabei auf die abschließende Validierung der Kodierung auf Basis der im KIS vorhandenen Dokumente, insbesondere des Entlassungsbriefes und des Operationsberichtes.

Zudem bestand in der urologischen Klinik das Problem, dass die Entlassungsbriefe sehr verzögert

erstellt wurden. Deshalb konnten auch die Validierung und damit die Abrechnungsfreigabe nur sehr verzögert erfolgen. Die Konsequenz war eine verzögerte Fakturierung der behandelten Fälle und damit verbunden auch ein Liquiditätsverlust.

Durch den Workflow bedingt, wurden die Krankengeschichten nicht durchgesehen. Insbesondere pflegerelevante Nebendiagnosen (sofern nicht von der Pflege im KIS dokumentiert) oder solche Nebendiagnosen, die im Arztbrief keine Erwähnung fanden, wurden bei der Kodierung im Normalfall nicht berücksichtigt und waren bei der Gruppierung und Abrechnung nicht erlösrelevant. Pathologische Laborwerte und mikrobiologische Befunde (z.B. Keimnachweis) wurden direkt vom jeweiligen Sub-System als ICD-Kode in das KIS übertragen und mussten weder von Arzt noch von Kodierkraft eingegeben werden. Ähnliches trifft auch für Transfusionen und ZE-relevante Medikamente zu, deren Erfas-

*Die Krankenhaus Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt GmbH betreibt ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in Unterfranken. Ein Großteil der stationären Leistungen wird über Fallpauschalen nach dem DRG-System abgerechnet. Kodierkräfte sind zwar an der Klinik tätig, die Kodierung erfolgt aber überwiegend nachgelagert. Im Rahmen der Diskussion um Stellenbesetzung, Inhalte ärztlicher Arbeit und Kodiereffizienz ging es auch um die Frage, ob sich die Ergebnisse in Kodierung und Abrechnung durch den Einsatz einer Kodierkraft verbessern lassen. Zu diesem Zweck wurde als Pilot- bzw. Projektabteilung die urologische Klinik ausgewählt.*



Dr. Erwin Horndasch  
Dipl.-Gesundheitsökonom Oec.med.  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft  
für Medizincontrolling (DGfM)

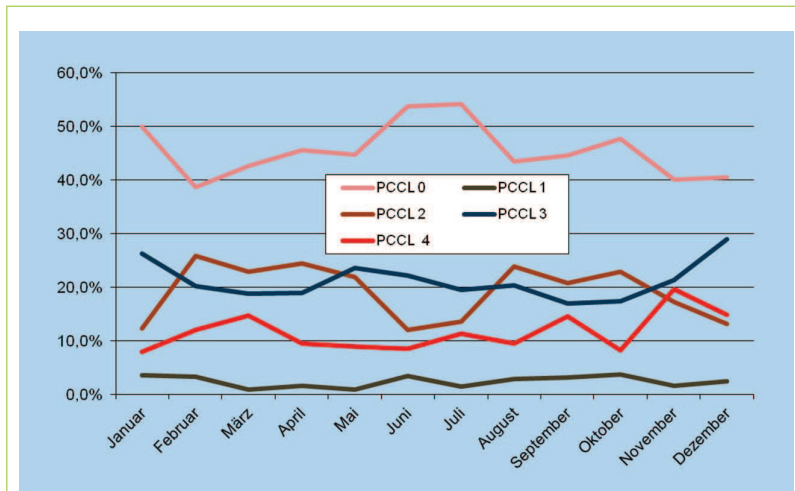


Abbildung 1: Entwicklung PCCL

sung und Kodierung direkt durch die Apotheke oder die Blutbank erfolgte.

### Das Projekt

Ausgehend von dieser Situation erfolgte im September 2012 der Einsatz einer ausgebildeten Kodierfachkraft direkt in der urologischen Klinik. Sie sollte dabei einmal täglich (werktags) vor Ort präsent sein und in direkter Absprache mit den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal die Haupt- und Nebendiagnosen direkt erfassen. Daneben sollte sie die OPS-Ziffern vor Ort validieren und gegebenenfalls nicht erfasste Prozeduren nacherfassen. In direkter Kommunikation mit dem Behandlungsteam sollte sie auch auf eine MDK-gerechte Dokumentation in der Krankengeschichte achten, insbesondere bei Überschreitungen der Verweildauergrenzen. Da davon auszugehen ist, dass bei

Überschreitung der entsprechenden Verweildauergrenzen eine medizinische Begründung vorliegt, ist für deren ordnungsgemäße Dokumentation für den Fall einer evtl. Rechnungsprüfung zu sorgen.

Ein direkter Einfluss auf die durchgeführten Maßnahmen im Sinne einer administrativen Fallsteuerung war im Konzept nicht vorgesehen. Die Leistungen und Maßnahmen sollten sich allein nach den medizinischen Erfordernissen und nicht nach den Ergebnissen der Gruppierung richten.

### Erwartungen und Verlauf

Die mit dem Projekt verbundenen Hoffnungen und Erwartungen richteten sich zunächst auf eine schnellere Fakturierung und den damit verbundenen Effekt auf die Liquidität des Krankenhauses. Daneben wäre noch eine Steigerung

der Erlöse durch die verbesserte Erfassung von Nebendiagnosen zu erwarten gewesen. Allerdings war der CMI-Anstieg in den entsprechenden Berechnungen nicht sehr ausgeprägt, da die Fallpauschalen in der operativ tätigen Abteilung überwiegend durch die OPS-Ziffern angesteuert wurden.

Als drittes Ziel war auch noch eine Reduktion der Verweildauer angenommen worden. Hintergrund der Überlegung war, dass, sofern die behandelnden Ärzte auf die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zeitnah hingewiesen werden und eine entsprechende medizinische Begründung für diese Überschreitung eingefordert wird, eine Entlassung früher als sonst ins Auge gefasst werden würde.

Als weiteren und angesichts der aktuellen Arbeitsplatzsituation nicht zu vernachlässigenden Nebenaspект erhoffte man sich eine Entlastung der Ärzte von der Kodiertätigkeit und damit eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit.

Das Projekt war ursprünglich nur bis Dezember 2012 befristet. Mit dem Projekt war die Erhöhung der Arbeitszeit der Kodierfachkraft um 0,25 VK verbunden, so dass zunächst erst einmal Kosten in Form von Personalkosten entstanden sind.

Anfänglich waren – wie nicht anders zu erwarten – Kommunikations- und Abstimmungsprobleme vorhanden. Nicht zuletzt wegen dieser Anlaufschwierigkeiten waren Anfang Dezember nur unzureichende Ergebnisse vorhanden. Eine valide Aussage über den Erfolg oder Misserfolg des Projektes konnte deshalb nicht getätigt werden. Aus diesem Grund erfolgte durch die Verantwortlichen eine Verlängerung des Projektes bis März 2013. Bis dahin sollte ein Fazit gezogen werden, ob die oben erwähnten Erwartungen eingetroffen sind und ob unter betriebswirtschaftlichen Aspekten eine Fortführung des Projektes, bzw. eine dauerhafte Etablierung sinnvoll erscheint.

### Die Ergebnisse

Die Auswertung der Daten erfolgte Ende Februar 2013, da bei einer

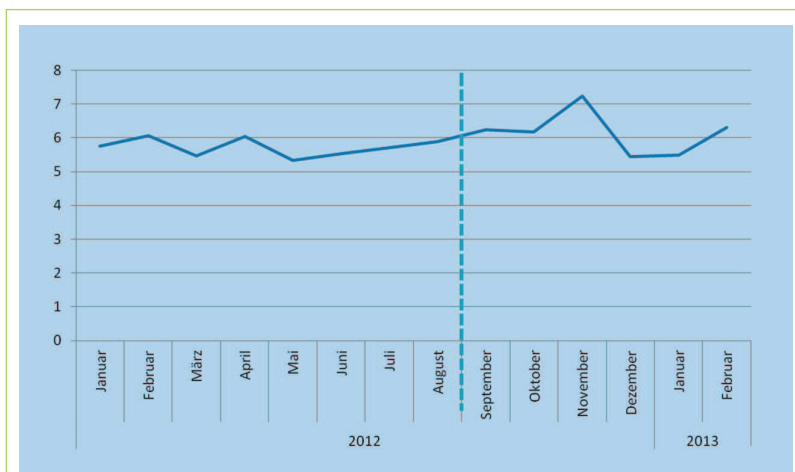


Abbildung 2: Verweildauer-Entwicklung

Fortsetzung des Projektes bis Mitte März die entsprechenden organisatorischen Maßnahmen bereits veranlasst sein mussten. Zusätzlich ist auch noch die betriebliche Mitbestimmung zu beachten, deren Einhaltung auch eine gewisse Zeit benötigt.

Die Datenbasis ist der 25. Februar 2013, die Extraktion und Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm reporter der KIMdata GmbH in Kombination mit Microsoft Excel 2010.

### PCCL-Entwicklung

In einer ersten Phase wurde die Entwicklung des PCCL (Abbildung 1) analysiert. Durch die Erfassung der Nebendiagnosen sollte eigentlich ein Anstieg des PCCL zu erwarten sein, auch wenn sich dieser Anstieg dann aufgrund der Gruppierungslogik nicht unbedingt in einem CMI-Anstieg wieder findet.

In der Grafik lässt sich erkennen, dass ab dem Übergang August bis September der Schweregrad 0 und der Schweregrad zwei abgenommen haben, während bei den Schweregraden PCCL 3 und 4 eine Zunahme zu verzeichnen ist. Der Schweregrad 1 verbleibt auf dem niedrigen Level von ca. 3 bis 5 Prozent. Tendenziell ist damit durch den Einsatz einer Kodierfachkraft eine Steigerung des PCCL möglich.

Aufgrund der unzureichenden Daten in 2013 erfolgte hier nur eine Auswertung bis Ende Dezember 2012.

### Verweildauerentwicklung

Als nächste Auswertung erfolgt eine Darstellung der Verweildauerentwicklung im Jahr 2013. Überraschenderweise lässt sich erkennen, dass während der Projektphase die Verweildauer eher zugenommen denn abgenommen hat. Während die durchschnittliche Verweildauer in den Monaten Januar

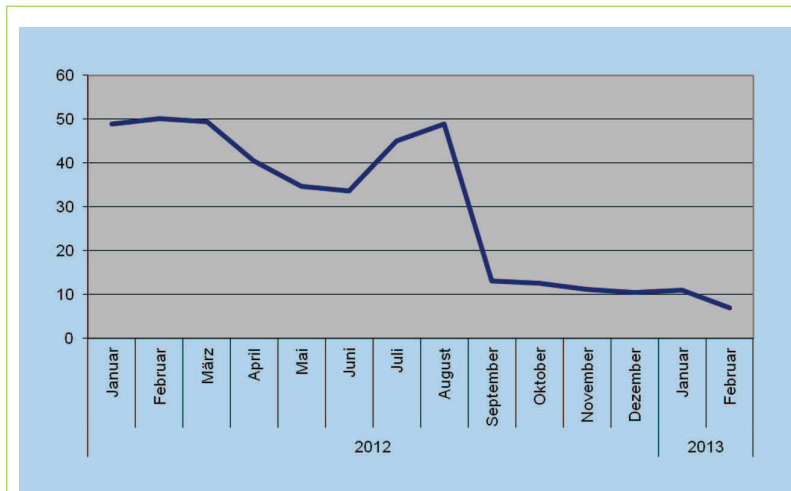


Abbildung 3: Dauer Entlassung – Fakturierung

bis August 2012 bei 5,7 Tagen lag, ist sie ab der Implementierung des Projektes ab September 2012 bis Februar 2013 um 7,3 Prozent auf durchschnittlich 6,1 Tage gestiegen. Anhand der analysierten Daten lässt sich bis dato kein Grund für diese Entwicklung erkennen. Denkbar wäre sowohl eine Verlängerung der Verweildauer über alle Patientengruppen als auch eine isolierte Erhöhung im Bereich der Patientengruppen im unteren Verweildauerbereich durch eine verbesserte Dokumentation der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit bei den sog. langen Kurzliegern. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Rechnungsprüfungen durch den die MDK mit einer deutlichen Latenz stattfinden haben und deshalb auch eine Verweildauerkorrektur durch die Rechnungsprüfungen nicht erfolgte. (Abbildung 2)

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Manuskriptes wurden die Fälle von Anfang 2012 geprüft. Deshalb ist aus den Erfahrungen der letzten Rechnungsprüfungen mit einer gewissen Reduktion der „abgerechneten“ Verweildauer zu rechnen. Eine Quantifizierung der durch

den MDK in der Vergangenheit vorgenommenen Verweildauerreduktion (und damit ein möglicher Ansatzpunkt) ist mangels aussagekräftiger Datenbasis leider nicht möglich. Erst seit Januar 2013 werden die Ergebnisse der MDK-Begutachtungen systematisch erfasst und ausgewertet.

### Dauer Entlassung bis Fakturierung

Ein erhoffter Effekt durch die fallbegleitende Kodierung war die deutlich verbesserte und schnellere Rechnungsstellung. Hier lässt sich anhand der analysierten Daten feststellen, dass sich die Dauer von der Entlassung der Patienten bis zur Erstellung der Rechnung von durchschnittlich 44,2 Tagen auf durchschnittlich 11,2 Tage verkürzt hat. Dies entspricht einer Reduktion um 75 Prozent. Entscheidend hierfür ist, dass für die Kodierung die Aktenlage und die Rücksprache mit den Ärzten herangezogen werden und der Entlassungsbericht nicht mehr zwingend benötigt wird. Die Dauer von der Entlassung der Patienten bis zur Erstellung der Entlassungsberichte hat sich nämlich nicht wesentlich verändert. (Abbildung 3) ▶

## Ihr Spezialist für Kodierung und Medizincontrolling in Deutschland und in der Schweiz

- ▶ Primärkodierung
- ▶ Nachkodierung / Abrechnungsprüfung
- ▶ MDK-Verfahren / Rechnungsprüfungen mit den Kostenträgern
- ▶ Seminare und Schulungen



**DRG-CONTROL**

Innovative Lösungen für den Codieralltag

Kolpingsplatz 7 | 91301 Forchheim  
 Phone: +49 (0)9191 73 67 842 | Fax: +49 (0)9191 73 67 843  
 info@drg-control.com | www.drg-control.com

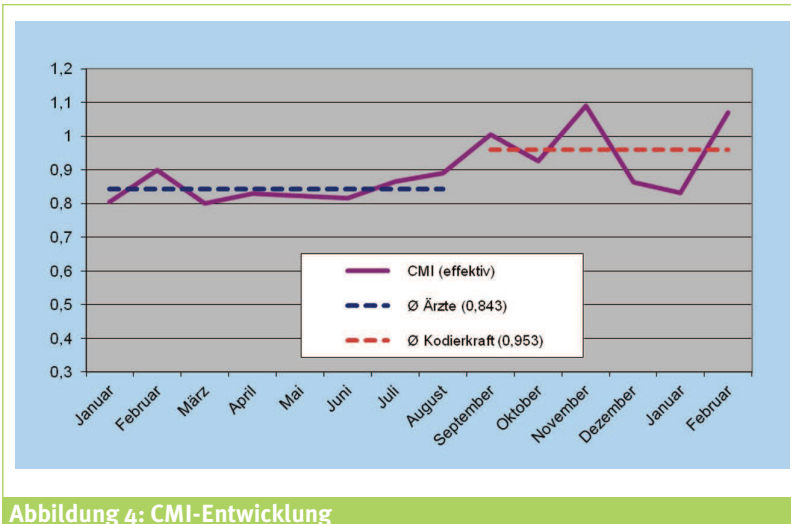


Abbildung 4: CMI-Entwicklung

### CMI-Entwicklung

Die nächste Auswertung befasst sich mit der Entwicklung des Case-Mix-Index. Bei identischem Patientenspektrum und unveränderter Struktur innerhalb der Abteilung sollte eine Veränderung des CMI auf eine Veränderung bei der Kodierung zurückzuführen sein. In der Analyse lässt sich erkennen, dass der durchschnittliche effektive CMI in den Monaten Januar bis August 2012 bei 0,843 lag und im Zeitraum September 2012 bis Februar 2013 auf 0,953 angestiegen ist. Dies entspricht einer Steigerung um 13,81 Prozent. Zu berücksichtigen ist in den Monaten Januar und Februar 2013 der Katalogeffekt. Betrachtet man nur die Monate Januar und Februar 2012 und 2013, dann liegt der berechnete Katalogeffekt bei 0,2 Prozent und ist angesichts der starken Steigerung vernachlässigbar. Die gemittelten CMI-Werte wurden zur Veranschaulichung in die Grafik eingefügt (Abbildung 4).

Der Abfall des CMI im Dezember und Januar ist mit einem saisonbedingten Rückgang von Tumorpatienten zu erklären. Ein ähnlicher Effekt zeigte sich auch beim Jahreswechsel 2011 auf 2012, auch hier war erst im Februar 2012 ein Anstieg des CMI zu sehen.

### Verbesserung der Rechnungsprüfung

Ob mit den genannten Maßnahmen auch eine Verbesserung der Rechnungsprüfung verbunden ist, kann derzeit nicht beantwortet werden. Die entsprechenden Prüfungen finden mit einer gewissen

zeitlichen Verzögerung statt. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts haben die Krankenkassen, bzw. der MDK auch bis zur Verjährung Zeit und müssen hier keine Fristen beachten. Deshalb können zu diesem Aspekt keine Erfahrungswerte berichtet werden, da zum Zeitpunkt der Erstellung des Manuskriptes noch keine Aufenthalte aus der Projektphase geprüft wurden. Eine Analyse hinsichtlich des Verlustpotenzials, bzw. hinsichtlich der Verluste hätte aber auch bei erfolgten Rechnungsprüfungen nicht stattfinden können. Der Grund hierfür ist wie bereits erwähnt eine fehlende Erfassung von Rechnungsprüfungen und deren Ergebnissen in einer entsprechenden Datenbank. Mit diesen systematischen und strukturierten Erfassungen wurde erst ab 2013 begonnen.

### Zusammenfassung und Diskussion

Der nachweisbaren Steigerung von CMI und PCCL, sowie der deutlichen Verkürzung der Dauer von Entlassung bis Fakturierung steht in der vorgelegten Auswertung eine Personalkostenenerhöhung um 0,25 VK gegenüber. Betriebswirtschaftlich musste deshalb überlegt werden, ob diese Personalkostensteigerung geringer ausfällt als der Liquiditätsvorteil durch die um 75 Prozent schnellere Abrechnung und die erhöhten Rechnungssummen durch die Steigerung des CMI um 13 Prozent. Ob der CMI-Anstieg von 13 Prozent auch nach der Rechnungsprüfung in dieser Höhe bestehen bleibt, muss offen bleiben.

Möglicherweise ist durch die Streichung von sekundären Fehlbelegungstagen hier noch eine gewisse Reduktion zu erwarten.

Zusätzlich zu berücksichtigen ist bei der langfristigen Etablierung eines solchen Konzeptes auch die Abdeckung von Ausfallzeiten. Durch die kontinuierliche Präsenz einer Kodierfachkraft in einer Abteilung ist hier eine entsprechende Planung für Urlaubs- und Krankheitsphasen erforderlich. Dies führt bei realistischer Betrachtung zu einer zusätzlichen Erhöhung der Personalkosten.

Bei der Umsetzung sind – so die Erfahrungen aus diesem und anderen Projekten – folgende Aspekte zu beachten:

Die Einführung einer fallbegleitenden Kodierung muss von allen Beteiligten gewollt und positiv begleitet werden. Hierzu gehört auch eine entsprechende Vorbildfunktion der Vorgesetzten. Den Ärzten und Pflegekräften muss vermittelt werden, dass die „Kodierbesprechungen“ eine identische Priorität wie die Visiten haben. Eine Frage dazu könnte etwas so lauten: „Ist ein Arbeitstag ohne Kodierbesprechung genauso undenkbar wie ein Arbeitstag ohne Visite?“

Eine besondere Betreuung und Kommunikation der Beteiligten während der Einführung dürfte selbstverständlich sein.

Ebenso ist die Teambildung ein wichtiger Faktor. Die Kodierfachkraft muss Teil des Behandlungsteams sein, genauso wie z.B. die Stationsassistentin.

Für die Durchführung der täglichen Besprechungen gibt es verschiedene Modelle, deren Beschreibung den Rahmen hier sprengen würde.

Als erstes Ergebnis hat sich die Geschäftsführung des Leopoldina Krankenhauses in Schweinfurt dazu entschlossen, auf Basis der Auswertung dieses Projektes die fallbegleitende Kodierung in der urologischen Klinik dauerhaft einzuführen. ■

Dr. Erwin Horndasch  
Steinbruch 32 b  
91126 Rednitzhembach  
EHorndasch@web.de