



**Dr. med. Steffen
Gramminger M.A.**
Stellv. Vorstandsvorsitzender der
Deutschen Gesellschaft

für Medizincontrolling e. V.

Stellv. Verwaltungsdirektor Evangelisches
Krankenhaus Bad
Dürkheim
E-Mail: Steffen.
Gramminger@
medizincontroller.de

Kodierfachkräfte – ran ans Krankenbett!

Das Koder-Casemanagement-Modell

Die Diskussion um Kodierfachkräfte in Deutschland ist so alt wie die Einführung des G-DRG-System selbst. Zwar lag und liegt die Verantwortung bezüglich der Kodierung in den Händen der Ärzte – nur stellt sich die Frage, inwiefern diese Tätigkeit wirklich eine primär ärztliche Aufgabe ist. Zahlreiche Modelle wurden in Deutschland in den letzten Jahren entwickelt, eingeführt, modifiziert und wieder verworfen, um schließlich festzustellen, dass es ohne speziell ausgebildete Mitarbeiter nur zu unbefriedigenden Ergebnissen führt. Denn eines wurde deutlich: Eine korrekte und vollständige Kodierung ist erstens kein Selbstläufer und zweitens für die Erlössicherung der Krankenhäuser unabdingbar.

Verschiedene Kodiermodelle

Das Ärzte-Modell. Derzeit immer noch am häufigsten in Deutschland etabliert. Die Ärzte kodieren während des stationären Aufenthaltes eines Patienten. Je nach Kodierworkflow erfolgt eine Überprüfung der Kodierung durch einen Kodierverantwortlichen, meist einen Oberarzt.

Das Ärzte-Abrechner-Modell. Auch hier kodieren die Ärzte während des stationären Aufenthaltes eines Patienten. Am Ende des Kodierworkflows stehen speziell ausgebildete Mitarbeiter der Abrechnung, welche bei der Rechnungsstellung Plausibilitätsprüfungen durchführen. Bei Auffälligkeiten werden die Fälle nochmals mit den Ärzten erörtert und gegebenenfalls korrigiert.

Das Koder-Modell. Beim Koder-Modell wird nach Abschluss des Aufenthaltes die Dokumentation komplett in die Kodierung umgesetzt. Die Koder sind in der Regel speziell ausgebildete Verwaltungs- oder Pflegekräfte, welche anhand der Dokumentation in der Krankenakte die Verschlüsselung durchführen.

Das Koder-Casemanagement-Modell. Hierbei handelt es sich um einen relativ neuen Ansatz, der die DRG-Fallkodierung mit Elementen des Case-Managements verbindet. Der Koder bzw. die Kodierfachkraft ist in den Stationsablauf integriert. Die Kodierung wird durch ihn kontinuierlich anhand der Krankenakte und der Patientenkurve sowie in Kommunikation mit den Ärzten und dem Pflegepersonal durchgeführt. Des Weiteren berät er über wahrscheinliche Erlöse, bespricht die Verweildauern der prospektiven DRG und identifiziert etwaige Dokumentationslücken.

Die Historie der Kodiermodelle

Zu Beginn der DRG-Einführung war die Aufgabe der Kodierung schnell vergeben. Wer sollte denn besser kodieren können als diejenigen, welche die Leistungen erbringen. Also wurden die Ärzte durch zahlreiche Schulungen und Motivationsbemühungen fit für die DRG gemacht. Der Arzt als Kodierer galt als Selbstverständlichkeit in den frühen DRG-Jahren, zumal die Umsetzung primär kostenneutral erfolgen konnte. Als nächsten Schritt etablierte sich der Medizincontroller in den deutschen Krankenhäusern. Er hatte die Aufgabe, die Ärzte durch Schulungen auf dem Laufenden halten, die Qualität der Kodierung zu kontrollieren bzw. spezielle Fälle selbst zu kodieren. Der Kodierworkflow gestaltete sich einfach, da er sich in die gegebenen Strukturen reibungslos einpasste. Der Stationsarzt kodierte, der Kodierverantwortliche gab die Kodierung frei, der Medizincontroller kontrollierte und die Verwaltung rechnete ab. Dass diese Variante bis heute in den Krankenhäusern immer noch am häufigsten Anwendung findet, kann sicherlich nicht auf besonders gute Ergebnisse dieses Modells zurückgeführt werden, sondern eher auf Angst vor Veränderungen, Angst vor Mehrkosten und schließlich Bedenken aufgrund des erheblichen Mehraufwandes bei der Einführung von neuen Kodiermodellen. Die Defizite dieses Modells, wie großer Schulungsaufwand bei hoher Personalfuktuation, erhöhter administrativer Aufwand für die Ärzte zu Lasten der medizinischen Versorgung, Risiken für systematische Fehler, fehlende Motivation, zeitlich verschleppte Kodierung und letztlich eine suboptimale Kodierqualität, wurden augenscheinlich. Die Variante, durch speziell geschultes Verwaltungspersonal bei Rechnungsstellung eine Plausibilitätskontrolle durchzuführen, verbesserte, aber optimierte nicht die Ergebnisse, und andere Nachteile wie hoher Schulungsaufwand, Mitarbeitermotivation, Steuerung etc. konnten ebenfalls nicht behoben werden.

Also musste man davon ausgehen, dass Krankenhäuser, welche die Brisanz schon früh erkannt haben und mit speziell ausgebildeten Koder arbeiteten, auf die richtige Karte gesetzt hatten. Aber die Praxis zeigt, dass auch das Koder-Modell erhebliche Mängel aufweist. Zum einen kann die Kodierung nur so gut sein, wie die Dokumentation ist, und wie es bisweilen um diese in den Krankenakten bestellt ist, weiß man nur zu gut. Aufgrund des Workflows entsteht ein langer Zeitraum von Entlassung



bis zur Rechnungsstellung und führt dadurch zu Liquiditätsengpässen. Des Weiteren ist eine Steuerung praktisch nicht möglich, da die Kodierung und Groupierung erst nach der Entlassung erfolgt. Außerdem werden die Ärzte für ökonomische Belange völlig desensibilisiert.

Das Koder-Casemanagement-Modell

Das Koder-Casemanagement-Modell, ein relativ neuer methodischer Ansatz, meidet die Defizite und vereint die Vorteile der oben beschriebenen Kodiermodelle. Durch die Integration der Kodierfachkraft in den Stationsablauf wird gewährleistet, dass die Kodierung schon während der stationären Behandlung des Patienten ein fester Bestandteil im Arbeitsprozess ist, die Dokumentation zielgerichtet durchgeführt wird und die Möglichkeit der Fallsteuerung besteht. Aber nicht nur die beschriebenen Defizite der »alten« Modelle, sondern insbesondere das immer komplexer werdende DRG-System, der zunehmende Mangel von medizinischem Fachpersonal und nicht zuletzt die Zunahme an MDK-Prüfungen zwingen die Krankenhäuser zum Umdenken. Letztendlich muss klar sein, dass die Kodierung nicht nur das Finden des richtigen Codes darstellt, sondern integraler Bestandteil eines umfänglichen Fallmanagements ist, welches sich zusammensetzt aus Fallsteuerung, Dokumentation, Kodierung, Rechnungsstellung und schließlich der MDK-Prüfung.

Die Einführung im Evangelischen Krankenhaus Bad Dürkheim

Das Evangelische Krankenhaus Bad Dürkheim ist ein Haus der Grundversorgung mit den drei bettenführenden Stationen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie. Hinzu kommt eine Anästhesie, eine HNO-Belegabteilung sowie eine interdisziplinär geführte Intensivstation. In Bad Dürkheim werden im Jahr ca. 6.000 stationäre Fälle im DRG-Bereich abgerechnet. Zu Beginn der DRG-Einführung wurde die Kodierung zunächst von den Ärzten durchgeführt, welche unterstützt und geschult wurden von einem Medizincontroller. Später wurden Mitarbeiter der Patientenabrechnung bezüglich der Kodierung geschult und fortgebildet, sodass bei der Abrechnung eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt werden konnte, die Kodierung aber primär weiterhin von den Ärzten vorgenommen wurde (Ärzte-Abrechner-Modell). Damit konnten zwar zufrieden stellende Ergebnisse erzielt werden, die steigende Komplexität des DRG-Systems, der Schulungsaufwand für die Ärzte und die zunehmenden MDK-Prüfungen erhöhten aber den Druck, auf ein Koder-Modell umzusteigen. Als im Jahr 2007 aufgrund ärztlicher Personallengpässe die Kodierung nur noch sehr zeitverzögert



Abb. 1:
Die Abbildung verdeutlicht die Funktion der Kodierfachkraft als Bindeglied zwischen den Berufsgruppen und innerhalb der verschiedenen Arbeitsprozesse von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten.

durchgeführt werden konnte und es wegen der verspäteten Rechnungsstellung zu einem erheblichen Liquiditätsverlust kam sowie die Mitarbeiterzufriedenheit unter den Ärzten immer mehr abnahm, war es endgültig an der Zeit, auf ein neues System umzustellen. Es sollten Kodierfachkräfte eingestellt werden, die nicht nur in Zusammenarbeit mit den Ärzten und den Pflegekräften die Kodierung durchführen, sondern gleichzeitig Einfluss auf die Dokumentationsqualität nehmen und bezüglich möglicher DRG-Erlöse sowie Verweildauergrenzen beratend tätig sind. Sie »begleiten« den Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung, identifizieren Risiken der primären wie auch der sekundären Fehlbelegung und unterstützen Ärzte, Pflege und Funktionspersonal hinsichtlich einer optimierten Prozessqualität.

Die praktische Umsetzung und die wichtigsten Rahmenbedingungen

Die theoretischen Anforderungen, die dieses Modell erfüllen sollte, waren allen Beteiligten klar. Doch, wie sah es mit der praktischen Umsetzung aus? Wie viele Patienten kann eine Kodierfachkraft »begleiten«? Wird die Kodierfachkraft eventuell als Störfaktor auf der Station wahrgenommen? Muss die Kodierfachkraft bei den Visiten und der Pflegeübergabe anwesend sein? Wie sieht eine optimale Vor- und Nachbereitung eines Falles aus? Wie reagieren die Ärzte auf Hinweise bezüglich Dokumentationslücken und Verweildauergrenzen? Fragen über Fragen. Erfahrungen anderer Kliniken mit einer solchen Struktur waren rar gesät, also mussten eigene Erfahrungen gesammelt werden. Hierzu wurde zunächst das Pilotprojekt »Kodierfachkraft am Krankenbett« auf einer Station durchgeführt. Über den Zeitraum von zwei Monaten konnten zahlreiche Aufschlüsse gewonnen werden. Die wichtigsten sollen im Folgenden dargestellt werden:



Fälle pro Kodierfachkraft

Das Pilotprojekt zeigte, dass hochgerechnet eine Kodierfachkraft ca. 2.500 Fälle pro Jahr »begleiten« und kodieren kann. Selbstverständlich ist dies von der Abteilung und der Komplexität der einzelnen Fälle abhängig. So wird die Quote in einer Orthopädie mit hohem Anteil an elektiven Eingriffen höher sein als in einer internistischen Abteilung mit vielen Notfällen und multimorbiden Patienten.

Die Kodierfachkraft als Störfaktor

Die beiden wichtigsten Voraussetzungen, die Kodierfachkraft in den Stationsablauf zu integrieren, ohne dabei als Störfaktor wahrgenommen zu werden, sind die räumlichen Rahmenbedingungen und die zeitliche Abstimmung unter allen Beteiligten. Wenn die Kodierfachkraft in Zeiten der größten Hektik zwischen Schwestern, Pflegern und Ärzten in zu klein geratenen Stützpunkten umherspringt, wird sie zwar kaum Informationen sammeln können, aber dafür in kürzester Zeit eine große Inakzeptanz ernten. Sitzt sie aber im stillen Kämmerlein irgendwo im Keller und wartet, bis sie gerufen wird, so werden die meisten relevanten Dinge an der Kodierfachkraft vorbeigehen und bezüglich der Stationskommunikation außen vor bleiben. Daher ist ein Zimmer auf der Station unabdingbare Voraussetzung. Im speziellen Fall Bad Dürkheim gibt es auf jeder Station einen kleinen Raum, den die Stationsleitung zum Schreiben der Dienstpläne, für Mitarbeitergespräche und Ähnliches nutzt. In diesen Räumen wurde ein zweiter Arbeitsplatz mit PC für die Kodierfachkräfte eingerichtet. Somit ist die Kodierfachkraft nah genug am Ort des Geschehens, kann sich in Zeiten der größten Hektik zurückziehen und ist doch direkt erreichbar, vor allem für die wichtigen »kleinen Fragen zwischendurch«.

Anwesenheit bei den Visiten

Ursprünglich war vorgesehen, dass zu jeder Visite die Kodierfachkraft anwesend ist. Unsere Erfahrung zeigte, dass der Zeitaufwand nicht im Verhältnis zur gewonnenen Information steht bzw. der Austausch über DRG-relevante Belange während den Stationsarztvisiten häufig zu kurz kommt. Dagegen stellten sich die Ober- und Chefarztvisiten als überaus wichtiges Medium heraus. In diesen Visiten werden die bisherigen Befunde und deren Ergebnisse zusammengefasst, werden Therapiepläne besprochen bzw. entwickelt, die Entlassungen geplant u.v.m. Außerdem gibt es der ärztlichen Führung während den Visiten die Möglichkeit, durch entsprechendes Verhalten die Wichtigkeit der Kodierfachkraft für das Krankenhaus bzw. für die Abteilung zu unterstreichen und somit für die notwendige Akzeptanz zu sorgen.

Einrichtung von täglichen Kodierbesprechungen

Statt der Stationsarztvisiten haben sich tägliche Kodierbesprechungen zwischen Kodierfachkräften und Stationsärzten bewehrt. Im Rahmen dieser Besprechungen werden die vorbereiteten Fälle (siehe auch »Die richtige Vor- und Nachbereitung«) hinsichtlich Vervollständigung der Kodierung, Groupierung, Grenzverweildauer und lückenhafte Dokumentation erörtert und entsprechend ergänzt. Bei Stationsgrößen von 30 Patienten und zwei Stationsärzten werden ca. 20 min. pro Besprechung und Arzt benötigt. Die Termine werden hinsichtlich der Stationsabläufe individuell abgestimmt.

Anwesenheit bei der Pflegeübergabe

Neben den Chef- und Oberarztvisiten sowie den Kodierbesprechungen mit den Stationsärzten ist die Teilnahme der Kodierfachkräfte an einer Pflegeübergabe pro Tag fester Bestandteil der Kommunikationsstruktur. Somit ist auch der Austausch zwischen Kodierfachkraft und Pflegepersonal gewährleistet. Pflegerelevante Nebendiagnosen und Prozeduren gehen nicht verloren und vor allem kann die Dokumentation hinsichtlich primärer und sekundärer Fehlbelegung optimiert werden.

Die richtige Vor- und Nachbereitung

Für eine effiziente Durchführung der oben beschriebenen Kommunikationsstrukturen ist es unabdingbar, dass die Fälle für die Kodierbesprechungen von der Kodierfachkraft vorbereitet sind. Dies bedeutet, dass sich die Kodierfachkraft anhand des Anamnesebogens, der Patientenakte und Patientenkurve sowie der schon vorhandenen Kodierung einen Überblick über die aktuellen Fälle verschafft, Kodierungen vervollständigt oder verschiedene Kodiermöglichkeiten erarbeitet und Dokumentationslücken identifiziert. Im Gespräch mit den Ärzten wird dann die Kodierung nochmals abgestimmt und der Fall gruppiert. Die ermittelte DRG wird auf Plausibilität geprüft und die geplante Verweildauer mit der entsprechenden Grenzverweildauer verglichen. Ökonomisches Ziel ist dabei die mittlere Verweildauer. Die Informationen im Rahmen der Visiten werden am PC von der Kodierfachkraft nachgearbeitet und ebenfalls entsprechend in das Grupperergebnis eingearbeitet.

Der detaillierte Ablauf

Die Tabelle auf Seite 63 stellt die Arbeitsprozesse und Ergebnisse im Verlauf einer stationären Behandlung eines Patienten dar. Dabei wird speziell auf die Funktion und die Aufgaben der Kodierfachkraft in Verbindung mit dem Casemanagement eingegangen.



Verlauf einer stationären Behandlung	Arbeitsprozesse	Ergebnis
Aufnahme des Patienten in der Zentralen Patientenaufnahme	Aufnahmearzt kodiert die Aufnahmediagnose mit voraussichtlicher VWD direkt in das KIS und gruppiert den Fall. Handelt es sich um eine Diagnose, welche einen CP triggert, wird dies mit dem entsprechenden Aufkleber auf dem Krankenblatt kenntlich gemacht. Des Weiteren wird die ärztliche Anamnese und Untersuchung in das Krankenblatt dokumentiert, insbesondere die Begründung der stationären Aufnahme (AEP). Weiteres Procedere (Untersuchungen, Anordnungen etc.) werden dokumentiert bzw. lt. CP ausgeführt. Pflegerisch erfolgt nur eine »Kurzaufnahme«.	Patient steht mit Arbeits-DRG im KIS, ärztl. Dokumentation bereits erfolgt, Basisdaten »Pflegerische« sind erfasst, evtl. CP ausgelöst, Procedere mit Anordnungen sowie Anmeldungen von Untersuchungen sind veranlasst.
Aufnahme auf Station	Pflege vervollständigt die pflegerische »Kurzaufnahme«, verständigt den Stat.-Arzt (behandelnder Arzt) und informiert die zuständige Kodierfachkraft. Stationsarzt übernimmt Info von Aufnahmearzt und vervollständigt evtl. Versäumnisse, insbesondere Anmeldung von Untersuchungen bzw. fehlende Anordnungen. Gegebenenfalls Rücksprache mit Oberarzt. Eventuell Vorgehen nach CP (Vorgabe KIS). Bei Bedarf Info an Sozialdienst (Entlassmanagement).	Patient vollständig auf Station aufgenommen. Alle erforderlichen Anmeldungen, Dokumentationen, Anordnungen etc. sind getroffen. Alle Beteiligten sind informiert.
Verlauf auf Station	Patient wird entsprechend den Vorgaben des behandelnden Arztes bzw. des zuständigen Ober-/Chefarztes behandelt. Es finden tägliche Teambesprechungen zwischen behandelndem Arzt, Pflege und Kodierfachkraft statt. Inhalte dieser Besprechungen sind zu erfassende Diagnosen und Prozeduren sowie der Abgleich der dazu notwendigen Dokumentation. Bei Bedarf Umgruppierung und Neuplanung der voraussichtlichen VWD (Medizin/Ökonomie). Frühzeitige Planung der Entlassung (Hausarzt, Angehörige, Sozialdienst, Hilfsmittelversorgung, AHB, Kurzzeitpflege etc.). Bei Ober- und Chefarztvisiten ist die Kodierfachkraft immer anwesend.	Behandlungsprozesse laufen optimiert ab, kontinuierliches Controlling und Nachbesserung sind gewährleistet sowie die Kommunikation unter allen Beteiligten, Entlassungstermin immer im »Blick«, vollständige Erfassung der Diagnosen und Prozeduren sowie korrekte Kodierung und entsprechende zielgerichtete Dokumentation.
Tag der Entlassung	Entlassbrief wird geschrieben, Endkodierung wird bei Teambesprechung festgelegt und bei Eindeutigkeit zur Abrechnung freigegeben bzw. bei Unklarheiten in Status »Medizincontrolling« gesetzt. Sollten noch kodierrelevante Ergebnisse ausstehen, so ist die Kodierfachkraft nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt für die Erfassung verantwortlich.	Mit der Entlassung des Patienten ist der Entlassbrief geschrieben und wird mitgegeben, die Endkodierung ist mit hoher Qualität bereits im Status »zur Abrechnung freigegeben« oder mindestens im Status »Medizincontrolling«, die Entlassanzeige kann zeitnah übersendet werden, die Rechnung kann frühzeitig erstellt werden. Die Akte kann frühzeitig in das Vorarchiv gegeben werden. Der Fall ist am Tag der Entlassung administrativ »abgearbeitet«.
DK-Prüfung	Bei MDK-Prüfungen werden die Fälle an die zuständige Kodierfachkraft unter Kenntnis des Falles zur Vorbereitung gegeben. Bei Vor-Ort-Prüfungen werden diese vom Medizincontroller in Zusammenarbeit mit der entsprechenden Kodierfachkraft durchgeführt.	Schnelle, gute Vorbereitung aufgrund guter Fallkenntnisse, Entlastung der behandelnden Ärzte und des Medizincontrollers, schnelle Prüfungen und positive MDK-Ergebnisse, aufgrund guter Kodierqualität und zielgerichteter Dokumentation.

Die Finanzierung

Wie bei allen neuen Modellen, die Personalzuwachs bedeuten, stellt sich natürlich die Frage, wie dies zu finanzieren ist. Neben der augenscheinlichen Erlösverbesserung durch optimierte Kodier- und Dokumentationsqualität sowie die Kostenreduktion durch Verweildauersenkung, soll im Folgenden auf zwei Punkte genauer eingegangen werden.

Die 100-Euro-Aufwandsentschädigung

Nach dem GKV-WSG ist die Krankenkasse seit dem 01.04.2007 verpflichtet, den Krankenhäusern bei einer MDK-Prüfung, die nicht zur Minderung des Abrechnungsbetrags führt, eine Aufwandspauschale in Höhe von 100,- EUR zu bezahlen. Die durchschnittliche Prüfquote liegt zur Zeit zwischen 10 – 15% aller stationärer Fälle. Wenn eine Kodierfachkraft 2.500 Fälle im Jahr kodiert, werden vorsichtig gerechnet 250 Fälle davon geprüft. Bei der zu erwartenden Kodier- und Dokumentationsqualität kann man von 80% der Fälle ausgehen, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führen. Dies bedeutet,

dass in 200 Fällen die Aufwandspauschale von 100,- EUR fällig wird, also ein Gesamtbetrag von 20.000,- EUR zu Verfügung steht.

Minderung des Liquiditätsverlustes durch schnellere Rechnungsstellung

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen sowie die Zahlungsfrist zählt erst ab dem Datum der Rechnungsstellung, d. h., mit jedem Tag von Entlassung bis zur Rechnungsstellung verzichtet das Krankenhaus auf die ihm zustehenden Erlöse. Geht man wieder von 2.500 Fällen pro Kodierfachkraft aus und einem CMI von 1,0 sowie einer Baserate von 2.850,- EUR, so kommt man auf ein »Jahresbudget« einer Kodierfachkraft von ca. 7.000.000 EUR, was wiederum ein Tagesbudget von ca. 20.000 EUR bedeutet. Reduziert sich aufgrund der neuen Strukturen der Zeitraum zwischen Entlassung und Rechnungsstellung um einen Tag, so mindert sich der Liquiditätsverlust aufgrund der verspäteten Rechnungsstellung bei einem angenommenen Zinssatz von 5% um 1.000,- EUR im Jahr. Jeder Tag einer früheren Rechnungsstellung bringt in dieser

Arbeitsprozesse und Ergebnisse im Verlauf einer stationären Behandlung eines Patienten



Jahresbudget	Tagesbudget	Zeitraum zwischen Entlassung und Rechnungsstellung in Tagen	Liquiditätsverlust	Verzinsung zu 5%
7 Mio. €	20.000 €	14	280.000 €	14.000 €
7 Mio. €	20.000 €	9	180.000 €	9.000 €
Differenz		5	100.000 €	5.000 €

Tab. 1 Beispielrechnung dem Krankenhaus 1.000,- EUR Liquiditätsgewinn bzw. eine Minderung des Verlustes. Obenstehende Tabelle veranschaulicht die Berechnung am Beispiel einer um fünf Tage schnelleren Rechnungsstellung

Wenn man von 30.000 – 40.000 EUR Personalkosten für eine Kodierfachkraft ausgeht, sind allein aufgrund der beiden oben beschriebenen Beispiele zwischen 70% und 80% der Personalkosten gedeckt. Hinzu kommt eine Erlössteigerung durch Verbesserung der Kodierqualität, ein geringere Verlustrate bei MDK-Prüfungen durch verbesserte Dokumentation sowie eine Kostenreduktion wegen einer verkürzten durchschnittlichen Verweildauer.

Ergebnisse

Ergebnisse

In der relativ kurzen Zeit zwischen Einführung des Koder-Casemanagement-Modells und der Erstellung des Artikels konnten folgende positive Erfahrungen gesammelt werden:

- Die Medizin wird von administrativen Tätigkeiten entlastet
- Rückgewinnung von Zeit für die Kernkompetenzen Medizin und Pflege
- Arbeitserleichterung für alle Berufsgruppen
- Teambildung mit Einbeziehung aller Berufsgruppen
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und der Motivation
- Steigerung der Dokumentations- und Kodierqualität
- Steigerung der Liquidität
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit (Kosten sinken/Erlöse steigen)
- Geringere Verluste sowie Entlastung der Ärzte und des Medizincontrollers bei MDK-Prüfungen

Fazit

Die Entwicklung für die Kodierung speziell ausgebildete Mitarbeiter einzusetzen, scheint nicht aufzuhalten zu sein. Die immer komplexer werdende Kodierung, der Mangel an medizinischem Fachpersonal, die Flut an MDK-Prüfungen, der Druck zur Prozessoptimierung sind nur einige Gründe, die diese Entwicklung vorantreiben.

Auch das Medizincontrolling hat sich aufgrund der Dynamik im Gesundheitswesen gewandelt. Waren früher

die Hauptaufgaben des Medizincontrollers mehr im operativen Bereich (z. B. Schulungen, Kodierung, MDK-Prüfungen, KK-Anfragen etc.) angesiedelt, so wird der Medizincontroller jetzt immer mehr in strategische Aufgaben eingebunden. Zu Beginn der DRG-Einführung konnte das Medizincontrolling noch als »One-Man-Show« gehandhabt werden, mittlerweile haben sich aber eigene Abteilungsstrukturen aus Ärzten, Pflegekräften, Kodern und Abrechnungsfachleuten gebildet. In diesen Strukturen spielen die Koder oder Kodierfachkräfte als Verbindung zwischen der Medizin und Ökonomie eine zentrale Rolle. Diese kann aber nur ausgefüllt werden, wenn die Berufsgruppe ein integraler Bestandteil »auf Station« ist. Daher und aufgrund der oben beschriebenen Defizite ist der Koder, welcher ausnahmslos nach Aktenlage kodiert, ein Auslaufmodell. Die Aufgabe des Koders als Casemanager oder Fallbegleiter ist nämlich weit mehr als »nur« die Kodierung. Er oder sie sorgt gleichzeitig für eine zielgerichtete Dokumentation, ist innerhalb der Pflege und der Ärzteschaft Multiplikator ökonomischer Belange und überwacht bzw. beeinflusst Steuergrößen wie Verweildauer, Verlegungen oder Verbringungen. Der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser sowie die weitere Entwicklung im Gesundheitswesen setzt zwangsläufig ein gut funktionierendes Casemanagement voraus. Mit dem Einsatz von Kodierfachkräften als Casemanager werden somit zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen.

Da sich ab 2.500 Fällen pro Jahr eine Kodierfachkraft finanzieren lässt, spielt auch die Größe des Krankenhauses keine Rolle. Im Gegenteil, sehr kleine Häuser, die sich wegen der Kosten einen eigenen Medizincontroller nicht leisten können, haben die Möglichkeit, mit Kodierfachkräften als Fallbegleiter ihre Kodier- und Dokumentationsqualität auf ein hohes Level zu bringen. Der Medizincontroller als Supervisor der Kodierfachkräfte und strategischer Berater kann bei Bedarf dann als externe Dienstleistung eingekauft werden.

Unter Einbeziehung aller Fakten kann das künftige Motto bezüglich Kodierung nur lauten: Kodierfachkräfte – ran ans Krankenbett. Auch wenn die Kosten auf den ersten Blick zunächst etwas höher erscheinen, so gibt es doch einige Möglichkeiten, diese Mehrkosten wieder zu erwirtschaften. Natürlich muss erwähnt werden, dass oben beschriebene Finanzierungsmöglichkeiten selbstverständlich stark abhängig von der Ausgangssituation des einzelnen Krankenhauses ist. Ist jedoch die Ausgangslage in allen oben beschriebenen Belangen so gut, dass es zu keiner Erlössteigerung, zu keiner Kostenreduzierung und zu keiner Verbesserung der Liquidität kommt – dann herzlichen Glückwunsch: Sie haben anscheinend schon das richtige Modell gefunden ... oder sollten Sie vielleicht nochmals nachrechnen? ■