



Einsatz von „Codern“ im DRG-Zeitalter

Markus Stein

Klinikum Ludwigshafen, Oktober 2004



Anforderungen an Dokumentation

- **Patientenakte muss einem schnellen Retrieval gerecht werden**
 - Recall-Verbesserung durch klare Strukturierung der relevanten Dokumente
 - Precision-Verbesserung durch Ausgrenzung nicht-relevanter Dokumente (Studie von 2003: ca. 9 – 27 % der Dokumente einer Akte sind relevant)
- **Erhöhter Druck auf Digitalisierung der Patientenakte**
 - (Voll-) Strukturierung der elektronischen Dokumente
 - Beschränkung der „Abrechnungssicht“ auf relevante Daten



Traditionelle DRG-Abrechnung (1)

Behandelnde Ärzte

**Extraktion
Kodierrichtlinien-
relevanter Daten**

„DRG-Ärzte“

**Freigabe zur
Abrechnung**

Administrative Abrechnung

**Rückfragen
medizinischer
und
„DRG“-Natur**

**Rückfragen bzgl.
Hauptdiagnosen
(interne Verlegungen)
und
Fallzusammenführungen**



Traditionelle DRG-Abrechnung (2)

Vorteile

- Medizinische Kenntnis der behandelten Fälle
- Strikte Aufgabenteilung der medizinischen und administrativen Tätigkeiten bzgl. DRG-Abrechnung
- Keine Schaffung neuer Stellen
- Unterstützung durch „praxisnahe“ EDV-Lösungen

Nachteile

- Ungenügende Kenntnis der medizinisch-ökonomischen Abrechnungsregeln (jährlicher, hoher Schulungsaufwand)
- Erhöhter administrativer Aufwand seitens Ärzte
- Schnittstellenverschärfung zwischen Ärzteschaft und Verwaltung



Einsatz von „Codern“ (1)

- Verlagerung von administrativen Tätigkeiten und Kenntnissen in den medizinischen Bereich
- Grundvoraussetzungen
 - Medizinische Grundausbildung
 - Aus- bzw. Weiterbildung in Grundlagen Medizinischer Dokumentation (v.a. angewandte Klassifikationstheorie)
 - Sehr gute Kenntnis des DRG-Systems (v.a. der Kodierrichtlinien)
 - Optional sehr gute Kenntnis der Abrechnungsregeln (siehe Ludwigshafener Modell)



Einsatz von „Codern“ (2)

- **Tätigkeiten im Ludwigshafener Modell**
 - **Tägliches Abholen der kompletten Patientendokumentation auf den Stationen (neu: Besetzung mit Hol- und Bringedienst)**
 - **Extraktion DRG-relevanter Daten aus der gesamten Dokumentation und Verschlüsselung nach gültigen Katalogen**
 - **Anfertigung eines Gruppierungsausdrucks**
 - **Rückgabe der Patientendokumentation mitsamt Ausdruck auf den Stationen**
 - **Prüfung des Ausdrucks durch Stations- oder DRG-Ärzte**
 - **Freigabe zur Abrechnung durch Unterschrift und Rücklauf der Ausdrucke zu den „Codern“**
 - **Abrechnung durch „Coder“**
 - **Aktive Mitbeteiligung bei Beantwortung von MDK-Anfragen**



Einsatz von „Codern“ (3)

- **Veränderungen des effektiven CMI (2003 → 2004)**
 - HNO + 3,7%
 - Chirurgie + 4,6%
 - Dermatologie + 5,4%
 - MKG-Chirurgie + 6,1%
 - Herzchirurgie + 12,2%
 - Onkologie/Nephrologie + 12,5%
 - Urologie + 14,9%
- **Erhöhung des Anteils spezifischer Diagnosen und Prozeduren**
- **Erlössicherung gegenüber Kostenträgern**
 - Ziel : mindestens 95% der MDK-geprüften Fälle unverändert



Einsatz von „Codern“ (4)

Auswertung der MDK-Prüfungen vor Ort

Auswertung aller MDK-Prüfungen (vor Ort-Prüfung)

<u>Geprüfte Fälle</u>	172
wegen Fehlbelegung:	61 (35,47%)
wegen Hauptdiagnose:	53 (30,81%)
wegen Nebendiagnose(n):	79 (45,93%)
wegen unterer GVD:	34 (19,77%)
wegen oberer GVD:	3 (1,74%)



<u>Ergebnis der MDK-Prüfung</u>	
keine Veränderung:	135 (78,49%)
keine stationäre Vergütung:	2 (1,16%)
Wechsel der Basis-DRG:	11 (6,40%)
Höhergruppierung in B-DRG:	0 (0,00%)
Niedergruppierung in B-DRG:	11 (6,40%)
Abschläge wegen Liegedauer:	3 (1,74%)
Änderung ohne Erlösrelevanz:	10 (5,81%)

<u>Erlösveränderungen</u>	
Erlöse vorher:	635.912,06 €
Erlöse nachher:	592.323,26 €
Erlösdifferenz:	-43.588,80 €

6,85% Abschläge vom Ursprungserlös



Einsatz von „Codern“ (5)

- Gewährleistung eines hohen fachlichen (medizinischen) Kenntnisstandes durch feste Fachabteilungszuordnung
- Bedarfsermittlung : ca. 3.000 – 3.200 stationäre Fälle sind durch 1 „Coder-VK“ zu erledigen
- Zuordnung zu einem disziplinarischen Bereich (Verwaltung oder Ärztliche Direktion)
- Keine Dezentralisierung, um einfache Vertretungsregelungen zu ermöglichen