

Dr. Andreas Becker/Anna Maria Raskop/Udo Beck

CLINOTEL-Krankenhausverbund: Optimale Kodierung erfordert optimale Unterstützung

Die DRGs sind da. Die ersten Krankenhäuser sammeln bereits Erfahrungen mit dem neuen System „im Echtbetrieb“. Die Anforderungen an die Kodierqualität orientieren sich nun nicht mehr an potenziellen Chancen und Risiken, sondern wirken sich konkret und direkt auf die aktuellen und die künftigen Budgets der Krankenhäuser aus. Viele Häuser beschäftigen sich bereits seit einiger Zeit mit dem Thema Kodierqualität. Derzeit bearbeiten 12 Krankenhäuser dieses wichtige Thema gemeinsam unter der Regie des CLINOTEL-Krankenhausverbundes, an dessen Beispiel im Folgenden umfassende Aktivitäten zu Analyse und Optimierung der Kodierqualität aufgezeigt werden sollen.

Die Notwendigkeit einer optimalen Kodierqualität kann unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden. Neben den Möglichkeiten, anhand einer vollständigen Kodierung Daten zur medizinischen Qualitätssicherung gewinnen zu können – ein weiteres aktuelles Projekt im CLINOTEL-Verbund – sind aus monetärer Sicht 3 wesentliche Aspekte zu betrachten:

1. Aktuelle Erlösverluste optierender Häuser

Dass unvollständige oder ungenaue Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren zu einer Reduktion der aktuellen Erlöse führt, ist in der Fachliteratur hinreichend beschrieben.¹⁾ Zwar wird dies in 2003 durch die Mindererlösausgleiche von 95 Prozent bilanziell weitgehend ausgeglichen, jedoch ab 2004 besteht ein enormes Verlustrisiko, da der Ausgleich dann nur noch 40 Prozent beträgt. Darüber hinaus sind Mindererlöse in 2003 auch eine Frage der Liquidität.

2. Künftige Budgetreduktion wegen zu niedrigem Case-Mix-Index

Die Kodierqualität im Jahr 2003 stellt eine entscheidende Grundlage zum Einstieg in die Konvergenzphase ab 2005 dar, da die Budgets sukzessive angepasst werden.²⁾ Neben der Fallzahl ist hierbei auch die Summe der Bewertungsrelationen aller Patienten ein wichtiger Faktor. Diese wird entscheidend durch die Kodierqualität bestimmt.

3. Aktuelle Abrechnungsprobleme durch

- offensichtlich unbegründete Zahlungsverzögerungen durch die Kassen,
- objektiv fehlerhafte Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren.

Offensichtlich unbegründete Anfragen und Zahlungsverzögerungen der Kassen gibt es bereits seit Jahren und mit diesen ist nach vorliegenden Informationen auch weiterhin

fest zu rechnen. Innerhalb des CLINOTEL-Verbundes gibt es hierzu eine Arbeitsgruppe aus den Leitern der Patientenabrechnungen, die ein Netzwerk zur gegenseitigen Unterstützung gegründet haben. Eine objektiv fehlerhafte Verschlüsselung kann 2 Konsequenzen haben: Ist beispielsweise zu hoch abgerechnet worden, droht neben der Zahlungsverzögerung bei „grober Fahrlässigkeit“ nach § 17c KHG die Rückzahlung des Rechnungsbetrags und darüber hinaus nochmals desselben Betrags. Andere Fälle, die nicht zu hoch abgerechnet wurden, sondern bei denen zum Beispiel „nur“ gegen Kodierrichtlinien verstoßen wird, bergen ebenfalls eine große Gefahr: Rückfragen der Krankenkassen, Zahlungsverzögerungen, krankenhausinterner Verwaltungsaufwand zur Begründung und ggf. Änderung der fehlerhaften Daten. Hierdurch können erhebliche Zahlungsverzögerungen und daraus resultierend Liquiditätsengpässe entstehen, zumal einige Krankenkassen bereits offen mit Zahlungsverzögerungen gedroht haben.³⁾

Diese Rahmenbedingungen führen zum Erfordernis einer

- medizinisch korrekten und vollständigen Dokumentations von Diagnosen und Prozeduren und ihrer Kodierung, die sich an den Deutschen Kodierrichtlinien orientiert.

Hierzu hat der CLINOTEL-Krankenhausverbund ein Konzept entwickelt, das bereits seit 2 Jahren umgesetzt und ständig weiterentwickelt wird. Hierbei ist entscheidend: Die Optimierung der Kodierqualität erfolgt durch die Ärzte in den Mitgliedshäusern, die durch CLINOTEL ein Höchstmaß an Unterstützung erhalten. Es handelt sich dabei um ein mehrdimensionales Konzept, welches unterschiedliche Komponenten miteinander verbindet.

Unterstützung durch Transparenz

Bereits seit 2 Jahren liefern die Mitgliedshäuser einen fest definierten Datensatz an die CLINOTEL-Geschäftsstelle. Dieser Datensatz enthält im Wesentlichen Daten nach § 301 SGB V und ist für alle Häuser lieferbar. Er enthält alle für ein DRG-Grouping relevanten Daten und entspricht etwa der Struktur, wie sie beispielsweise auch von IMC oder 3M gefordert wird. CLINOTEL betreibt mit diesen und weiteren Daten ein DataWarehouse, mit dem unter anderem die Auswertungen für das Projekt „Analyse und Optimierung der Kodierqualität“ erstellt werden. Die häufig gestellte Frage: „Wie kann CLINOTEL diese Auswertungen erstellen, obwohl völlig unterschiedliche EDV-Systeme zum Einsatz kommen?“ ist damit beantwortet. Insgesamt stehen im DataWarehouse für 2002 rund 140 000 fallbezogene Datensätze zur Verfügung.

Die Daten aus den Häusern werden von der CLINOTEL-Geschäftsstelle angenommen, geprüft, ausgewertet und an-

Unterstützung durch Transparenz

Projekt: Analyse und Optimierung der Kodierqualität, zum Beispiel Auswertungen

- Art und Anzahl von Diagnosen und Prozeduren im Vergleich
- Einhaltung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)
- Intensivaufenthalt versus kostenintensive OPS-Kodes
- Unvollständige/ungenaue ICD und OPS

Unterstützung durch Information

Schulungen und Präsentationen:

- Schulungen der Ärzte zu DRG-Grundlagen/Bedeutung Kodierung
- Schulungen zu Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)
- monatliches Feedback an Leitung und Koordinatoren
- dreimonatliche Präsentation in den Mitgliedshäusern

Direkte Unterstützung kodierender Ärzte

Spezielle Projekte für kodierende Ärzte:

- E-Mail-Hotline bei individuellen Fragen zur Kodierung
- Kitteltaschenbuch mit Kodierhilfen für Fachbereiche mit besonderen Anforderungen (zum Beispiel Gynäkologie)
- fallbezogene Darstellung unter Aufzeigung von Fehlern/Kodieralternativen

schließlich in präsentationsfähiger Form an die Mitgliedshäuser mit Fachabteilungsbezug zurückgegeben. Die fallbezogenen Daten sind anonymisiert und werden verschlüsselt übersandt. Seit Beginn des Projekts bis heute hat sich auch der zeitliche Ablauf des Datentransfers sehr stark weiterentwickelt. Zunächst wurde der beschriebene Datenzyklus dreimonatlich, dann monatlich vollzogen, seit kurzem geschieht dies täglich. Die Datenlieferung erfolgt nach höchsten sicherheitstechnischen Anforderungen über ein VirtualPrivateNetwork (kurz: VPN), welches die Mitgliedshäuser mit der CLINOTEL-Geschäftsstelle verbindet und so einen sicheren und zügigen Datentransfer gewährleistet.

Die seit kurzem eingeführten täglichen Auswertungen stellen einen Meilenstein in der Entwicklung des Projekts dar. In der Vergangenheit wurden Daten retrospektiv betrachtet, was dann zu prospektiven Verhaltensänderungen geführt hat. So konnten bereits deutlich messbare Verbesserungen der Kodierqualität erzielt werden. Nachdem nun die Daten am Tage nach der Entlassung an die Geschäftsstelle gesendet werden können und die Auswertungen dann auch am selben Tag wieder zurückgeleitet werden, sind Änderungen/Korrekturen der Daten noch vor einer Lieferung an die Krankenkassen möglich und können somit prospektiv Erlösverluste und Abrechnungsprobleme vermeiden (Abbildung 1).

Abbildung 1 zeigt, welche Informationen die entlassende Fachabteilung täglich für solche Patienten erhält, bei denen eines der Prüfkriterien erfüllt ist. Die dargestellten Hinweise sollen zum Anlass genommen werden, den Fall im Einzelnen nochmals zu überprüfen und dort, wo eine unvollständige oder fehlerhafte Kodierung vorliegt, diese zu korrigieren. Der Vorteil hierbei ist, dass der Patient gerade erst entlassen wurde und die Informationsquellen (zum Beispiel die Patientenakte) noch vor Ort verfügbar sind.

Neben der Ausweisung von fallbezogenen Daten, der Prüfung des Gruppierungsergebnisses und der Gruppierung zugrunde liegender Kriterien wie Alter, Gewicht, etc. sowie Abfragen zur Kodierqualität anhand von nicht endständigen, suspekten oder unspezifischen Codes wird in den täglichen Auswertungen ein besonderes Augenmerk auf die Einhaltung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) gelegt. Um dies zu ermöglichen, wurden die Kodierrichtlinien hinsichtlich ihrer Strukturierbarkeit und sich daraus ableitender Leitsätze geprüft.

Das Resultat sind weit über 100 dv-technisch realisierte Abfragen. Ausgewiesen werden dabei Fälle, bei denen sich laut DKR eindeutige Fehler in Form von Kodierv Verstößen feststellen lassen. Darüber hinaus werden Hinweise auf ggf. vorliegende Kodiermängel gegeben, die sich nur mit Kenntnis des Gesamtfalles beurteilen lassen. Diese Hinweise ziehen somit nicht immer eine Korrektur der Daten nach sich. Sie sind ein weiterer Baustein zur Sicherstellung einer vollständigen und nach den DKR sachgerechten Verschlüsselung. Der nunmehr nicht unerhebliche Datenbestand des DataWarehouse aus mehreren Häusern über mehrere Jahre ermöglicht weitere wissensbasierte Abfragen, zum Beispiel kontextbezogene Prüfungen auf kostenintensive Prozedurenschlüssel nach OPS-301. Weiterhin sei exemplarisch genannt der Vergleich der Anzahl der Nebendiagnosen bei gleicher Hauptdiagnose, vergleichbarem Alter und Liegedauer. Hier werden künftig Fälle, die gegenüber den Vergleichsdaten als auffällig einzustufen sind, deutlich gemacht und entsprechend in der Abteilung geprüft. Diese Abfragen werden sukzessive im Rahmen der Weiterentwicklung des Projekts in die Auswertungen implementiert.

Zu den Abbildungen 1 und 2: Abbildung 1 zeigt ein Ergebnis einer täglichen Fallprüfung von CLINOTEL. Die Daten dieses Falles (Entlassung am 5. März 2003) wurden am 6. März 2003 (bis 10.00 Uhr) an die CLINOTEL-Geschäftsstelle geliefert und noch am selben Tage (16.00 Uhr) über das VPN zur Verfügung gestellt. Am 7. März 2003 (9.00 Uhr) lag der Fall in der Fachabteilung dem DRG-Koordinator vor und wurde dort in folgenden Punkten erörtert:

Fragestellung:

Sind die 2 Diagnosekodes, zu denen das Suspekt-Kennzeichen (!) angezeigt wird, korrekt?

Erörterung:

Die Kodierung der I25.10 ist in der Tat genauer möglich. Die der K52.9 „Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet“ kann anhand der vorliegenden Befunde nicht weiter konkretisiert werden. Klinische Daten geben somit eine Veränderung der Verschlüsselung nicht her.

Abbildung 1: CLINOTEL-tägliche Fallprüfung/Krankenhaus Nr. 11

Fachabteilung:	0100 Innere Medizin		
Fallnummer:	3204407	Geschlecht:	weiblich
Aufenthalt:	06.02.2003 – 05.03.2003	Verweildauer:	27 Tage
Intensivaufenthalt:	ja	Masch. Beatmung (h):	0
Alter:	72	Aufnahmegewicht:	entfällt
Datum der ersten OP:	07.02.2003	Entlassungsgrund:	Behandlung regulär beendet
Abzurechnende DRG:	B76B – Anfälle Alter > 2 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC		
Bewertungsrelation:	1,794 (Basis-DRG 0,741 + Zuschlag 1,053)		
PCCL:	2		
Hauptdiagnose:	G40.1 Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen		
Nebendiagnosen:	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie I25.10 Atherosklerotische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnetes Gefäß I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit: Natürliche Koronararterie I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: Autologer Venenbypass I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht-autologer biologischer Bypass K52.9 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung K52.1 Toxische Gastroenteritis und Kolitis K52.2 Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis K52.8 Sonstige näher bezeichnete nicht infektiöse Gastroenteritis und Kolitis		
Prozeduren:	8-930 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes 8-771 Kardiale Reanimation 3-200 Native Computertomographie des Schädels		
Diagnosealternativen:	I25.10 Atherosklerotische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnetes Gefäß I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit: Natürliche Koronararterie I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: Autologer Venenbypass I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht-autologer biologischer Bypass K52.9 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung K52.1 Toxische Gastroenteritis und Kolitis K52.2 Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis K52.8 Sonstige näher bezeichnete nicht infektiöse Gastroenteritis und Kolitis		
Leitsätze:	S09.05: Wenn die Prozedur 8-771 verschlüsselt wurde, muss auch eine Diagnose aus I46-verschlüsselt werden.		
Abgeleitet aus:	Spezielle Kodierrichtlinien - Krankheiten des Kreislaufsystems – 0903a		
Ausgelöst durch:	Erforderliche Diagnose fehlt bei Prozedur 8-771		
Kategorie:	Fehler		

Ergebnis:

Die Kodierung I25.10 wird geändert in I25.11.

Die Kodierung K52.9 ist nicht konkretisierbar und wird nicht verändert.

Fragestellung:

Wie wird der Verstoß gegen einen Leitsatz aus den Deutschen Kodierrichtlinien behandelt?

Erörterung:

Die kardiale Reanimation ist erfolgt und der OPS-Schlüssel 8-771 wurde korrekt eingegeben. Die Diagnose I46.0 „Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung“ hätte hier eingegeben werden müssen, denn sie entspricht den dokumentierten Daten des Falles.

Ergebnis:

Der bisher nicht verschlüsselte Code I46.0 wird als Nebendiagnose eingegeben.

Anmerkung: Durch die Erfassung dieser Nebendiagnose würde aus der B-DRG eine A-DRG und hätte (ohne die Überschreitung der Grenzverweildauer) damit eine höhere Vergütung ausgelöst.

Fragestellung:

Hat trotz eines Intensivaufenthalts keine maschinelle Beatmung stattgefunden?

Abbildung 2: CLINOTEL-tägliche Fallprüfung/Krankenhaus Nr. 11

Fachabteilung:	0100 Innere Medizin		
Fallnummer:	3204407	Geschlecht:	weiblich
Aufenthalt:	06.02.2003 – 05.03.2003	Verweildauer:	27 Tage
Intensivaufenthalt:	ja	Masch. Beatmung (h):	104
Alter:	72	Aufnahmegewicht:	entfällt
Datum der ersten OP:	07.02.2003	Entlassungsgrund:	Behandlung regulär beendet
Abzurechnende DRG:	A07Z – Tracheostomie und/oder Langzeitbeatmung > 95 Stunden bis < 11 Tage, jedes Alter, jeder Zustand		
Bewertungsrelation:	5,515		
PCCL:	3		
Hauptdiagnose:	G40.1 Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen		
Nebendiagnosen:	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit: Natürliche Koronararterie I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: Autologer Venenbypass I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht-autologer biologischer Bypass K52.9 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung K52.1 Toxische Gastroenteritis und Kolitis K52.2 Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis K52.8 Sonstige näher bezeichnete nicht infektiöse Gastroenteritis und Kolitis		
Prozeduren:	8-930 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes 8-771 Kardiale Reanimation 3-200 Native Computertomographie des Schädels 8-718.2 Dauer der maschinellen Beatmung, 96 Stunden bis unter 11 Tage 8-701 Einfache endotracheale Intubation		
Diagnosealternativen:	K52.9 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung K52.1 Toxische Gastroenteritis und Kolitis K52.2 Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis K52.8 Sonstige näher bezeichnete nicht infektiöse Gastroenteritis und Kolitis		

Erörterung:

Der Intensivaufenthalt lag vor, die Patientin wurde allerdings tatsächlich maschinell beatmet. Die Schlüssel für die Beatmung und die Intubation wurden weder auf der Intensivstation noch auf der entlassenden Normalstation erfasst. Auch wurde das Feld „Dauer der maschinellen Beatmung in Stunden“ nicht ausgefüllt. Aus der Patientenakte geht hervor, dass die Beatmungsdauer insgesamt 104 Stunden betragen hat. Damit wird auch die Dauer des stationären Aufenthalts bezogen auf die Hauptdiagnose plausibel.

Ergebnis:

Die OPS-Schlüssel 8-718.2 „Dauer der maschinellen Beatmung, 96 Stunden bis unter 11 Tage“ sowie 8-701 „Einfache endotracheale Intubation“ werden ergänzt und die Dauer der maschinellen Beatmung von 104 Stunden wird nachgetragen.

Der oben beschriebene Fall verändert sich nach den vorgenommenen Korrekturen (siehe Abbildung 2) dahin gehend, dass der Fall nun nicht mehr in die DRG B76B, sondern in die A07Z eingruppiert wird. Der Unterschied in der Bewertungsrelation liegt bei 3,356 und würde bei einer Baserate von 2 500 € den deutlichen Unterschied von 8 390 € zugunsten des Krankenhauses ausmachen.

Nach der Erörterung erfolgt die Änderung der Daten im System noch am selben Tag. Der Fall ist endgültig abgeschlossen und kann zur Abrechnung mit den Krankenkassen freigegeben werden. Es ist der 7. März 2003, damit liegt die Korrektur der Daten noch innerhalb der Drei-Tage-Frist gemäß § 301 SGBV. ▶

Daten und Fakten

Der CLINOTEL-Krankenhausverbund ist ein Zusammenschluss von nicht in Konkurrenz zueinander stehenden Krankenhäusern in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft aus dem gesamten Bundesgebiet. Der Verbund besteht derzeit aus 12 Mitgliedshäusern, die vertraglich eng miteinander verbunden, dabei allerdings rechtlich und organisatorisch vollkommen selbstständig sind. Merkmale der Mitgliedshäuser:

- 375 Mio. € Budgetsumme,
- 140 000 behandelte stationäre Patienten pro Jahr,
- 4 300 Planbetten,
- 7 500 Mitarbeiter,
- Tochtergesellschaften und Beteiligungen.

An der ständigen Entwicklung des Projekts zur Analyse und Optimierung der Kodierqualität sind folgende Mitarbeiter der Mitgliedshäuser beteiligt:

Jörg Marquardt, Petra Steinbrink (Krankenhaus Lichtenberg, Berlin),
 Dr. Michael Federhenn, Monika Graeff-Faulhaber (Stiftungsklinikum Mittelrhein, Boppard),
 Maik Thieme, Ines Westfahl (Krankenhäuser Gransee/Templin),
 Dr. Norbert Köneke (Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe),
 Olaf Pracejus, Dr. Ulf Walaschewski (Ev. Krankenhaus Hamm),
 Prof. Dr. Wolfgang Hissen (Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz),
 Bernhard Balmann, Ina Broß, Barbara von Donat (St.-Marienhospital Lünen),
 Dr. Bernd Kübel, Ulrich Stübing (St. Josef-Krankenhaus Moers),
 Bianca Pfeuffer (Stiftungsklinikum Mittelrhein, Nastätten),
 Dr. Theodor Nienhaus, Klaus Schmitt (St. Clemens-Hospitale Sterkrade),
 Dr. Wolfgang Seidel, Katrin Fischer (Hellmuth-Ulrici-Kliniken Sommerfeld),
 Dr. Johann Paula, Bianca Rieger, Alexander Stumvoll (Klinikum Starnberg).

Zur Kontrolle, ob aus den im Rahmen der täglichen Datenlieferungen gemeldeten Fehlern und Hinweisen Konsequenzen gezogen wurden, werden die Daten der abgerechneten Fälle zusätzlich einmal monatlich an die CLINOTEL-Geschäftsstelle geliefert.

Die Form der täglichen Auswertungen bildet eine Erleichterung in der täglichen Kodierarbeit ab, da dort neben dem Hinweis, dass ein Diagnoseschlüssel beispielsweise nicht endständig verschlüsselt wurde, auch die alternativen Kodierungsmöglichkeiten direkt mit aufgezeigt werden. Eine langwierige Suche im Buch oder im EDV-System wird somit entbehrlich und hilft dem Arzt, Zeit zu sparen.

Sowohl die Entwicklung als auch die Weiterentwicklung des Projekts hat die CLINOTEL-Geschäftsstelle gemeinsam mit den Experten aus den Mitgliedshäusern durchgeführt. Hierzu gibt es eine Arbeitsgruppe der DRG-Koordina-

toren der einzelnen Mitgliedshäuser, zusammengesetzt aus klinisch tätigen Ärzten, Medizincontrollern und Controllern (siehe Raster links). Viele Auswertungen sind aus Anregungen dieses Expertenkreises entstanden und weiterentwickelt worden. Auch bildet diese Arbeitsgruppe eine wichtige Plattform für die Mitglieder zum Austausch und zur direkten Kommunikation, da die Probleme oft dieselben sind und man von den Lösungen Einzelner profitieren kann nach dem CLINOTEL-Motto „Von den Besten lernen, zu den Besten gehören“.

Unterstützung durch Information

Zu Beginn des CLINOTEL-Projekts war der Informationsstand zu DRGs, zur Bedeutung der Nebendiagnosen und zu den Kodierrichtlinien bei vielen Ärzten defizitär. Hierzu hat die CLINOTEL-Geschäftsstelle ein überwiegend durch Inhouseschulungen bei den Mitgliedshäusern vor Ort geprägtes Schulungsprogramm aufgelegt. Der Ansatz „Es wird nur noch das dokumentiert bzw. kodiert, was auch kostenrelevant ist“ wird im Verbund nicht vertreten.

Erklärtes Ziel ist es, eine medizinisch korrekte und vollständige Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren und ihrer Kodierung, die sich an den Deutschen Kodierrichtlinien orientiert, zu erreichen. Zur Erlangung einer einheitlichen Wissensbasis in den einzelnen Häusern werden Seminare zu den aktuellen Grundlagen des DRG-Systems für alle Ärzte angeboten. Sie weisen einen hohen Beteiligungsgrad auf und zeichnen sich durch hohe Motivation der Ärzte und konstruktive Mitarbeit aus. Darüber hinaus werden Seminare zu den aktuellen Klassifikationen und Kodierrichtlinien angeboten. Diese Seminare sind fachspezifisch ausgerichtet und werden vor Ort in den einzelnen Abteilungen unter Berücksichtigung der jeweiligen Abteilungsschwerpunkte durchgeführt. Dabei fließen Auswertungen des jeweiligen Datenbestandes der Abteilungen sowie vorab erhobene Problem- und Fragestellungen mit in die Vorbereitung ein.

Des weiteren finden regelmäßig zentrale Auffrischungsveranstaltungen statt, um neue Mitarbeiter zu schulen und über den aktuellen Sachstand zu informieren. Auch diese

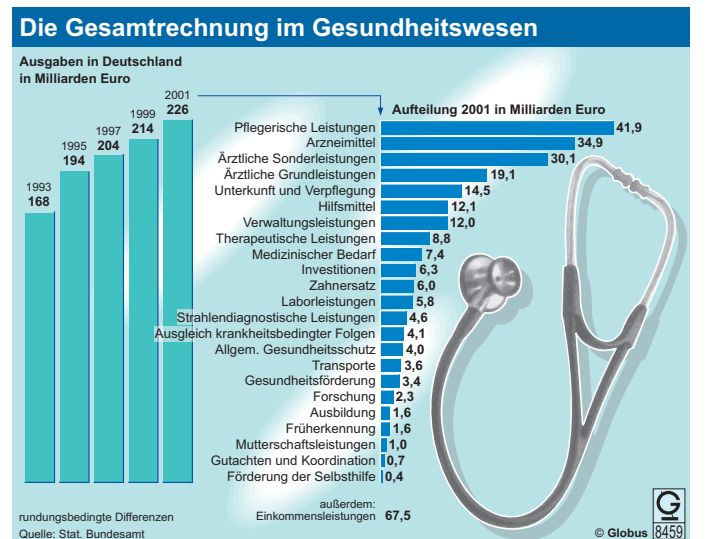
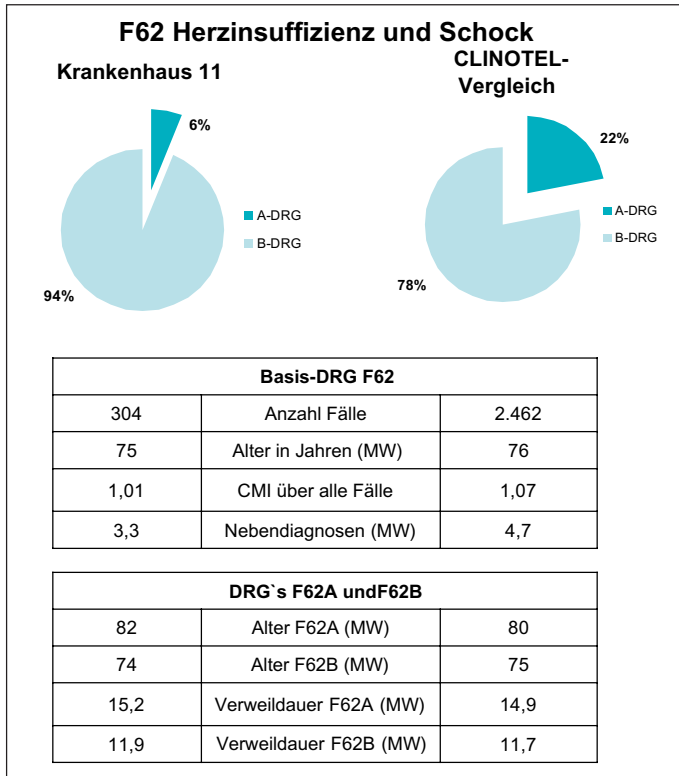


Abbildung 3: CLINOTEL-DRG-Vergleich/1. bis 4. Quartal 2002



zentral organisierten Seminare werden in fachspezifische Blöcke zusammengefasst, um eine Überflutung mit Informationen, die jeweils für eine Anzahl der Teilnehmer nicht relevant sind, zu vermeiden.

Diese Schulungen werden ergänzt durch strategisch ausgerichtete Informationen aus monatlichen und quartalsweisen Auswertungen. Die Ausrichtung der monatlichen Auswertungen für die Ärzte der einzelnen Fachabteilungen liegt im Aufzeigen der Veränderungen gegenüber den täglichen Daten. Letztlich ist damit also eine Erfolgskontrolle möglich, da die Veränderungen, zum Beispiel ein Rückgang der Verstöße gegen die Kodierrichtlinien, dargestellt werden. Für die kaufmännische Leitung sind die strategischen Auswertungen maßgeblich an der DRG und dem Erlösaspekt orientiert. Genannt seien hier die Verteilung einzelner DRGs innerhalb einer Basis-DRG, CMI-Vergleiche, Altersverteilungen, Verweildauervergleiche etc. Abbildung 3 enthält das Beispiel einer Auswertung aus dem CLINOTEL-DRG-Vergleich. Es zeigt einen Kennzahlenvergleich zur Basis-DRG F72 „Herzinsuffizienz und Schock“, die in eine A- und eine B-DRG unterteilt ist. Im dargestellten Krankenhaus 11 wurden im Jahr 2002 insgesamt 304 Fälle behandelt, die in diese Basis-DRG eingruppiert wurden.

Die prozentuale Aufteilung ist in diesem Haus mit nur 6 Prozent aller Fälle in der A-DRG deutlich anders als in den anderen Mitgliedshäusern des Verbundes (22 Prozent). Der Casemix-Index über alle Fälle beträgt im dargestellten Krankenhaus mit 1,01 auch 0,06 Punkte weniger als der in den Vergleichshäusern des Verbundes (1,07). Das mag auf den ersten Blick nur ein geringer Unterschied sein, wenn man allerdings den möglichen Erlösunterschied betrachtet, dann wird die finanzielle Dimension dieses Unterschiedes erkennbar. Multipliziert man die Fälle (304) mit dem CMI-

Unterschied (0,06) und einer angenommenen Baserate von 2 500 €, so erhält man einen Betrag von 45 600 € und hier wird nur eine einzige Basis-DRG des Hauses betrachtet. Obwohl Durchschnittsalter und -verweildauer ähnliche Werte aufweisen, wird deutlich, dass im untersuchten Haus im Durchschnitt 1,4 Nebendiagnosen pro Fall weniger verschlüsselt wurden. Ein Anlass für Geschäftsführung und Ärztliche Leitung der entsprechenden Abteilung, die Kodierung dort kritisch zu hinterfragen und – falls dort nicht wirklich „leichtere Fälle“ behandelt werden – auf eine Verbesserung der Kodierqualität hinzuwirken.

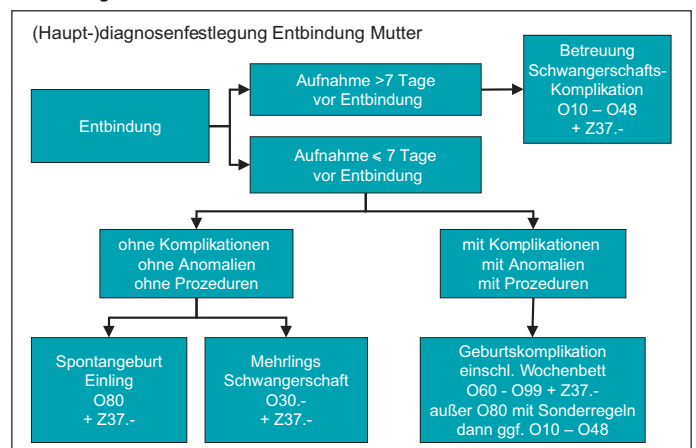
Als entscheidender Vorteil im Verbund kommt hier der Vergleich innerhalb der Mitgliedshäuser hinzu. Einmal pro Quartal werden die Ergebnisse von den Experten der CLINOTEL-Geschäftsstelle vor Ort in den Mitgliedshäusern präsentiert, beispielsweise bei einer erweiterten Klinikkonferenz mit der Geschäftsführung, Chefärzten, DRG-Koordinatoren und Pflegedienstleitungen. Außenstehende können die Stärken und Schwächen innerhalb des Hauses im Vergleich zu den anderen Mitgliedshäusern objektiv darstellen. Dass die teilweise schwierigen Botschaften von „dem Propheten von außen“ anders aufgenommen werden als intern, ist hinlänglich bekannt. Die entstehende Transparenz hat bereits in der Vergangenheit zu erheblichen Verhaltensänderungen bei den kodierenden Ärzten geführt, die sich über die Transparenz freuen und es gut finden, wenn auch positive Ergebnisse dargestellt werden.

Direkte Unterstützung kodierender Ärzte

Zur Unterstützung im aktuellen Tagesgeschehen und zur Erörterung von Einzelfallproblemen steht den Häusern eine E-Mail-Hotline zur CLINOTEL-Geschäftsstelle zur Verfügung. Dort werden Anfragen in der Regel innerhalb von 48 Stunden bearbeitet und beantwortet. Weil viele Fragestellungen in den Häusern identisch sind, wird so vermieden, dass zum Beispiel 12 Krankenhäuser intensiv und parallel an der Lösung derselben Fragestellung arbeiten. Manche Fragestellungen sind darüber hinaus derart komplex, dass für sie Kontakte zu externen Institutionen aufgenommen werden müssen.

Als weitere Unterstützung sollen sich fachspezifisch aufbereitete Kodierrichtlinien bzw. Kodierbeispiele bewähren. Ein Kitteltaschenbuch mit Kodierhilfen für Fachbereiche mit

Abbildung 4: Geburtshilfe Übersicht



besonderen Anforderungen wie die Gynäkologie, in dem die Kodierrichtlinien ergänzt werden durch Schaubilder und Flussdiagramme (Abbildung 4: Beispiel Geburtshilfe, HD-Entscheidung) ist bei der täglichen Arbeit mit der Kodierung eine echte Erleichterung.

Fazit

Zu Recht verlangt die Leitung der Krankenhäuser von den Ärzten, die Kodierung vollständig und korrekt durchzuführen, denn mit der Kodierung wird die Grundlage für die Abrechnung und sogar die künftigen Budgets gelegt.

Nicht selten allerdings erhalten die kodierenden Ärzte wenig konkrete Informationen und noch weniger konkrete Hilfestellung. Dort, wo als Unterstützung der kodierenden Ärzte zur Einführung der Kodierrichtlinien lediglich entsprechende Bücher verteilt wurden, kann schwerlich eine sachgerecht durchgeführte Kodierung erwartet werden. Dies wäre so, als würde man durch die Verteilung des DRG-Kalkulationshandbuchs in der Verwaltung eine Kostenträgerrechnung voraussetzen können.

Unterstützung durch Information, Transparenz und letztlich auch ganz konkret in der täglichen Kodierarbeit ist unerlässlich, um die Anforderungen an die Kodierqualität nicht nur stellen, sondern deren Umsetzung auch überprüfen zu können. In diesem Zusammenhang ergibt sich die Frage, wie ein einzelnes Krankenhaus die Erfordernisse an eine umfangreiche Unterstützung gewährleisten soll. Will man eine halbe/drei viertel/ganze/mehrere Stelle(n) Medizincontrolling aufbauen bzw. den Bereich personell weiter ausbauen? Soll pro Abteilung ein Coder/Dokumentationsassistent eingestellt werden? Hierzu gibt es viele Modelle, die aller-

dings teilweise deutlich durch die Finanzierbarkeit eingeschränkt sind. Dennoch muss das Thema Kodierung so intensiv wie möglich und dauerhaft bearbeitet werden.

Der CLINOTEL-Verbund bietet seinen Mitgliedern kontinuierlich eine Unterstützung, wie sie ein einzelnes Haus allein kaum erhalten kann. Die Hilfe umfasst zentrale tägliche Datenlieferungen mit Unterstützung für jede Fachabteilung, Schulungen, Präsentationen in den Mitgliedshäusern sowie sämtliche bereits genannten Projekte; die Maßnahmen werden den DRG-verantwortlichen Mitarbeitern der Mitgliedshäuser im Rahmen der vor Ort existierenden Strukturen angeboten. Als einhundertprozentige, gemeinnützige Tochtergesellschaft der Mitgliedshäuser unterstützt der CLINOTEL-Verbund ohne Gewinnerzielungsabsicht nur aus dem Interesse am langfristigen Erhalt jedes einzelnen Mitgliedshauses. Die Mitgliedshäuser bleiben dabei vollständig rechtlich und organisatorisch selbstständig, profitieren aber – wie dargestellt – von den Vorteilen eines starken Verbundes.

Literatur

- 1) Nadine Schmidt-Pogarell: Nicht mehr ohne Medizin-Controller, *ku-Special* Nr. 19, 4/2002, Seite 30 ff.
- 2) Udo Beck, Dr. Andreas Becker: CLINOTEL-Verbund erörtert Chancen und Risiken beim DRG-Umstieg, *das Krankenhaus* 7/2002, Seite 536 ff.
- 3) Peter Ossen: Zeitenwende DRGs: Wie geht es weiter?, *das Krankenhaus* 4/2002, Seite 269 ff.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Andreas Becker/Anna Maria Raskop/Udo Beck,
CLINOTEL-Krankenhausverbund gGmbH,
Ebertplatz 1, 50668 Köln ■