VERGÜTUNG 01.11.2016

Wirtschaftlichkeit und Kodierung im Krankenhaus – Aus der Sicht der Geschäftsleitung eines Maximalversorgers



Bedeutung und Stellenwert von Dokumentation und Kodierung

Dokumentation und Kodierung determinieren im deutschen Fallpauschalensystem die Zuordnung jedes Falles zu einer Fallgruppe, damit den Erlös für die erbrachten Leistungen und sind insofern von zentraler ökonomischer Bedeutung für jede Klinik. Nur soweit es einem Krankenhaus gelingt, erbrachte Leistungen im Rahmen des gegebenen gesetzlichen Rahmens auch adäquat zur Abrechnung zu bringen, bestehen ökonomische Spielräume für die Behandlung.

Aus der Art der durchgeführten Behandlung und ihrer Dokumentation ergibt sich unter der Zielsetzung eines „optimierten Rightcodings“, d. h. dem Ausnutzen von legalen Systemspielräumen, ein theoretisches Erlösoptimum für jeden stationären Behandlungsfall. Insofern lässt sich die Qualität von Kodierung und Dokumentation als Grad der Abweichung von diesem Erlösoptimum betrachten. Daneben dienen Dokumentation und Kodierung der Weiterentwicklung des GDRG-Systems und verschiedenen nicht-ökonomischen Zielsetzungen wie der Wahrung der Patientenrechte gemäß Patientenrechtegesetz, forensischen Zwecken und der externen Qualitätssicherung. Die sich aus der Kodierung ergebenden Daten bilden die Datenbasis für die betriebliche Steuerung von Krankenhäusern, die Evaluation der medizinischen Ergebnisqualität und zunehmend auch von wissenschaftlichen und epidemiologischen Fragestellungen.

Organisation der Kodierung

Die Organisationsmodelle für die Kodierung sind im stationären Bereich unterschiedlich und nicht selten eher zufällig historisch gewachsen. Die Spannweite reicht vom Modell einer rein ärztlichen Verantwortlichkeit für Dokumentation, Kodierung und Freigabe über Mischformen unter Beteiligung aller Berufsgruppen bis hin zur Kodierung und endgültiger Fallfreigabe allein durch speziell geschultes nicht-ärztliches Fachpersonal. Der Trend geht dabei klar zur Fallfreigabe durch Kodierfachkräfte (2010: 50,0 Prozent; 2015: 79,8 Prozent). Nach den Deutschen Kodierrichtlinien kommt jedoch in rechtlicher Hinsicht dem Arzt die Letztverantwortung für die Kodierung zu.

Als Vorteile eines arztzentrierten Systems gelten die hohe Sach- und Fachkompetenz, die damit unmittelbar auch in die Fallführung und -dokumentation einfließen können. Wesentliche Nachteile sind die geringe Akzeptanz beim ärztlichen Dienst und der relativ hohe Kostenaufwand. Als Hauptvorteile eines von Kodierfachkräften getragenen Systems gelten die hohe spezifische Professionalität und die rasche Anpassungsfähigkeit an sich ändernde Rahmenbedingungen. Als Nachteile sind die i.d.R. nur sehr eingeschränkten Möglichkeiten, das fachspezifische Know-how in die Behandlungsdokumentation und -steuerung einbringen zu können, zu nennen. Bei „gemischten Systemen“ hat es sich bewährt, im ärztlichen Dienst fachabteilungsbezogen DRG-beauftragte Ärzte mit definierten Aufgaben und Verantwortlichkeiten als primäre Ansprechpartner für die Kodierfachkräfte zu installieren.

Bei den überwiegend von Kodierfachkräften getragenen Systemen ist weiter zwischen nachgelagerter Fallkodierung und fallbegleitender Kodierung zu differenzieren. In jüngster Zeit berichten Maximalversorger und Universitätskliniken von einer Umstellung auf das fallbegleitende Kodieren und über positive Effekte im Hinblick auf CMI, Verweildauersteuerung, MDK-Fallprüfungen und von einer Beschleunigung der Abrechnung.

Die Dokumentation des Behandlungsverlaufs ist eine komplexe, berufsgruppenübergreifende Aufgabe, ihre Qualität hängt von klaren inhaltlichen Vorgaben und einer effizienten und abgestimmten Kooperation der beteiligten Berufsgruppen ab. Eine effiziente Dokumentation sollte proaktiv im Hinblick auf die Erlössicherung erfolgen und setzt insofern zumindest Grundkenntnisse der DRG-Systematik auch im ärztlichen Dienst voraus.

Wirksamkeit und Effizienz des jeweils etablierten Systems sind methodisch nicht leicht zu bestimmen, als Parameter eignen sich am ehesten Benchmark-Kennzahlen vergleichbarer Kliniken. Erfolgsfaktoren sind ein klares Commitment der Leitungsebene aller Berufsgruppen im Hinblick auf die besondere Relevanz der Kodierung, klare Abgrenzungen der Verantwortlichkeiten und Aufgaben, ein leistungsfähiges Reporting zu den Zielparametern und die Akzeptanz bei den Mitarbeitern der einzelnen Berufsgruppen.

Langfristig ist entscheidend für die Qualität und Leistungsfähigkeit des jeweiligen Systems, wie rasch Änderungen der äußeren Rahmenbedingungen, Informationen aus dem MDK-Verfahren und weiterer Input im Sinne eines Regelkreises zu einem Output mit den Zielgrößen erlössichernder Dokumentation und erlösoptimierter Kodierung führen. Sofern sich aus Benchmark, EDV-gestützter Potenzialanalyse oder selbstkritischer Analyse der Kodierqualität Hinweise auf Optimierungspotenziale ergeben, so sollten diese in berufsgruppenübergreifenden Projekten angegangen werden um nachhaltige Verbesserungen erreichen zu können. Dabei ist durch die Definition von klaren Projektzielen und einen Business Case sowohl die positive Aufwands-Nutzen-Relation als auch die Messbarkeit des Erfolges sicherzustellen.

Da das DRG-System sich seit seiner Einführung zunehmend von einem diagnosen- zu einem prozedurengetriggerten System gewandelt hat, sollte der Prozedurenkodierung, die in der Regel in ärztlicher Hand liegt, besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Allerdings kommt trotz oder gerade wegen der regelmäßigen Anpassungen der CCL-Matrix (Clinical Complexity Level) durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) je nach Portfolio der Nebendiagnosenkodierung unverändert erlösrelevante Bedeutung zu.

Basisschulung im GDRG-System und jährliche DRG-Update-Schulungen

Unabhängig vom jeweiligen Organisationssystem für die Kodierung ist es selbstverständlich erforderlich, dass zumindest anlässlich des jährlichen Katalogwechsels DRG-Update-Schulungen zumindest für die Kodierfachkräfte und den ärztlichen Dienst durchgeführt werden. Darüber hinaus ist es auch bei einem auf Kodierfachkräfte zentrierten System unabdingbar, dass im ärztlichen Dienst auf allen Ebenen zumindest Basiskenntnisse über die Grundlagen des DRG-Systems vorhanden sind. Dies wird nach unserer Ansicht am besten dadurch erreicht, dass neu eingestellte Ärzte obligat an einer DRG-Basisschulung teilnehmen, an der roulierend auch längertätige Ärzte teilnehmen können und sollen. Darüber hinaus sollten situationsbezogene Schulungen immer dann durchgeführt werden, wenn sich aus dem MDK-Verfahren, dem Monitoring von Kodierkennzahlen oder aus Sicht der DRG-beauftragten Ärzte Hinweise auf systematische Defizite ergeben.

Besonderheiten der Kodierung bei Maximalversorgern

Besonderheiten bei Maximalversorgern ergeben sich durch den höheren Anteil von spezialisierten und seltenen Leistungen im Leistungsspektrum, für die häufig ein eigenes, spezifisches Know-how aufgebaut werden muss. Darüber hinaus ist für das Spektrum von Maximalversorgern ein hoher Anteil von krankenhausindividuellen Leistungen und Zusatzentgelten typisch, deren sachgerechte Kodierung besondere Anforderungen an die berufsgruppenübergreifende Kommunikation und Abstimmung bei der Leistungserfassung stellt. Hier ist insbesondere auch fachärztliche Expertise in besonderem Umfang gefragt. Darüber hinaus sind Maximalversorger durch ein sehr breites Spektrum von Leistungen im Klinikum insgesamt und innerhalb der einzelnen Fachabteilungen gekennzeichnet. Eine weitere Besonderheit stellt die überdurchschnittlich hohe Fluktuation von Mitarbeitern gerade im ärztlichen Dienst im Zuge der fachärztlichen Weiterbildung dar, was den Aufbau von spezifischem Know-how für die Kodierung erschwert.

Kodierung und Ökonomie

Der wirtschaftliche Umgang mit den von der Solidargemeinschaft bereitgestellten Mitteln für die stationäre Behandlung ist im Grunde eine ethische Forderung und kostenbewusstes Wirtschaften in der Praxis eine betriebswirtschaftliche Notwendigkeit.

Der Rahmen für die Finanzierung von stationärer Behandlung ist sozialrechtlich vorgegeben. Die in Deutschland seit 2004 etablierte Finanzierung über pauschalierende Entgelte ist in verschiedenen Ausprägungsformen auch in der Mehrzahl der entwickelten Länder etabliert. Als Basis für die Eingruppierung in Fallgruppen ist die Erfassung von geeigneten Klassifikationsparametern denknotwendig erforderlich.

Das Fallpauschalensystem wurde seit 2004 zunehmend komplexer und die Anforderungen an Dokumentation und Kodierung haben zugenommen. Die Treiber in diesem Prozess waren jedoch vorwiegend die Leistungserbringer, insbesondere die Krankenhäuser und auch medizinische Fachgesellschaften. Zu erwähnen ist, dass Fallpauschalen nur die Relation des Behandlungsaufwandes zwischen verschiedenen Fallgruppen abbilden, und dies auch nachweislich mit sehr hoher Qualität. Die im klinischen Alltag feststellbare Mittelknappheit und zunehmende Unterfinanzierung, die einen permanenten Rationalisierungs- und Wettbewerbsdruck mit sich bringt, beruhen unabhängig davon zum überwiegenden Teil auf politischen Rahmenvorgaben.

Ein systematisches Upcoding, also das unzulässige „Höherkodieren“ von Leistungen, verbietet sich nicht nur aus rechtlichen und moralischen Gründen, sondern wäre mittelfristig auch ökonomisch nicht zielführend: Einerseits würde ein Upcoding durch den hohen und zunehmenden Prüfdruck der Kostenträger rasch evident und würde umgehend zu einer Zunahme der Fallprüfungen führen. Daneben würden durch ein systematisches Upcoding notwendige Anpassungen der Leistungs- und Kostenstrukturen an die fachlichen Entwicklungen, den Wettbewerb und die regionale Marktsituation zum langfristigen Nachteil der Klinik verzögert.

Spannungsfeld von Ökonomie und Medizinischer Versorgung?

Das deutsche Fallpauschalensystem beruht aus ökonomischer Sicht auf einer Durchschnittskostenkalkulation. Eine Ausrichtung der individuellen Behandlungsdauer oder -inhalte eines bestimmten Patienten an den jeweils dafür in der Fallpauschale abgebildeten Erlösen wäre daher nicht nur ethisch und ärztlich unvertretbar, sondern auch eine Fehlinterpretation der betriebswirtschaftlichen Logik. Für eine größere Gruppe von Patienten einer bestimmten Fallgruppe können die Parameter des Fallpauschalenkataloges und der InEK-Kalkulation im Hinblick auf Behandlungsdauer sowie Höhe und Verteilung der Behandlungskosten jedoch durchaus als Benchmark interpretiert und herangezogen werden. So bilden die Verweildauerparameter jeder Fallpauschale im InEK-Katalog, die aus einer Vollerhebung aller deutschen stationären Behandlungsfälle berechnet werden, die Behandlungsrealität in Deutschland für vergleichbare Fälle ab. Eine im Vergleich zu hohe mittlere Verweildauer stellt somit nicht per se ein Mehr an Leistungen für den Patienten dar, sondern sollte Anlass sein, die Effizienz der eigenen Behandlungsprozesse selbstkritisch zu prüfen.

Literatur beim korrespondierenden Autor

Buhr T. / Schmidtke A. Wirtschaftlichkeit und Kodierung im Krankenhaus aus Sicht der Geschäftsleitung eines Maximalversorgers. Passion Chirurgie. 2016 November, 6(11): Artikel 02_04.