

## Wer kodiert im Krankenhaus?



linikheute.de/ClaS - Ist die Fallpauschalen-Kodierung eine ärztliche Tätigkeit? Nikolai von Schroeders, Arzt und Diplom-Gesundheitsökonom von der Beratungsgesellschaft für Medizinmanagement mbH in Wuppertal, hält ein Kodierer-Modell der Berliner Charité für zukunftssträftig, das die Krankenhausärzte erheblich entlastet. Das Prinzip: "Der Kodierer kodiert, der Arzt kontrolliert".

Mit der Einführung der DRGs als einzigem Entgeltsystem für teil- und vollstationäre Patienten im Krankenhaus stellt sich die Frage: Wer soll die überlebenswichtige Kodierung übernehmen? Bisher war es der Krankenhausarzt, der die rund 25 000 unterschiedlichen Prozeduren und über 10 000 verschiedenen Diagnosen in die entsprechenden Codes übertragen hat. Das tat er mit Widerwillen und entsprechend schlecht war die Kodierqualität. Was da als Operations- und Diagnosestatistik rauskam, war nicht geeignet, die klinische Wirklichkeit abzubilden.

Die nachvollziehbare Subversion der Kliniker gegen die bürokratische Überforderung, von der niemand wusste, für was das Datensammeln gut sein soll, wird nicht mehr geduldet. Nun ist die korrekte ICD 10-Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen und die Prozeduren, verschlüsselt im OPS-301, für die weitere Existenz des Krankenhauses zwingend geboten da überlebenswichtig. Sie und einige zusätzliche Daten bilden jenen Stoff, aus dem die Grouper-Software die entsprechende Fallpauschale (DRG) generiert. Mit jeder Kodierung schreibt der Krankenhausarzt quasi die Rechnung an die Krankenkasse. Dabei reicht es nicht aus, korrekt zu kodieren, der Arzt muss sich auch fundierte DRG-Kenntnisse aneignen.

Sollen weiterhin Krankenhausärzte die Kodierung vornehmen? Ärzte als Kodierer, so attraktiv dieses "Deutsche Modell" für die Krankenhausleitung auch sein mag, die Nachteile sind nicht weniger gewichtig, wie von Schroeders auf dem Symposium "Intensivmedizin & Intensivpflege 2002" in Bremen bemerkte. Ständig ändern sich die Kodierrichtlinien, was vom ärztlichen Kodierer nicht nur eine intellektuelle Durchdringung der Materie erfordert, für das "updating" muss er auch viel Zeit und die Verwaltung viel Geld investieren. Und mit der sattsam bekannten Personalfuktuation in deutschen Krankenhäusern fluktuiert auch der Kodiersachverstand. Die Folge: Mit jedem Kodier-Novizen sackt womöglich der Krankenhauserlös kurzzeitig ab, weil die Übung fehlt.

Krankenhausärzte, verweist von Schroeders auf einen nicht zu unterschätzenden Stolperstein, erlebten das Kodieren in der Regel als "arztfremde Tätigkeit". Es gelte eine Lösung zu finden, "bei der die Krankenhausärzte entlastet werden". Die Idee, den kodierenden Krankenhausärzten einen ärztlichen Medizin-Controller zur Seite zu stellen, löst nicht sein zentrales Anliegen der ärztlichen Entlastung, auch wenn schätzungsweise ein Viertel bis ein Drittel der deutschen Krankenhäuser über solch einen Kodier- Spezialisten mit profunden DRG-Kenntnissen verfügen.

Es stellt sich die Frage, ob man nicht die Krankenhausärzte von jeglicher Kodierungsarbeit befreit und paramedizinisches Personal gänzlich mit der Aufgabe betreut. In Australien, dem großen DRG-Vorbild des deutschen Gesundheitswesens, hat eine eigene Berufsgruppe die Kodierung übernommen. Doch dieses Modell "wird in Deutschland so sicherlich nicht zum Einsatz kommen", erteilt von Schroeders auch diesem Modell eine Abfuhr. Der Grund: "Nicht leserliche Akten und große Praxisferne wurden in Australien bereits deutlich. Zudem wird die Verantwortung für die korrekte Kodierung in Deutschland beim behandelnden Arzt angesiedelt, eine von ihm völlig unabhängige Kodierung wäre also juristisch problematisch".

Ein anderes, von Schroeders präferiertes Modell, hat sich in der Berliner Charité etabliert. Medizinische Dokumentationsassistenten, Pfleger und Schwestern sowie Arzhelferinnen bilden eine Art neue Berufsgruppe, DRG-Kodierfachkräfte. Mittlerweile auf 120 Köpfe angewachsen, übernimmt diese DRG-Truppe die gesamte Kodierarbeit vor Ort, also direkt auf Station. Die Letztkontrolle liegt beim dokumentationsbeauftragten Arzt der jeweiligen Klinik. Zusätzlich zur Kodieraufgabe ist die Truppe für die Patientenadministration, Aktenordnung und Befundumlauf zuständig, damit sie voll ausgelastet ist. "Der Kodierer kodiert, der Arzt kontrolliert", beschreibt von Schroeders das von ihm favorisierte Kodiermodell, das in der Charité annähernd realisiert ist.

Doch die Befreiung der Ärzteschaft hat auch in Berlin seine Grenzen. In besonders komplexen Fachgebieten kodieren die Charité Ärzte die Diagnosen selbst, während die Kodierer sich auf die Verschlüsselung von Behandlungsprozeduren kaprizieren. Und in den chirurgischen Fächern kodieren die Operateure grundsätzlich ihre OP- Diagnosen und OP-Prozeduren selbst.