



**Rechenzentrum:** Das Klinikum Kiel kodiert mit einer eigenen Software



**FALLPAUSCHALEN-BERECHNUNG**

**Sichere Erlöse dank eigener Software**

Als Antwort auf die oft fehlerhaften Fallabschlüsse, die erst während der Abrechnung erkannt wurden und dann zeitraubend korrigiert werden mussten, startete das Klinikum im Juli 2002 ein Projekt für die IT-gestützte Verbesserung der Kodierqualität. Zu diesem Zeitpunkt kodierten die behandelnden Ärzte ihre Diagnosen entweder mit Hilfe von elektronischen Kodierhilfen, meist ID-Diacos der ID GmbH Berlin, oder schlugen in ICD-Kodierbüchern nach. Die Ärzte gaben die Codes handschriftlich an die Abrechnungsstelle weiter. Dort wurden die Daten manuell in das Abrechnungssystem SAP IS-H eingegeben.

Dieses Verfahren hatte drei entscheidende Nachteile: Erstens kam es bei der Bearbeitung der Abrechnungen öfter zu falschen Eingaben, weil die Handschriften zum Teil schwer lesbar waren oder weil sich Tippfehler eingeschlichen hatten. Zweitens fand die Plausibilitätsprüfung erst im abrechnenden System statt. Das bedeutete, dass der kodierende Arzt, wenn überhaupt, nur indirekte und häufig verspätete Rückmeldungen auf seine Kodierung erhielt. Drittens wurden die Kodierungen in der Regel von den Stationsärzten eigenständig ohne weitere Abstimmung erstellt. Das führte bei gleichen oder ähnlichen Fällen zu unterschiedlichen Kodierungen. Unter dem Aspekt der Erlössicherheit waren diese Unzulänglichkeiten nicht länger tolerierbar.

**Kodieren nach dem Ampel-Prinzip**

Bis zum September 2002 formulierte ein Projektteam gemeinsam mit dem Medizincontrolling des Klinikums die Anforderungen an eine Fallabschluss-Software, die diese Probleme lösen sollte.

Die DRG-Einführung macht den medizinischen Fallabschluss nicht nur aufwändiger, sondern auch fehleranfälliger. Wegen ungenauer Kodierung gehen bei der Patientenabrechnung immer wieder Leistungen verloren. Dagegen ist auch ein Controlling machtlos: Denn was nicht codiert wird, kann auch nicht ausgewertet werden. Auf dem Spiel steht letztlich die Erlössicherheit der Kliniken. Das Kieler Haus des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein arbeitet deswegen mit einer eigenen Fallabschluss-Software.

Das System sollte im Wesentlichen folgende Aufgaben erfüllen:

- zeitnahes Kodieren,
- einheitliches Kodieren für gleiche oder ähnliche Fälle,
- einfaches Validieren durch einen verantwortlichen Arzt,
- einfaches Validieren durch das zentrale Medizincontrolling,
- direktes Kodieren aus den verschiedenen Modulen des Krankenhaus-Informationssystems heraus,
- direktes Abrechnen der geprüften Fallabschlüsse.

Die Software wurde vom Klinikum und der Norderstedter c.a.r.u.s HMS GmbH, einem Spezialisten für Krankenhaus-IT, bis zum November 2002 gemeinsam entwickelt und auf den Namen „HMSiMedizinischer Fallabschluss“ getauft. Sie führt Schritt für Schritt durch die Kodierung – nach dem Prinzip einer Verkehrsampel mit erweiterter Farbpalette, bei der die Farben rot, gelb, blau, dunkelgrün und

hellgrün die verschiedenen Stufen des Fallabschlusses markieren.

Die Regeln des Systems sind einfach: Sobald ein Patient aus einer Fachabteilung entlassen oder verlegt wird, signalisiert die Software dem Stationsarzt mit einem roten Statuspunkt, dass er diesen Fall kodieren soll. Hat er das getan, setzt er den Fallabschluss auf den gelben Status. Er weist so den für die Kodierung verantwortlichen DRG-Beauftragten der Klinik beziehungsweise Fachabteilung darauf hin, dass dieser den Fall jetzt kontrollieren kann.

Der DRG-Beauftragte verleiht dem Fall jetzt den blauen Status und gibt ihn damit für das Medizincontrolling frei. Bei Änderungswünschen kann er den Fall aber auch zurück in den roten Status versetzen und dem Stationsarzt zur Nachkodierung zuweisen. Der DRG-Beauftragte hat zudem die Möglichkeit, für den Stationsarzt eine Nachricht zu hinterlassen, warum der Fall zurückgestuft wurde. Diese Dialogmeldungen sind über einen eigenen Button für alle Beteiligten jederzeit einsehbar.

Ist der Fall im blauen Status freigegeben, so hat das Medizincontrolling nach dem gleichen Schema die Möglichkeit, den Fall entweder mit Änderungswünschen zurückzuleiten oder ihn in den hellgrünen Status zu versetzen und für die Abrechnung freizugeben. Einzelfälle, die noch einmal differenzierter betrachtet werden müssen, können die Medizincontroller im dunkelgrünen Status parken.

Ein sich ständig aktualisierender Report informiert die Mitarbeiter in der Abrechnung über den aktuellen Stand der Kodierung. Außerdem können sie bei den Beteiligten des Kodierprozesses den weiteren Fortgang formalisiert abfragen. So wurde über die Abrechnung ein internes Controlling etabliert, das für einen zügigen Ablauf der Kodierung sorgt.

Ist der hellgrüne Status erreicht, fließen die Falldaten über eine Schnittstelle direkt an SAP IS-H, das Abrechnungssystem des Klinikums, und werden ohne weitere Veränderung abgerechnet. Die zum Start einer Behandlung notwendige Erstellung der Aufnahmeanzeige und des Kostenübernahmeantrages für den Kostenträger erfolgt ohne zeitliche Verzögerung: Die Daten zur Aufnahme-diagnose und zur voraussichtlichen Verweildauer fließen sofort nach Eingabe an das Abrechnungssystem, das daraufhin automatisch den entsprechenden Kostenübernahmeantrag bei dem jeweiligen Kostenträger stellt. Das Abrechnungspersonal muss dabei nicht mehr eingreifen.

## **Integrierte Kostenträgerrechnung**

Als die Kliniken nach der Einführung des Fallabschlusses ihre Erlöslage unmittelbar verfolgen konnten, kam sehr schnell die Frage auf, welche Kosten für die jeweiligen Fälle tatsächlich entstanden sind. Deshalb hat sich das Universitätsklinikum entschlossen, eine Kostenträgerrechnung einzuführen.

Schon jetzt liefern viele kostenintensive Bereiche (Leistungsstellen, OP, Anästhesie etc.) Daten an das zentrale Klinik-Informationssystem, die für die Kostenträgerrechnung relevant sind.

Im Bereich der Leistungsstellen (EKG, Sonographie, Audiometrie u.a.) besteht über das Informationssystem die Möglichkeit der elektronischen Terminanforderung und -vergabe (Order-Entry-Kommunikation).

Wird zum Beispiel ein EKG benötigt, so fordert der behandelnde Arzt über das Informationssystem einen Termin an. Sobald die EKG-Abteilung die angeforderte Leistung als durchgeführt

bestätigt, wird eine entsprechende Leistungsziffer generiert. Diese entspricht im Abrechnungskatalog einem festgelegten Preis. Der entstandene Aufwand wird über die interne Leistungsverrechnung für die Kostenträgerrechnung dokumentiert.

In den operativen Abteilungen erfassen ein Anästhesie- und ein OP-Modul während der Operation die Personalbindungszeiten, Materialien und die so genannten „Anästhesie-Minuten“. Letztere bilden die komplette Kostenträgerrechnung der Anästhesie ab. Um die Materialverbräuche im OP schnell dokumentieren zu können, wurden so genannte Sets und Siebe definiert und parametrisiert. Sie entsprechen den jeweiligen Standards für die Operationsprozeduren und können in einem Schritt jeweils für die Anästhesiologie bzw. die operative Fachabteilung dokumentiert werden. Bei abweichendem Verbrauch lassen sich weitere Artikel zum Standard hinzufügen oder löschen.

## **Weitere Kontrollmechanismen**

Ein durchdachter Arbeitsablauf alleine garantiert noch nicht, dass die Ärzte auch alle Leistungen dokumentieren und kodieren. Deshalb hat das Projektteam des Klinikums weitere Kontrollmechanismen für den Fallabschluss entwickelt, die systematisch an wichtige Kodierungen erinnern. Zum Beispiel fragt das Fallabschluss-System im gelben Status den DRG-Beauftragten der Fachabteilung, ob die OP-Dokumentation komplett erfasst ist. Im blauen Status muss das Medizincontrolling auf der Fallebene prüfen, ob etwa die Beatmungszeiten vollständig eingegeben und kodiert sind. Erst wenn sämtliche Abfragen bestätigt sind, erlaubt das System eine Freigabe des Fallabschlusses für die Abrechnung.

Inzwischen ist das Fallabschluss-System seit über einem halben Jahr nicht nur in den 20 Häusern des Kieler Klinikums im Einsatz, sondern wird auch schon in mehr als zehn weiteren deutschen Krankenhäusern genutzt. Das Feedback der

Anwender zeigt, dass sich der Kodierprozess durch dieses System erheblich vereinfacht hat. Darüber hinaus werden normale Arbeitsprozesse wie Terminanforderungen, Leistungsstellen oder die OP-Dokumentation genutzt, um Daten für die Kostenträgerrechnung zu gewinnen. ■

Malte Raetzell  
Markus Steinfath  
Christiane Hinck-Kneip

Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein  
Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein residiert an zwei Standorten, Lübeck und Kiel. Das Kieler Haus verfügt über 1.256 Betten und beschäftigt 5.226 Mitarbeiter. Im Jahr 2001 wurden 55.742 stationäre und 128.295 ambulante Patienten behandelt.