



Personalbemessung von Kodierfachkräften Prozessorientierter Lösungsansatz

Krankenhäuser benötigen Kodierfachkräfte für die korrekte Rechenauslegung der erbrachten medizinischen Leistungen. Allerdings fehlen in der Literatur belastbare Aussagen, wie viele dieser Spezialisten dafür erforderlich sind, zum Anforderungsprofil und zum Aufgabenfeld. Eine Studie der Universität Erfurt hat unter anderem den Arbeitsaufwand analysiert. Die Ergebnisse widersprechen bisherigen Empfehlungen zur Personalbemessung.

Von Sandra Sohr, Dr. Ulf Dennler

Frühere Empfehlungen zur Personalbemessung orientierten sich beispielsweise an Fallzahlen, Intensivbelegungstagen, internen Verlegungstagen und dem

Case Mix. Die Autoren schlagen deshalb eine krankenhausesindividuell skalierbare Methodik in Abhängigkeit von den konkreten Aufgaben, der Ausprägung der

elektronischen Fallakte, der Prüfquote durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und weiteren Parametern vor, um die Zahl der



Foto: Fotolia/kentoh

erforderlichen Kodierfachkräfte (KFK) in einem Krankenhaus unter Berücksichtigung der gelebten oder optimalen Prozesse zu berechnen.

In Zusammenarbeit mit der Universität Erfurt im Jahr 2016 analysierten die Autoren Aufgaben und Arbeitsaufwand der KFK in den Fachabteilungen des Universitätsklinikums Jena. Das Unikli-

nikum erfüllt regional und überregional Aufgaben in der gesamten Bandbreite der Grund-, Regel- und Maximalversorgung. In 26 Kliniken und Polikliniken werden jährlich etwa 300.000 Patienten, davon rund 52.000 stationär, behandelt. Für die Abbildung der medizinischen Leistungen in den Klassifikationssystemen für Diagnosen (ICD- 10) und Prozeduren (OPS) sind überwiegend die KFK in enger Zusammenarbeit mit Ärzten der Fachabteilungen und den Mitarbeitern des Medizincontrollings zuständig. Während eines fünfmonatigen Projekts wurden die KFK in Jena befragt zu

- Vollkräfte-(VK-)Stellenanteil,
- Fachabteilungszuordnung,
- Arbeitsplatzgestaltung (räumlich, Hard- und Softwareausstattung),
- Qualifikation,
- Aufgaben (Kodierung, dokumentationsfremde) und
- Arbeitsorganisation (einschließlich Vertretungslösung).

Aufgaben von Kodierfachkräften

Für typische Arbeitsabläufe wurde die durchschnittliche Prozessdauer gemessen. Offene Fragen ermöglichten die Beurteilung der eigenen Aufgaben und Arbeitsbedingungen (Belastung, Teamintegration) in Freitextfeldern.

Das Berufsbild einer KFK entspricht typischerweise keiner anerkannten Berufsausbildung; viele Aufgabenbeschreibungen lehnen sich an die Erläuterungen der Bundesagentur für Arbeit zum Anforderungsprofil an einen Medizini-

schen Dokumentationsassistenten an, der in der Regel eine zwei- bis dreijährige Ausbildung absolviert. KFK hingegen haben sehr häufig bereits einen medizinischen Berufsabschluss, zum Beispiel als Pflegekraft oder Medizinisch-technische Assistenz in Kombination mit Schulungen zur Klassifikation und zum DRG-System.

Die KFK-Aufgaben lassen sich aus den Prozessen der administrativen Patientenverwaltung, der Vorbereitung der Rechnungslegung durch Ermittlung der zutreffenden Fallpauschale und der Begleitung der Leistungsprüfungen durch die Krankenkassen ableiten. Ergänzende Aufgaben betreffen die Pflege von Daten für die Qualitätssicherung, die Unterstützung von Forschung und Lehre sowie die eigene Arbeitsorganisation. Viele dieser Aufgaben lassen sich in weitere Prozessschritte oder unterschiedliche Gestaltung differenzieren.

Kennzahlen zur Personalbemessung

Für die Personalbemessung sind für KFK folgende Aufgabengruppen relevant:

- Erstellen der Aufnahmeanzeige im §-301-DTA-Verfahren,
- Kodierung des Falls (Aktenbeschaffung und Verschlüsselung),
- Fallpauschalengruppierung und Plausibilisierung (Fallfreigabe),
- MDK-Prüfungen,
- Qualitätssicherungsdokumentation und
- Arbeitsorganisation.



KODIERREVISION

Sofortige Erlössteigerung und nachhaltige Sicherung der Kodierqualität.

DLMC – Ihr zertifizierter Partner für externes Medizincontrolling
Tel. +49 2339 1241-10 | www.dlmc.de



DLMC
Medizincontrolling

Kennzahlen zum Zeitaufwand von Arbeitsaufgaben

	Mittelwert*	Minimum*	Maximum*	Bezug zu	Quote
Aufnahmeanzeige	1:50	1:19	2:46	Fallzahl	100%
Kodierung	14:00	2:20	30:09	Fallzahl**	100%
Fallfreigabe	2:30	0:55	6:00	Fallzahl	100%
MDK-Prüfung	25:00 (geschätzt)			MDK-Fallzahl	24%
Qualitätssicherung	6:40	5:15	8:00	QS-Fallzahl	12%
Aktenbeschaffung	18:10	5:40	56:00	Arbeitstage	250
Visitenbegleitung	4:10	4:03	4:27	Belegungstage	80%
Sonstiges	12:00 (geschätzt)			Arbeitstage	250

* Minutenangaben

** In den Tabellen 2 und 3 wurde die Berechnung des Kodieraufwands auf Belegungstage umgestellt.

Tab. 1

Drei Fachabteilungen mit unterschiedlichen Leistungskennzahlen

Beispiel	FAB 1	FAB 2	FAB 3
Fallzahl	2.500	3.000	6.000
CMI	0,908	1,143	1,645
Case Mix	2.270	3.429	9.870
Verweildauer (Tage)	6,4	7,9	4,1
Belegungstage	16.000	23.700	24.600
MDK-Fälle	300	480	1.440
QS-Fälle	200	300	960
Fachabteilungen	1	1	1

Tab. 2

Personalbemessungen für Kodierfachkräfte

	FAB 1	FAB 2	FAB 3
Aufnahmeanzeige	76:23:20	91:40:00	183:20:00
Kodierung	577:46:40	855:50:00	888:20:00
Fallfreigabe	104:10:00	125:00:00	250:00:00
MDK-Prüfung	125:00:00	200:00:00	600:00:00
Qualitätssicherung	22:13:20	33:20:00	106:40:00
Aktenbeschaffung	75:41:40	75:41:40	75:41:40
Sonstiges	50:00:00	50:00:00	50:00:00
Gesamt	1.031:15:00	1.431:31:40	2.154:01:40
VK	0,64	0,88	1,33
Fallzahl/VK	3.906	3.409	4.511

Kodierung: Abweichend von Tabelle 1 wurden hier die Belegungstage, multipliziert mit dem im Fließtext erläuterten Wert von 2:10 Minuten je BT, verwendet.

Tab. 3

Gemäß Untersuchung benötigten die KFK im Durchschnitt knapp zwei Minuten für die Erstellung einer Aufnahmeanzeige, knapp 14 Minuten für die Kodierung des vollständigen stationären Aufenthalts eines Patienten, rund 2,5 Minuten für den Fallabschluss und rund 6,5 Minuten für die Bearbeitung eines Qualitätssicherungsbogens. Leistungsprüfun-

gen durch die Kostenträger führten zu einem durchschnittlichen Aufwand von etwa 25 Minuten für die Aktenbeschaffung, das Kopieren relevanter Unterlagen, die Prüfung des Gutachtens und gegebenenfalls die Korrektur der Rechnung ohne Berücksichtigung des leistungsrechtlichen Dialogs oder der Einleitung gerichtlicher Auseinandersetzungen.

Für die quantitative Bewertung des Arbeitsaufwands wurden diese Aufgaben in Relation zu Kennzahlen der entlassenden Fachabteilung gesetzt:

- der Jahresfallzahl der stationär behandelten Patienten,
- der MDK-Prüfquote,
- der Zahl der jeweils zu bearbeitenden Qualitätssicherungsbögen und
- der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten beziehungsweise der Zahl der Belegungstage.

Tabelle 1 stellt den durchschnittlich gemessenen Zeitaufwand für jede Aufgabe sowie die Abhängigkeit von Arbeitstagen oder Leistungskennzahlen dar.

Die Überprüfung weiterer Abhängigkeiten ergab eine Korrelation zwischen Kodierung und durchschnittlicher Verweildauer, wobei die Verweildauer wiederum die Zahl der Dokumente mit relevanten medizinischen Informationen beeinflusst. Für die Erstellung von sozialgerichtlichen Gutachten wird für das Aktenstudium beispielsweise ein Zeitaufwand von einer Stunde für 50 Blätter mit medizinischen Informationen, 1:12 Minuten je Blatt, als angemessen eingeschätzt. Bei einer mittleren Verweildauer von etwa sieben Tagen entstehen in der Krankenakte durchschnittlich zwölf Blätter mit für die Kodierung relevanten Informationen (unter anderem Aufnahmebefund, ärztlicher und pflegerischer Verlauf, radiologische Befunde, Histologie, Laborbefunde, OP-Berichte und Anästhesieprotokoll, Konsile, Therapieprotokolle). Die Bearbeitung dieser Blätter je Fall erfordert im Durchschnitt pro Verweildauertag einen Zeitaufwand von 2:10 Minuten.

Für die Ermittlung der erforderlichen VK-Zahlen wurden als Nettoarbeitszeit bei Berücksichtigung der durchschnittlichen Ausfallzeiten infolge Urlaub, Krankheit und Fortbildung 1.620 Stunden pro Jahr berücksichtigt. Tabelle 2 stellt exemplarisch für drei virtuelle Fachabteilungen die erforderliche KFK-Zahl, mittlere Arbeitszeitaufwände angenommen, dar.

Unter Berücksichtigung der Mittelwerte aus Tabelle 1 lässt sich der in Tabelle 3 abgebildete Personalbedarf für die verschiedenen Fachabteilungen ermitteln.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass sich die in diversen Foren und durch Berater kommunizierten Vorgaben, die zwischen 3.500 und 4.300 Fällen pro KFK liegen, nur mit Zurückhaltung als Benchmark verwenden lassen, da diese oft das tatsächliche Aufgabenspektrum, unterschiedliche Arbeitsorganisationen, Qualifikationen und Fachabteilungsschwerpunkte sowie die erforderlichen Vertretungslösungen nur unzureichend berücksichtigen.

Arbeitsorganisation und Kodierqualität

Im Zuge der Auswertung der Arbeitsorganisationsmodelle fanden sich drei Merkmale mit jeweils zwei bis drei Ausprägungen, mit denen sich das jeweilige Modell beschreiben lässt:

- Zahl der KFK: keine (Ärzte kodieren) – eine – mehrere,
- Aufgabenumfang: Kodierung und Abrechnung als Nebenaufgabe – nur Kodierung und Abrechnung –, erweiterte Dokumentationsaufgaben,
- Arbeitsorganisation: fallabschließend – fallbegleitend.

Theoretisch sind 18 verschiedene Modelle möglich, in der Regel werden je Krankenhaus aber nur zwei bis fünf Modelle „gelebt“. Jede der Varianten hat spezifische Vor- und Nachteile hinsichtlich der zu erwartenden Kodierqualität, der Ergonomie und der Realisierung von Vertretungsmöglichkeiten. Die Entscheidung, welche Variante zum Einsatz kommt, wird maßgeblich von der Fallzahl in der Fachabteilung, der Verweildauer, der Komplexität der erbrachten Leistungen und der ärztlichen Personalvorhaltung in Relation zur ärztlichen Arbeitsbelastung beeinflusst.

Im Vergleich der Varianten mit und ohne Visitenbegleitung ist ein um etwa 20 Prozent erhöhter Personalaufwand zu verzeichnen, wenn KFK fallbegleitend kodieren. Positiv wirkt sich der unmittelbare Einfluss auf die Dokumentationsqualität und die Verweildauersteuerung auf, mit dem sich der erhöhte Personalaufwand kompensieren lässt.

Als ein möglicher Indikator für eine Überforderung von KFK zulasten der Kodierqualität hat sich ein Vergleich

von Verweildauerkennzahlen bewährt. Immer dann, wenn in einer Fachabteilung die Quote der Langlieger höher als die Referenzwerte aus den Datenbanken des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist und/oder wenn die tatsächliche Verweildauer der Normallieger im Vergleich zur Katalogverweildauer deutlich erhöht ist, sollte das Krankenhausmanagement prüfen, ob den KFK ausreichend Zeit zur Verfügung steht, alle Fälle unter Nutzung der kompletten Krankenakte zu kodieren und komplexe Fälle mit einem ärztlichen Medizincontroller oder einem DRG-verantwortlichen Arzt zu besprechen. Beide Verweildauerkennzahlen lassen sich auch unter dem Begriff der „Problemliegerquote“ zusammenfassen. Die Problemliegerquote beinhaltet all jene Patienten der Gesamtfallzahl, die als Normallieger im obersten Quartil und als Langlieger klassifiziert sind. Als Zielwert sollte

ein Anteil an der Gesamtfallzahl von weniger als 9,5 Prozent angestrebt werden. Weicht die tatsächliche Quote innerhalb einer Fachabteilung oder bei häufig abgerechneten Fallpauschalen erheblich ab, sind die Arbeitsprozesse und die Personalbemessung zu hinterfragen.

Sandra Sohr
Universität Duisburg-Essen
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Lehrstuhl für Medizinmanagement
Universitätsstraße 2
45141 Essen
E-Mail: Sandra.Sohr@uk-essen.de

Dr. Ulf Dennler, MBA
Städtisches Klinikum München GmbH
Medizinische Leistungssteuerung
Thalkirchner Straße 48
80337 München
E-Mail: ulf.dennler@klinikum-muenchen.de

elbamed

Gesundheitsmanagement
ist kein Zufall!

Medizin-Controlling

- Kodierung & Abrechnung
- MDK-Fallbearbeitung
- Erlösoptimierung

Krankenhausberatung

für die Psychiatrie: PEPP - fit
mit elbamed

elbamed GmbH: Tel.: 0800-elbamed (0800-35 22 6 33)
www.elbamed.de ■ info@elbamed.de