

# Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser

Dr. Nikolai von Schroeders, Dr. Susanne Wolf

**Krankenhauserlöse sind abhängig von der Kodierung stationärer Fälle, die ist jedoch selten qualitätsgesichert. Tools, Analysen oder Benchmarkprojekte geben nur Hinweise auf Optimierungspotenziale. Eine Aussage über die tatsächliche Kodierqualität lassen sie nicht zu. Optimale Erlöse mit geringen Risiken erzielen Krankenhäuser nur, wenn sie die tatsächliche Qualität der Kodierung aktiv überwachen.**



Foto: iStock

**A**ufgrund der mangelnden Qualitätssicherung der Kodierleistungen bestehen für Kliniken hohe Risiken. Einerseits kann es zu nicht ausreichend abgebildeten Leistungen kommen – Rechnungen an die Kostenträger fallen dann zu niedrig aus. Andererseits entstehen Gefahren potenziell zu hoher Abrechnungen, die Verluste nach Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bedingen und inzwischen auch mehr und mehr strafrechtliche Konsequenzen haben. Einige Staatsanwaltschaften sind mittlerweile auf die Aufdeckung von betrügerischer Abrechnung im Gesundheitswesen spezialisiert. Spezielle Einheiten der Kriminalpolizei sind darauf fokussiert, Abrechnungen und Abläufe in Krankenhäusern differenziert zu hinterfragen, um bei Verdacht strafrechtlicher Tatbestände sehr gezielt einzugreifen. Hausdurchsuchungen in Kliniken, mit entsprechenden Konsequenzen für den Ruf, werden häufiger.

## Kriterien der aktiven Qualitätssicherung

Ziel von Qualitätssicherung der Kodierung im Krankenhaus muss es sein, für alle Bereiche eines Krankenhauses die tatsächlich erbrachten Leistungen abzubilden und diese im Zweifelsfall auch erfolgreich gegenüber den Kostenträgern durchzusetzen.

Eine solche Qualitätssicherung muss verschiedene Kriterien erfüllen:

Zentral scheint, dass diese ein **Fach-experte** vornimmt, denn die in den meisten Krankenhäusern eingesetzte regelbasierte elektronische Kodierprüfung greift zu kurz. Aus Gründen der Effizienz erscheint diese mehr oder weniger automatische elektronische Überprüfung natürlich verlockend: Oberflächlich betrachtet werden alle Akten nach Kodierfehlern überprüft und dies in einer hohen Geschwindigkeit. Die häufig implementierten Softwareprodukte, die die Mitarbeiter bei potenziell fehlerhafter Kodierung mit grafischen Systematiken auf einen möglichen Veränderungsbedarf hinweisen, kosten einmalig Geld und können dauerhaft eingesetzt werden. Allerdings zielen diese Tools ausschließlich auf eine bestimmte Art von Inkonsistenzen im abgespeicherten Abrechnungsdatensatz ab. Sie scheitern stets, wenn Kodierungen einfach vergessen werden oder wenn zusätzliche Kodierungen erfolgen, die zwar mit dem Abrechnungsdatensatz konsistent erscheinen, jedoch schlichtweg falsch sind.

Typische Regeln für solche elektronischen Kodierprüfungssysteme sind:

- „Falsche“ Kombination von Diagnose- und Prozedurencodes (zum Beispiel sich widersprechende Angaben über Schweregrade bestimmter Erkrankungen)
- Offensichtlich fehlende Codes (zum Beispiel fehlende Blutarmut bei kodierter Gabe von Blutprodukten)
- Unwahrscheinliche Kombinationen (von selten in Kombination auftretenden Erkrankungen und Situationen)
- Auffällige Konstellationen von Abrechnungsdaten mit Sozialdaten und Leistungsdaten (zum Beispiel sehr geringe oder hohe Erlöse pro Behandlungstag).

Alle diese Systeme sind gut geeignet zur Identifikation von Fällen mit Erlösverschiebungspotenzialen. Mithilfe dieser Systeme lassen sich gezielt Fälle herausfiltern, für die ein besserer (oder aus Sicht der Kostenträger geringerer) Erlös realisiert werden könnte. Sowohl Kostenträger als auch Leistungserbringer setzen diese Sys-

teme daher gezielt und sehr erfolgreich ein, um Erlöse zu reduzieren oder zu optimieren. Mit Qualität im Sinne einer korrekten und vollständigen Darstellung der Situation eines Patienten im Krankenhaus haben diese Zielrichtungen aber nichts zu tun. Es sind rein Erlöseffekt-optimierende Systematiken, die ihre Wirkung letztendlich nur im Rahmen dessen zeigen können, was bereits kodiert wurde. Falsche, vergessene oder ausufernde Codes innerhalb in sich konsistenter Datensätze bleiben verborgen. Daher sollten Personen prüfen, die aufgrund ihrer umfangreichen Fachkenntnisse in der Lage sind, über die rein elektronisch-regelbasierte und damit passive Prüfung eines vorhandenen Datensatzes hinaus zu agieren.

Wenn bislang Fachexperten zur Kodierkontrolle eingesetzt werden, so erfolgt dies nur für Akten, die infolge der elektronischen Prüfung auffällig geworden sind. Alle anderen Akten, die die elektronische Prüfung überstanden haben, aber dennoch aus den genannten Gründen gravierende Falschkodierungen enthalten können, werden nicht weiter gesichtet. Erlöspotenzial wird dadurch verschenkt, die Fallzahlen für eine MDK-Bearbeitung werden eventuell erhöht, und Gefahren bezüglich möglicher strafrechtlicher Konsequenzen bleiben unerkannt. Natürlich ist es nicht möglich, alle Akten im Vier-Augen-Prinzip zu bearbeiten. Entscheidend ist aber die **Prüfung einer zufälligen Stichprobe**. Zufällig ist eine Stichprobe immer dann, wenn alle potenziell möglichen Fälle (hier Akten) die gleiche Chance haben, für die intensive Prüfung ausgewählt zu werden. Dies kann dadurch sichergestellt werden, dass aus einer vorher definierten Grundgesamtheit systematisch jede x-te Akte ausgewählt wird.

Die Stichprobe ist weiterhin so zu gestalten, dass sie Akten möglichst aller medizinischen Bereiche eines Krankenhauses beinhaltet. Jede Fachabteilung verfügt über spezielle und sehr umfangreiche Kodierrichtlinien, die sich zum Teil jährlich verändern. Das bedeutet für die Kodierkräfte, das entsprechende und stetig zu aktualisierende Know-how in allen Berei-

chen bereithalten zu müssen. Ob alle Bereiche optimal abgerechnet werden, kann also nur über eine **breite Stichprobe** erfasst werden.

In diesem Zusammenhang ist auch der **geeignete Stichprobenumfang** zu diskutieren. Unter der Annahme, dass in einer Woche alle medizinischen Bereiche die Chance haben, von einem Kodierer bearbeitet zu werden und ein Kodierer in einer Woche 80 bis 100 Akten kodiert. So scheint ein Stichprobenumfang von einem Drittel der Wochenleistung geeignet. Mit 20 bis 30 geprüften Fällen lässt sich in der Regel ein guter Überblick über sich wiederholende Fehler einer Kodierkraft erreichen. Um das Kriterium der Zufälligkeit und der breiten Stichprobe einzuhalten, sollten alle Akten einer Woche und eines bestimmten Mitarbeiters zusammengetragen und aus diesem Stapel jede dritte Akte entnommen werden. Sollte in der Stichprobe eine Häufung von Akten in Bezug auf ein Fachgebiet enthalten sein, werden weitere Akten gezogen.

Alle in der Kodierung eingesetzten Mitarbeiter sollten außerdem systematisch erfasst werden. Die Prüfung sollte daher in einem vordefinierten und zuverlässig eingehaltenen **regelmäßigen Intervall** erfolgen. Qualitätssicherungsmaßnahmen zwei Mal im Jahr pro Kodierkraft scheinen sinnvoll und auch machbar. Einer durchschnittlichen Leistung von 3 500 bis 4 500 kodierten Fällen pro Vollkraft steht damit ein Aufwand von zwei Arbeitstagen des Auditors gegenüber – eine Investition, die sich lohnt.

Damit sich die Kodierkräfte nicht überfahren fühlen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht als negative Kontrolle empfinden, müssen die Kodierprüfungen angekündigt und der Sinn der Maßnahme als **fördernde, fordernde und Sicherheit gebende Prüfung** kommuniziert werden. Werden die Mitarbeiter – gleich um welche Maßnahmen es sich handelt – im Unklaren über den Nutzen gelassen, werden sie ablehnend reagieren, und der positive Effekt – nicht nur für die wirtschaftliche Situation, sondern auch für den einzelnen Mitarbeiter – geht verloren. Das Ergebnis der Prüfung

muss stets als Basis für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess gesehen werden. Jeder Mitarbeiter muss verstehen, dass ein kritisches Ergebnis zwar Ausgangspunkt für Qualifizierungsmaßnahmen seiner Person sein kann und muss, jedoch für ihn keine disziplinarischen Konsequenzen hat. Im Gegenteil: Es geht darum, den Mitarbeiter abzusichern und ihn nicht mit seiner Verantwortung allein zu lassen. Eine aktive Qualitätssicherung muss des weiteren **Feedback-Mechanismen auch zu Themen enthalten, die über die eigentliche Kodierung hinausgehen**. Konkret handelt es sich dabei um die Primärdokumentation im ärztlichen/pflegerischen Dienst, Auffälligkeiten in der Abrechnung sowie im medizinischen Prozess.

Grundlegend für die Kodierung ist die ärztliche Basisdokumentation. Um jedoch eine optimale Abbildung der Leistungen zu erreichen, müssen Kodierer, Ärzte aber auch weitere Bereiche, in denen Bestandteile für die Abrechnung erzeugt werden, wie Patientenaufnahme, -verwaltung, und -abrechnung in einem intensiven Austausch stehen. Ob diese zahlreichen, interdependenten Schnittstellen tatsächlich optimal ineinandergreifen und aufeinander aufbauen, sollte regelmäßig überprüft werden.

Entscheidend ist schließlich, dass der eingesetzte **Prüfer neutral** ist und somit unabhängig vom erzielten Ergebnis prüfen kann. Wenn der Prüfer nicht „objektiv“ prüfen kann, weil er zum Beispiel Angestellter des Hauses ist, können verschiedene Mechanismen eintreten, die das Prüfergebnis verzerren: Erstens prüft er die eigenen Kollegen. Sollte es zu Auffälligkeiten kommen, sind Nestbeschmutzung und Kollegenschelte häufig „Scheren im Kopf“, die sich auf das Prüfergebnis auswirken könnten. Zweitens kann sich ein interner Prüfer geradezu unter Druck gesetzt fühlen, Mängel zu finden. Absprachen unter Kollegen sind denkbar, die mit der tatsächlichen Qualität der Kodierung nichts zu tun haben. Gemäß dem Sprichwort „Den Propheten im eigenen Haus hört man nicht“ kann es drittens dazu kommen, dass Änderungsvorschläge eines in-

ternen Mitarbeiters auch zu Prozessabläufen keine Akzeptanz finden. Schließlich kann aber auch der Blick eines „Fremden“ von außen oft mehr Schwachstellen aufdecken, da er gerade eben nicht selbst in interne Vorgehensweisen eingebunden ist, die so weit habitualisiert sein können, dass sie dem Mitarbeiter im eigenen Haus gar nicht mehr auffallen.

### Prüf-Modelle in der Praxis

Es bedarf sorgfältiger Planung und Vorbereitung, um im Krankenhaus ein stabiles System zur Qualitätssicherung der Kodierung einzuführen. Ein zentraler Punkt ist die Kommunikation von Zielen und Vorgehensweisen gegenüber allen betroffenen Mitarbeitern – zu leicht entstehen ansonsten Unsicherheiten und Ängste.

Vor dem Hintergrund der Neutralität muss ein geeignetes Modell gefunden werden, mit dem die Prüfung außerhalb des Kollegenkreises realisiert werden kann. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten:

#### 1. Peer-Review-Prüfungen innerhalb eines Klinikverbunds

Diese Möglichkeit kommt immer dann in Betracht, wenn mehrere Kliniken zu einem Verbund zusammengeschlossen sind, jedoch unterschiedliche Mitarbeiterpools in den einzelnen Häusern arbeiten. Dieses Modell ist prädestiniert für Krankenhausketten jeder Art – ebenso aber für lose Verbünde. Ein bis zwei in der Kodierung und Abrechnung besonders erfahrene Mitarbeiter jedes Hauses werden in der Prüfsystematik geschult. Sie besuchen tageweise andere Krankenhäuser, um die dort tätigen Kodierer und deren Ergebnisse zu prüfen. Diese Ergebnisse besprechen zunächst der Prüfer und der Abteilungsleiter des jeweiligen Hauses und anschließend beide noch einmal mit dem jeweils geprüften Mitarbeiter und diskutieren mögliche Schlussfolgerungen.

#### 2. Peer-Review-Prüfungen mit nicht konkurrierenden Krankenhäusern

Kliniken, die keinem Verbund angehören und damit Modell 1 nicht anwenden können, nehmen über ihren Medizin-

controller Kontakt zu Medizincontrollern anderer Kliniken auf, die nicht in direkter Konkurrenz zum eigenen Krankenhaus stehen. Die Medizincontroller Deutschlands sind sehr gut untereinander vernetzt, da gerade innerhalb kleinerer Krankenhäuser der fachliche Austausch fehlt. Über Verbände wie die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling ist es gut möglich, Kollegen in anderen Häusern zu identifizieren und für solche Projekte zu gewinnen, wenn die Geschäftsführung dies unterstützt und Kapazitäten bereitstellt.

Für Qualitätssicherungsprojekte dieser Art ist es wichtig, dass mindestens drei Häuser zusammenarbeiten, damit der jeweils Geprüfte nicht sein direktes Pendant prüft. Es besteht ansonsten die Gefahr von Gefälligkeitsprüfungen oder schlimmstenfalls von „Retourkutschen“ für zu kritisch empfundene Prüfungen.

#### 3. Externe Prüfung:

Alternativ können Krankenhäuser die Prüfung auch an einen externen Dienstleister vergeben. Ähnlich wie der Einsatz von Wirtschaftsprüfern zur Testierung des Jahresabschlusses üblich ist, kann so Sicherheit erlangt werden, dass erbrachte Leistungen auch zu adäquaten Erlössummen führen. Der Ablauf ähnelt dem einer internen Prüfung. Dem Nachteil der entstehenden Kosten steht der Vorteil des Erfahrungsschatzes externer Dienstleister und dessen Kenntnis über sehr viele Krankenhäuser und deren Kodierqualitätsniveaus gegenüber. Oft empfinden die Kliniken es als Vorteil, einen externen Prüfer zu beauftragen, dessen (neutrale) Meinung mehr Gewicht hat als die eines Medizincontrollers aus einem anderem Krankenhaus. Der finanzielle Aufwand für eine derartige Dienstleistung wird meist dank der künftig zu realisierenden Erlöseffekte überkompensiert.

### Umfang und Vorgehen

Die Qualitätssicherung der Kodierung bindet Ressourcen und kostet daher Geld. Umfang der Stichprobe und Ablauf der Prüfung müssen daher so ge-

staltet werden, dass diesem Aufwand auch ein adäquater Nutzen gegenübersteht.

Festgelegt werden vorab ein geeignetes Prüfvolumen und eine entsprechende Systematik der Fallauswahl. Die Erfahrung zeigt, dass ein Prüfvolumen von ein bis zwei Prozent aller Fälle pro Jahr bereits einen sehr guten Überblick über systematische Fehler gibt, ohne dabei einen zu hohen Aufwand zu erzeugen.

Wichtig ist, dass die Prüfung personenbezogen erfolgt, sodass zum Beispiel an einem Tag gezielt die Fälle eines Mitarbeiters geprüft werden, der anschließend ein direktes Feedback bekommt. Nur so ist das Hauptziel der Prüfung, die Identifikation und Realisierung von individuellem Qualifizierungsbedarf der Mitarbeiter, möglich.

Ebenso ist sicherzustellen, dass alle medizinischen Fachbereiche in die Prüfung mit einbezogen werden, um auch jene Defizite aufzudecken, die außerhalb der Einflussmöglichkeiten des einzelnen Kodierers liegen, zum Beispiel in der Dokumentation. Somit können Prüfungen auch für Bereiche erfolgen, in denen nicht Kodierer, sondern nach wie vor ärztliches Personal die Primärkodierung vornehmen. Für diese Bereiche muss vorab geklärt sein, ob mögliche kritische Prüfergebnisse eine Qualifizierungsmaßnahmen der entsprechenden Ärzte nach sich ziehen oder ob die Kodierung daraufhin auf professionelle Kodierfachkräfte umgestellt werden soll.

Für eine jeweils vollständige und vergleichbare Prüfung der Akten sollte immer eine *einheitliche Prüfsystematik* verwendet werden, mit der der Auditor anhand eines vorher festgelegten Schemas für jeden Fall wesentliche Dinge bewertet und schriftlich niederlegt. Dies sind zum Beispiel

- die Auswahl der Hauptdiagnose,
- die vollständige und korrekte Kodierung aller DRG-relevanten Prozeduren,
- die Erfassung erlösrelevanter und nicht erlösrelevanter Nebendiagnosen sowie
- wichtige andere Punkte (unter anderem korrekte Dokumentation und

### Was ist Kodierung?

Die Kodierung im stationären Bereich ist grundsätzlich nichts anderes als die Übersetzung medizinischer Diagnosen, Zustände und Symptome in Diagnosecodes (in Deutschland nach ICD10-GM) sowie die Übersetzung operativer und konservativer Leistungen der Medizin in Prozedurencodes (in Deutschland nach OPS-301).

Mit der Einführung des DRG-Systems hat sich der Kodiervorgang von einer rein ärztlichen Tätigkeit hin zu einem hoch komplexen Prozess entwickelt, dessen zahlreiche Schnittstellen optimal ineinandergreifen müssen. Das Ende dieser Prozesskette bilden die in den Krankenhäusern inzwischen flächendeckend eingesetzten Kodierfachkräfte, die maßgeblich für den wirtschaftlichen Erfolg, aber auch mögliche strafrechtliche Konsequenzen verantwortlich sind. Es obliegt den Vorgesetzten, jene nötigen Strukturen zu schaffen, die optimale Erlöse sicherstellen und es gleichzeitig den Mitarbeitern ermöglichen, ihrer Verantwortung gerecht zu werden.

Kodierung von Komplexpauschalen, speziellen Scores oder Beatmungstunden).

Ebenfalls sollte stets erfasst werden, ob die für die Kodierung benötigten Unterlagen (insbesondere Arztbrief, OP-Bericht, Pflegedokumentation) vollständig und lesbar vorhanden und entsprechend der Vorgaben von den Mitarbeitern abgezeichnet wurden. Das entwickelte Prüfinstrument kann und sollte den geprüften Mitarbeitern vorab zur Kenntnis gegeben werden. Dies macht ihnen transparent, worauf die Prüfung abzielt und Wert legt. Ebenso sollte vorab festgelegt werden, wie die Mitarbeiter Feedback bekommen und wem die Prüfergebnisse transparent gemacht werden.

Ergebnis einer solchen Prüfung sollte immer ein kurzer Bericht sein. Im ersten Durchlauf erzeugt es Vertrauen unter den Mitarbeitern, wenn dieser nur intern verwendet wird und Basis für die Besprechung von Fortbildungsmaßnahmen ist. In weiteren Durchläufen kann und soll der Bericht natürlich auch Abteilungsleiter und Geschäftsführung informieren, um daraus gegebenenfalls Qualifizierungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter abzuleiten.

All diese Maßnahmen sind stets sehr gut und wertschätzend zu kommunizieren. Den Mitarbeitern muss ein extrem transparentes Verfahren die Sicherheit geben, dass die Maßnahme zum Nutzen der Klinik, aber auch al-

ler Mitarbeiter ist und eine gemeinsame Realisierung der optimalen Erlöse verfolgt wird.

Im eigenen Interesse und um die Mitarbeiter zu unterstützen und abzusichern sollten Krankenhäuser die qualitätsgesicherte Kodierung aktiv überwachen.

#### Anschrift der Verfasser:

Dr. Nikolai von Schroeders  
Geschäftsführer

Dr. Susanne Wolf  
Unternehmenskommunikation  
DLMC GmbH  
Mittelstraße 8  
45549 Sprockhövel (Wuppertal)  
E-Mail: nvs@dlmc.de



**12. Nationales DRG-Forum**  
14. und 15. März 2013

---

**www.drg-forum.de**

Melden Sie sich jetzt an!