

Boris Rapp

# Praxiswissen DRG

Optimierung von Strukturen  
und Abläufen

2., überarbeitete und  
erweiterte Auflage

**Kohlhammer**

## **Der Autor**

**Dr. Boris Rapp**, seit Mai 2008 Geschäftsführer des Sana Klinikums Hof, umfangreiche Erfahrung im DRG-System und dessen praktischer Umsetzung im Krankenhaus. Autor zahlreicher Fachpublikationen, regelmäßige Vorträge zum Thema DRG und Prozessmanagement im Krankenhaus.

Boris Rapp

# **Praxiswissen DRG**

Optimierung von Strukturen  
und Abläufen

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Aus Gründen der flüssigeren Schreibweise und besseren Lesbarkeit wird im Text nicht explizit zwischen weiblichen und männlichen Wortformen unterschieden. Falls nicht anders hervorgehoben, ist jedoch die so ausgeschlossene Geschlechtsform selbstverständlich immer miteinbezogen.

2. Auflage 2010

Alle Rechte vorbehalten

© 2010 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026558-5

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 1. Auflage .....	11
Vorwort zur 2. Auflage .....	13
Abkürzungsverzeichnis .....	15
1 DRG-Kodierung.....	19
1.1 Anforderungen an die DRG-Kodierung und -Dokumentation.....	19
1.2 Etablierte Kodiermodelle .....	21
1.2.1 Ärztemodell .....	22
1.2.2 Profiler-Modell.....	26
1.2.3 Koder-Modell.....	28
1.2.4 Aktenprüfung.....	31
1.2.5 Fallbegleiter-Modell.....	35
1.2.6 Outsourcing von Kodierdienstleistungen .....	37
1.2.6.1 Situation in Deutschland .....	37
1.2.6.2 Blick in die Schweiz: Erfahrungen mit Remote Coding (Fernkodierung) .....	40
1.2.7 Kostenkalkulation für Kodiermodelle.....	44
1.2.8 Übersicht Ausbildungsgänge Medizinische Dokumentation/Kodierung.....	46
1.2.8.1 Fort- und Weiterbildungsangebote für Medical Coder/ Kodierassistenten .....	46
1.2.8.2 Medizinische Dokumentare/Dokumentationsassistenten ..	67
1.2.8.3 Zertifikat „Medizinische Dokumentation“.....	68
1.2.8.4 Mitarbeiterauswahl und Zuordnung .....	68
1.2.9 DRG-Management/Medizin-Controlling .....	74
1.3 Anreizmodelle für ärztliche Kodierung.....	79
1.3.1 Ärztlicher Dokumentationsaufwand.....	80
1.3.2 Konfliktpotenzial Arzt und DRG-System .....	83
1.3.3 Scoring-System.....	89

1.3.4	Entgeltverantwortlichen-System . . . . .	92
1.3.5	Nachweis von Weiterbildungsinhalten . . . . .	94
1.3.6	Informationstransparenz . . . . .	96
<b>2</b>	<b>Prozessoptimierung unter DRG-Bedingungen . . . . .</b>	<b>97</b>
2.1	Ökonomische Auswirkungen der DRG . . . . .	98
2.2	Von der Abteilungs- zur Prozessorientierung . . . . .	100
2.3	Aufnahmeprozess . . . . .	102
2.3.1	Belegungsmanagement . . . . .	103
2.3.2	Aufnahmemanagement . . . . .	106
2.3.3	OP-Ressourcen-Management . . . . .	110
2.4	Entlassungsprozess . . . . .	112
2.4.1	Entlassungsmanagement . . . . .	112
<b>3</b>	<b>Maßnahmen zur Steigerung der Kodierqualität . . . . .</b>	<b>115</b>
3.1	DRG-Hotline . . . . .	115
3.2	DRG-Newsletter . . . . .	115
3.3	DRG-Schulungen . . . . .	116
3.4	Dokumentationsaudits . . . . .	117
3.5	Kodierung im Team . . . . .	117
3.5.1	Pflege . . . . .	118
3.5.2	Labor . . . . .	122
3.5.3	Verstorbene Patienten . . . . .	122
3.5.4	Obduktionen . . . . .	123
3.5.5	Pathologie . . . . .	124
3.5.6	Sonstige Bereiche . . . . .	125
3.5.7	Konsile . . . . .	126
3.6	Klinische Leistungsgruppen und Ludwigshafener Basis-DRG . . . . .	126
3.7	Informationsabgleich mit dem Einkauf . . . . .	130

4	<b>Arbeitshilfen und Werkzeuge</b>	131
4.1	Kodierempfehlungen (MDK und Fachausschuss Kodierung der Deutsche Gesellschaft für Medizin- controlling, DGfM)	131
4.2	DRG-Definitionshandbücher	132
4.3	Kodierleitfäden	135
4.4	Internetquellen	136
4.5	Software zur Kodierplausibilisierung	139
5	<b>Kostenträger- und MDK-Anfragen</b>	143
5.1	Rechtliche Grundlagen	143
5.1.1	Prüfauftrag der Krankenhäuser	143
5.1.2	Prüfauftrag der Kostenträger	144
5.1.2.1	Einzelfallprüfung	144
5.1.2.2	Stichprobenprüfung	147
5.1.3	Der Medizinische Dienst (MDK)	149
5.1.4	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	151
5.2	Beispiele aktueller Rechtsprechung	155
5.2.1	Zahlungsverpflichtung des Kostenträgers	155
5.2.2	Rechtzeitigkeit der Anfrage	158
5.2.3	Stationäre Krankenhausbehandlung: Definition und Notwendigkeit	160
5.2.3.1	Definition der vollstationären Leistung	160
5.2.3.2	Relevanz der geplanten Verweildauer	161
5.2.3.3	Notwendigkeit stationärer Behandlung im Sinne von § 39 SGB V	162
5.2.3.4	Betrachtungshorizont: ex ante oder ex post?	164
5.2.3.5	Dauer des stationären Aufenthaltes	164
5.2.4	Prüfumfang des MDK	167
5.3	Einsichtsrecht der Kostenträger	168
5.4	Anfragenmanagement	171
5.4.1	Klassifikation der Anfragen (administrativ/medizinisch)	172
5.4.2	Prozess der Anfragenbearbeitung	174
5.4.3	Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren	174

5.4.4	Zusammenarbeit mit Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst .....	177
5.4.5	Checkliste für die Anfragen-Bearbeitung .....	178
5.5	Stationäre Notwendigkeit – G-AEP .....	179
<b>6</b>	<b>DRG-Erlösverteilung .....</b>	<b>187</b>
6.1	AKVD-Methode.....	189
6.2	Erlösorientierte Budgetierung nach Thiex-Kreye et al. ....	191
6.3	Aufwandsorientiertes DRG-Erlössplitting (Charité) .....	194
6.4	DDMI-Methode.....	197
6.5	Ergebnisorientierte Erlösrechnung (EER) .....	204
6.6	Kölner Verteilungsmodell.....	206
6.7	Zusammenfassende Bewertung der Methoden .....	208
<b>7</b>	<b>Controlling-Berichte und Kostenträgerrechnung .....</b>	<b>211</b>
7.1	Steuerungsansatz für Krankenhäuser .....	211
7.1.1	Steuerungsphilosophien .....	211
7.1.2	Matrixsteuerung in Prozessen und Budgets .....	212
7.2	Kennzahlen .....	213
7.2.1	Methodische Übersicht.....	213
7.2.2	Externe Leistungs-Kennzahlen .....	214
7.2.2.1	DRG- Kennzahlen .....	214
7.2.2.2	Ergänzende Leistungskennzahlen .....	217
7.2.3	Interne Leistungskennzahlen .....	217
7.2.3.1	Kennzahlen nach Kostenträgerrechnung (mit Fallbezug) ...	217
7.2.4	Materialkennzahlen .....	220
7.2.4.1	Kennzahlen auf Basis einer Kostenträgerrechnung (mit Fallbezug).....	220
7.2.5	Kennzahlen aus der InEK-Vergleichskalkulation .....	220
7.2.6	Zeit-Leistungs- und Zeit-Kosten-Diagramme .....	223
7.2.6.1	Zeit-Leistungs-Diagramme .....	223
7.2.6.2	Zeit-Kosten-Diagramme („Kostenpfade“) .....	225
7.2.7	Ist-Kosten-Benchmarks zwischen mehreren Krankenhäusern.....	226

7.3	Kostenträgerrechnung . . . . .	229
7.3.1	Grundsätze. . . . .	229
7.3.2	Strukturelle Raster: Modulmatrix und Leistungen . . . . .	230
7.3.3	Kalkulationsschritte und -werkzeuge . . . . .	231
7.3.3.1	Kalkulationsschritte . . . . .	231
7.3.3.2	Kalkulation von Kostensätzen (Tarifen) . . . . .	233
7.3.3.3	IT-Werkzeuge . . . . .	233
7.3.4	Kritik und Lob der Kostenträgerrechnung . . . . .	235
7.4	Integrierte Steuerung: Interne Budgets . . . . .	236
7.4.1	Deckungsbeitragsrechnung mit IBLV . . . . .	236
7.4.2	Simulationen/Prospektive Kostenträgerrechnung . . . . .	236
7.4.2.1	Prospektive interne Budgets . . . . .	238
7.4.2.2	Steuerung durch Pfadänderung/Sollpfade . . . . .	238
<b>Anhang</b>		241
Begleitbogen Totenschein . . . . .	241	
Begleitbogen Ernährungs- und Stoma-Therapie. . . . .	242	
Dokumentationsbogen MRSA. . . . .	243	
Begleitbogen Patientenschulungen. . . . .	244	
<b>Literaturverzeichnis</b> . . . . .	245	
<b>Abbildungsverzeichnis</b> . . . . .	251	
<b>Tabellenverzeichnis</b> . . . . .	253	
<b>Stichwortverzeichnis</b> . . . . .	255	



## **Vorwort zur 1. Auflage**

Nach Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) in Deutschland im Jahr 2003 haben sich die Krankenhäuser auf das neue Abrechnungssystem eingestellt. In vielen Fällen wurden mit der Etablierung von Medizin-Controlling (MedCO) und DRG-Beauftragten völlig neue Organisationsstrukturen geschaffen. Manche Einrichtungen sind mit der Anstellung bzw. Umschulung von Kodierpersonal sogar noch einen Schritt weiter gegangen.

Der Krankenhausalltag hat sich seitdem ebenfalls verändert. Die medizinische Dokumentation, die Aktenführung sowie die Arztbriefschreibung haben eine neue Bedeutung im DRG-Umfeld erhalten. Auch der Kontakt zu Kostenträgern hat sich vielfach gewandelt. Durch die vorhandene Datentransparenz wurden die Art und der Umfang der Fallprüfungen an die neue Situation angepasst.

Dieses Buch ist für all diejenigen geschrieben, die sich mit der Umstellung und der Optimierung der Prozesse eines Krankenhauses im DRG-System beschäftigen. Es schließt eine wichtige Lücke. Die ersten DRG-Publikationen befassten sich mit konkreten Kodierhinweisen und Erläuterungen zu den Kodierrichtlinien. Andere Veröffentlichungen widmeten sich dem DRG-System aus eher volkswirtschaftlicher Perspektive. Das vorliegende Buch möchte dagegen praktische Hinweise zur optimierten Aufbau- und Ablauforganisation geben.

Die *eine* optimale DRG-Struktur gibt es nicht. Jedes Krankenhaus hat seine eigenen Überlegungen angestellt und umgesetzt. Aufgrund der Heterogenität der Modelle ist es schwierig, einen Gesamtüberblick über die Möglichkeiten und Strategien zu bekommen. Das vorliegende Buch fasst einen Teil der existierenden Konzepte zusammen und kombiniert es mit neuen Ideen zur praktischen Umsetzung. Es ist eine Mischung aus bekanntem und neuem Wissen – ein Ideen- und Ratgeber für die Praktiker im DRG-System: Medizin-Controller, Kodierassistenten, Chefärzte, DRG-Beauftragte und Verwaltungsleiter.

Aufgrund der raschen Entwicklungen bei den Diagnosis Related Groups kann nicht gewährleistet werden, dass sämtliche Informationen und genannten Daten auf dem letzten Stand sind. Die Quellenangaben sind aber so gestaltet, dass bei den einzelnen Themen eine schnelle Aktualisierung durch den Leser möglich wird. Aufgrund der unterschiedlichen strategischen Notwendigkeiten bei den Budgetverhandlungen wurden die Themen Budget, Konvergenzphase und Ausgleiche in diesem Buch komplett ausgeklammert.

Hier erscheint es sinnvoller, dass die betroffenen Mitarbeiter jährlich entsprechende Schulungen besuchen, da heute getroffene Empfehlungen unter Umständen bereits im nächsten Jahr nicht mehr gelten.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß und gute Erkenntnisse bei der Lektüre und freue mich über jede Anregung und Rückmeldung unter boris.rapp@web.de.

Offenburg, im September 2007

Dr. Boris Rapp

## **Vorwort zur 2. Auflage**

Bereits wenige Monate nach der Veröffentlichung dieses Fachbuches war die 1. Auflage komplett verkauft. Diese Entwicklung hat mich sehr gefreut, zumal sie zeigt, dass das Thema der DRG-Strukturen in deutschen Krankenhäusern auch sechs Jahre nach der DRG-Einführung oben auf der Tagesordnung steht.

Im Jahr 2007 hat auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Ergebnisse einer Umfrage bei Verbänden von Krankenhäusern, Krankenkassen und der Krankenpflege, der Bundesärztekammer, den medizinischen Fachgesellschaften und der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie durchgeführt, mit der Erfahrungen über die DRG-Einführung und deren erste Auswirkungen erhoben werden sollten, veröffentlicht. Hierbei kommt man zu einem interessanten Zwischenfazit: „Insgesamt sind Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem DRG-System und dem bisherigen Einführungsprozess hoch.“ Kritisch werden insbesondere der angestiegene Dokumentationsaufwand, die Arbeitsverdichtung, die Zahl der Anfragen von Krankenkassen und MDK-Prüfungen sowie die erreichte Komplexität des Systems eingestuft. Insbesondere die Rückmeldungen der Medizinischen Fachgesellschaften umfassen ein weitgestecktes Feld von „immer noch geringer“ Akzeptanz und Zufriedenheit über „nach Anfangsschwierigkeiten nunmehr akzeptiert und in den klinischen Alltag integriert“ bis hin zu Akzeptanz, „da es prinzipiell Leistungsgerechtigkeit ermöglicht“. „Insgesamt muss aber gesagt werden, dass wahrscheinlich die Akzeptanz des DRG-Systems im einzelnen Krankenhaus bzw. in der einzelnen Abteilung auch stark davon abhängig ist, inwiefern die jeweilige ärztliche Führungsebene die Notwendigkeit von ökonomisch orientiertem Handeln sieht und auf eine richtige, vollständige und konsistente DRG-Dokumentation Wert legt.“<sup>1</sup>

Ich danke Ihnen für die vielen positiven Rückmeldungen, die ich zu meinem Buch erhalten habe. In der vorliegenden Auflage wurden die Kapitel aktualisiert und wesentliche Teile vollständig überarbeitet. Darüber hinaus sind neue Themen hinzugekommen, u. a. die Herausforderungen an das Prozessmanagement, die sich unter DRG-Bedingungen ergeben.

Hof, im Februar 2010

Dr. Boris Rapp

---

<sup>1</sup> Quelle: BMG (2007) Auswertung der Erfahrungen mit der DRG-Einführung – Langfassung



## **Abkürzungsverzeichnis**

§ 301	Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Abt.-CMI	Abteilung-Casemix-Index
ACVB	Aorto-coronarer-Venen-Bypass
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol
AFGIB	Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e. V.
AKVD	Aufwandskorrigierte Verweildauer
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften
AP-DRG	All patient-diagnosis related groups
BfDI	Bundesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit
BG	Berufsgenossenschaft
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BR	Bewertungsrelation
BSG	Bundessozialgericht
BVmed	Bundesverband Medizintechnologie e. V.
BWR <sub>nom</sub>	Nominale Bewertungsrelation
CC	Complication or Comorbidity
CCL	Complication or Comorbidity Level
CM	Casemix
CMI	Casemix Index
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CW	Cost Weight (relatives Kostengewicht)
CW <sub>eff</sub>	Effektives Kostengewicht
DAG-KBT	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation e. V.
DDMI	Dual-Day-Mix-Index
DFÜ	Datenfernübertragung
DGÄK	Deutsche Gesellschaft der Ärzte im Krankenhausmanagement
DGfM	Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.

DGHM	Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e. V.
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DMI	Day-Mix-Index
DMP	Disease Management Programm
DokuAbschluss	Dokumentationsabschluss
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen
DSG	Deutsche Schlaganfall Gesellschaft e. V.
DSL	Digital Subscriber Line
DVMD	Deutscher Verband Medizinischer Dokumentare einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBM	Erlösorientierte Ergebnisrechnung
ePA	elektronische Patientenakte
FaMI	Fachangestellter für Medien- und Informationsdienste
FP	Fallpauschale
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol = deutsche Kriterien zur Begründung einer stationären Notwendigkeit
G-DRG	German Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen (deutsche Version)
GMDS	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V.
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HD	Hauptdiagnose
HGB	Handelsgesetzbuch
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = internationale Klassifikation der Krankheiten
IMC	Intermediate Care
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
i.V.m.	in Verbindung mit
k. A.	Keine Angabe

KBS	Koordinierte Belegungssteuerung
KFPV	Krankenhausfallpauschalen-Verordnung
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KIS	Krankenhaus-Informations-System
KÜA	Kostenübernahmeantrag
KÜV	Kostenübernahmeverlängerung
KV	Krankenversicherung
MD	Medizinischer Dokumentar
MDA	Medizinischer Dokumentationsassistent
MDC	Major Diagnostic Category
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.
MedCO	Medizin-Controlling
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Multiresistenter Staphylococcus aureus
MTA	Medizinisch-technische Assistentin
MVD	mittlere Verweildauer
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MWBO	Musterweiterbildungsordnung
ND	Nebendiagnose
NON-OR	Non-operating room
NPO	Non-Profit-Organisationen
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGVD	obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozeduren-Schlüssel
OR	Operating room
ORSA	Oxacillin-resistenter Staphylococcus aureus
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
RG	Relativgewicht, relatives Kostengewicht
SE	Sonderentgelt
UGVD	untere Grenzverweildauer
UKJ	Universitätsklinikum Jena
VDGH	Verband der Diagnostica-Industrie e. V.
VK	Vollkräfte

Abkürzungsverzeichnis \_\_\_\_\_

VPN	Virtual Private Network
VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken
VWD	Verweildauer
ZVK	zentraler Venenkatheter

# **1 DRG-Kodierung**

Die vollständige und korrekte DRG-Abrechnungsdokumentation stellt eine große Herausforderung für Krankenhäuser dar. Die Krankenhaussträger gehen aber völlig unterschiedliche Wege, um diese Problematik in ihren Häusern zu lösen. In diesem Kapitel sollen die derzeit in Deutschland etablierten Kodier- und Anreizmodelle vorgestellt werden. Vorab wird kurz die Komplexität der Thematik skizziert, vor der Akutkliniken seit Beginn des „DRG-Zeitalters“ im Jahre 2003 stehen.

## **1.1 Anforderungen an die DRG-Kodierung und -Dokumentation**

Die DRG-Kodierqualität wird auf Seiten der Leistungserbringer häufig auf die Vollständigkeit der kodierten Informationen beschränkt. Kostenträger hingegen legen den Schwerpunkt auf die Korrektheit der abgerechneten Patientendaten. Beide Sichtweisen bilden nur einen geringen Teil der gesamten DRG-Kodierung ab, die sich anhand von zehn Dimensionen beschreiben lässt (Tabelle 1). Gerade die Nichtbeachtung sämtlicher Ausprägungen kann mitunter zu erheblichen Erlöseinbußen bzw. überproportional vielen Kostenträgeranfragen führen. Dem optimalen DRG-Management kommt daher eine zentrale Aufgabe auf Seiten der Krankenhaussträger zu. Mit der Wahl eines geeigneten Kodiermodells ist die Aufgabe allerdings nicht abgeschlossen. Vielmehr muss gewährleistet werden, dass insbesondere die Kontrolle und Steuerung der Kodierung im Sinne der Qualitätsdimensionen in der Aufbau- und Ablauforganisation umgesetzt werden.

In vielen Krankenhäusern zeigt sich, dass die Aufwandsbezogenheit der kodierten Daten, also die Tatsache, dass alle abgerechneten Diagnosen und Prozeduren auch mit einem dokumentierten Aufwand in der Krankenakte korrelieren, eine besondere Schwierigkeit darstellt. Die Qualität der Patientenakten entspricht nicht in allen Fällen den gesteigerten Anforderungen im DRG-System. Häufig lässt sich der Aufwand für erfasste Nebendiagnosen oder Prozeduren nur mit Mühe aus den Krankenakten herauslesen. Insbesondere die ärztlichen Entlassungsberichte, die in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur ersten Fallprüfung herangezogen werden, entsprechen in vielen Fällen nicht den Abrechnungsanforderungen, da sich meist nicht für alle kodierten Diagnosen hier ein textliches Korrelat fin-

**Tabelle 1:** Zehn Qualitätsdimensionen der DRG-Kodierung

Dimension	Beschreibung (Beispiele)
Vollzähligkeit	Hat jeder Patient einen Entlassungsdatensatz?
Vollständigkeit	Sind alle Diagnosen und Prozeduren im System erfasst?
Richtigkeit	Existieren die verwendeten Schlüssel (noch)?
Zulässigkeit	Ist die Kodierung nach Deutschen Kodierrichtlinien bzw. ICD/OPS-Katalog zulässig? Sind ggf. Fallzusammenführungen berücksichtigt?
Präzision	Sind die kodierten Kodes präzise?
Plausibilität	Ist die Kodierung plausibel (z. B. Geschlechtskonflikt)?
Dublettenfreiheit	Sind keine unerlaubten Doppelkodierungen enthalten?
Korrektheit	Stimmt die Kodierung mit der durchgeführten Diagnostik/Behandlung überein?
Aufwandsbezogenheit	Lässt sich für alle Kodes ein Aufwand in der Krankenakte zuordnen?
Sachgerechtigkeit	Bildet die Kodierung den Fall sachgerecht ab?

den lässt. Die Ärzte geben zu Bedenken, dass der Entlassungsbericht einen anderen Empfänger als den Kostenträger hat, nämlich den niedergelassenen Arzt, der andere Anforderungen an einen stationären Arztbrief stelle als derjenige, der damit die Abrechnung prüfe.

In vielen Häusern sind Grundsatzdiskussionen darüber entbrannt, wie in der Krankenakte bzw. im Entlassungsbrevier zu dokumentieren ist. Lösungen lassen sich hier nur mithilfe eines Gesamtkonzeptes finden, d. h. jedes angewandte Modell sollte bis ins Detail durchdacht, professionell umgesetzt und betreut werden. Problematisch ist derzeit vor allem, dass Missstände in der Regel erst im Rahmen von Kostenträgerprüfungen auffallen, sodass das finanzielle Risiko, das sich für den Krankenhaussträger dahinter verbirgt, in vielen Fällen noch nicht einmal grob abgeschätzt werden kann. Wenn die Fehler in der Dokumentationsqualität auffallen, zum Beispiel im Rahmen einer Stichprobenprüfung des Medizinischen Dienstes, ist es meist schon viel zu spät, da sich in diesen Fällen schmerzhafte Budgetkürzungen ergeben können.

## 1.2 Etablierte Kodiermodelle

Zu Beginn der DRG-Einführung hatte man in Deutschland – anders als in anderen Ländern wie zum Beispiel Australien – schnell die Verantwortlichen für die gesamte Kodierung und Datenerfassung gefunden. Man wollte dies nicht aus den Händen der Ärzte nehmen, vor allem in der Annahme, dass hier das größte Know-how für eine korrekte und vollständige Kodierung liegt.

Schnell hat sich allerdings gezeigt, dass viele Ärzte mit dieser Aufgabe überfordert waren. Kam es unter dem System der Bundespflegesatzverordnung nur auf eine rudimentäre Datenerfassung mit zumindest einer Hauptdiagnose an, waren es nun vor allem die Nebendiagnosen, die zum Teil zu erheblichen Erlöseffekten geführt haben.

Durch intensive Schulungs- und Motivationsbemühungen hat man vielerorts die Ärzte „fit“ für die DRG gemacht – nicht ganz ohne Folgen. Diese Aktivitäten haben manchmal zu einer förmlichen Flut von Nebendiagnosen geführt. Das beste Beispiel ist die Nikotinabhängigkeit (ICD-Kode F17.2), die regelmäßig bei jedem Raucher – oft unter Missachtung der Kodierrichtlinien – erfasst wurde. Dies hat letztendlich dazu geführt, dass man diesen Schlüssel ab 2006 abgewertet hat. Er kann seitdem keine Erlössteigerung mehr bewirken.

An diesem Beispiel zeigt sich auch die Problematik der ärztlichen Kodierung. Aufgrund der hohen Fluktuation im ärztlichen Bereich und der ohnehin hohen zeitlichen Belastung dieser Berufsgruppe ist es schwierig, sämtliche kodierenden Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand zu halten. Das DRG-System in Deutschland lässt klare Tendenzen erkennen. Waren es zu Beginn im Jahr 2003 fast ausschließlich die Nebendiagnosen, die eine Schweregradrelevanz hatten, kamen mit den Jahren immer deutlicher die neben dem Haupteingriff erbrachten Prozeduren hinzu. Solche Trends werden in den Krankenhäusern häufig nicht rechtzeitig, d. h. erst mit zeitlichem Verzug von zum Teil mehreren Jahren, erkannt und umgesetzt. Der Schulungsaufwand der Ärzte – vor allem wenn man diese Berufsgruppe vollständig erreichen möchte – ist sehr umfangreich.

Andere Häuser haben die Brisanz dieser Situation früh erkannt und andere Modelle der Kodierung entwickelt. Hier sind es dann nicht mehr die Ärzte, sondern spezifisch aus- oder weitergebildetes Personal, das unter ärztlicher Anleitung die Datenerfassung selbstständig vornimmt. Bislang hat sich noch kein einheitliches System fest etabliert, von Haus zu Haus gibt es zum Teil noch deutliche Unterschiede.

Grundsätzlich Vorsicht geboten ist bei einem Vergleich der deutschen Situation mit dem australischen DRG-System, wie er vielfach herangezogen wird. Haas (2006) hat übersichtlich dargestellt, dass die „... Vergütung stationärer Aufenthalte ... in keinem der acht australischen Bundesstaaten ausschließlich über die [DRG-]Pauschalen [erfolgt]. Es ist zwar in Australien gesetzlich vorgeschrieben, für alle Krankenhauspatienten bei Entlassung

eine Diagnose zu kodieren. Allerdings läuft nur ein Teil der Finanzierung über die DRG, ansonsten erfolgt die Abrechnung mit Hilfe ‚historischer Budgets‘. Die Situation in den Staaten ist dabei uneinheitlich. „Das australische System‘ gibt es folglich nicht. Die Bundesstaaten unterscheiden sich in ihren Abrechnungsmodalitäten“ (Haas, 2006, S. A-1729). Der Autor stellt weitere Unterschiede dar: „In deutschen Krankenhäusern ist es die Regel, dass Ärzte für die Verschlüsselung der Diagnosen verantwortlich sind. Das ist in Australien grundsätzlich nicht der Fall. Vielmehr ist das Analysieren der Daten und Kodieren der Patientendiagnosen und Therapien durchweg eine nicht-ärztliche Tätigkeit. Die Kodierung der Fälle erfolgt anhand der Akten nach Entlassung der Patienten. Sie wird von professionellen Kodierern vorgenommen. Diese verfügen entweder über eine einjährige Ausbildung in medizinischer Terminologie (Clinical Coders) oder haben sich als Medical Health Information Management Officers qualifiziert. Die Kodierer durchforsten die Akten und geben die DRG anhand der Aktenlage in das Computersystem ein. Ein Feedback zu den behandelnden Ärzten oder Rückfragen zur Plausibilität erfolgen nicht.<sup>2</sup>

Eine umfassende Linkssammlung mit Informationen zum australischen DRG-System hat die DRG Research Group der Uniklinik Münster zusammengestellt.<sup>3</sup>

In den folgenden Kapiteln werden die bislang etablierten Modelle gegenübergestellt. Die Vorstellung erfolgt nach einem einheitlichen Schema: Zunächst wird kurz der jeweilige Verfahrenskern dargestellt, gefolgt von einer Übersicht über die Vorteile und Defizite sowie einer weiteren Diskussion des Modells. Von der grundsätzlichen Ausrichtung lassen sich unterschiedliche Modellprinzipien unterscheiden, die in der Abbildung 1 dargestellt sind.

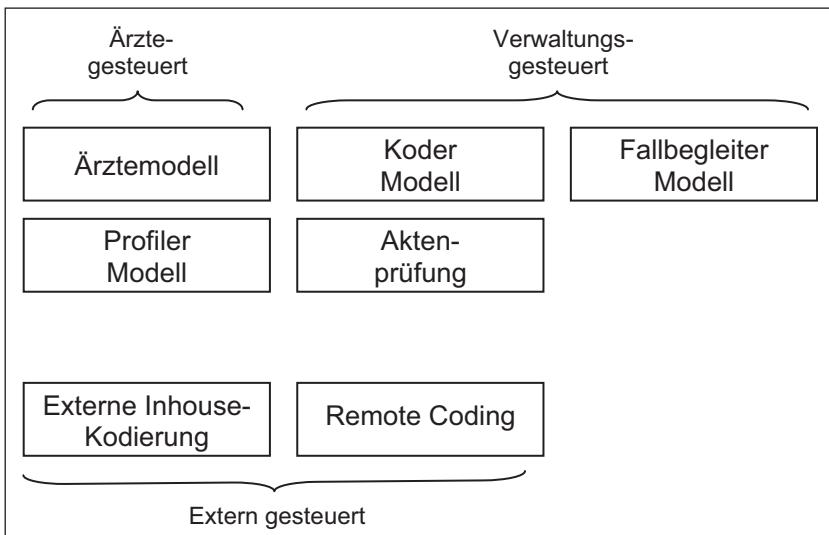
### 1.2.1 Ärztemodell

Bei dem derzeit noch am häufigsten in Deutschland etablierten Ärztemodell kodieren die Ärzte während des stationären Aufenthaltes eines Patienten. Je nach Organisationsform erfolgt die Überprüfung der Kodierung durch einen Entgeltverantwortlichen der Abteilungen bzw. durch einen zentralen DRG-Manager. Entgeltverantwortlicher bzw. DRG-Manager haben hierbei in der Regel die Funktion eines Multiplikators. Die durch externe Schulungen oder Eigenstudium gewonnenen Erkenntnisse über wichtige Kodierfragen werden von ihnen an die kodierenden Assistenzärzte weitergeleitet.

---

2 Haas (2006), S. 1729

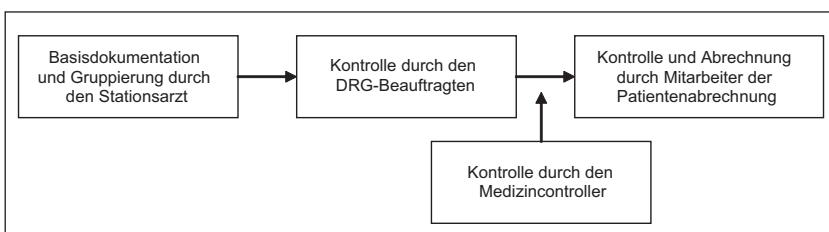
3 [http://drg.uni-muenster.de/de/informationen/info\\_ardrgs.php](http://drg.uni-muenster.de/de/informationen/info_ardrgs.php), zuletzt abgefragt am 03.02.2010



**Abbildung 1:** Übersicht Kodiermodelle (eigene Darstellung)

In vielen Häusern hat sich ergänzend etabliert, dass innerhalb der Pflege eine eigene Liste (Pflege-ICD, Liste pflegerelevanter Nebendiagnosen) verwendet wird, auf der die Mitarbeiter der Pflege Diagnosen und Prozeduren ankreuzen, die für sie im Rahmen der stationären Behandlung eines Patienten eine Relevanz hatten.

Der prinzipielle Ablauf des Ärztemodells wurde am Beispiel eines konkreten Krankenhauses bereits ausführlich von Baller (2005) beschrieben. Zusammenfassend lässt sich der Dokumentationsworkflow wie in Abbildung 2 darstellen:



**Abbildung 2:** Dokumentationsworkflow (nach Baller, 2005)

Das Ärztemodell findet derzeit vor allem noch in kleinen Krankenhäusern Anwendung. Hier wird vielfach aus Kostengründen auch auf die Einstellung eines zentralen DRG-Managers verzichtet. Das jährliche DRG-Know-how wird über externe Schulungsangebote von Seminaranbietern gewährleistet.

Da bei diesem Modell die Kodierung und ihre Kontrolle in der Hand von Stationsärzten und Entgeltverantwortlichen liegen, bestehen für die Einrichtung gewisse Risiken. Neben der zum Teil eingeschränkten Motivation und der ohnehin schon großen zeitlichen und administrativen Belastung der Stationsärzte ist die Identifikation von systematischen Fehlern in Kodierung und Dokumentation äußerst schwierig. Nur die Häuser, die einen eigenen, abteilungsunabhängigen DRG-Manager einstellen, haben die Möglichkeit der Kontrolle und Optimierung.

Gerade systematische Kodierfehler oder hausspezifische Auffälligkeiten können Auswirkungen auf die Folgejahre haben. Wenn Ärzte zum Beispiel nur noch das notwendige Minimum an Nebendiagnosen kodieren, hat dies für die Einzelfallabrechnung und den über das Jahr erreichten Casemix zunächst noch keine Relevanz. Werden in den Folgejahren aber für diese DRG Nebendiagnosen-getriggerte Schweregrad-Splits eingeführt, kann sich dies deutlich auf die Budgetverhandlungen auswirken, da hier in der Regel die Daten des aktuellen Jahres mit dem Grouper des Folgejahres gruppiert werden. Werden im laufenden Jahr Kodes weggelassen, die im nächsten Jahr relevant werden, ergibt dies ein nicht repräsentatives Bild, auf dessen Basis allerdings die Verhandlung stattfindet. Ein solches Haus wird sich schwer tun, die Vertreter auf Kostenträgerseite zu überzeugen.

Die Ärztekodierung hat allerdings auch Vorteile. Der zusätzliche Personalaufwand hält sich für die Krankenhäuser in Grenzen. Durch die direkte Verantwortlichkeit der medizinischen Leistungserbringer für die Abrechnung steigt die Sensibilisierung der Ärzte für ökonomische Belange. Theoretisch müsste dieses Modell auch – aufgrund der nur geringen Zahl an Zwischenstufen – zu einer schnellen Abrechnung führen. Die Praxis zeigt vielerorts allerdings ein anderes Bild.

Eine Zusammenstellung der Vor- und Nachteile zeigt die Tabelle 2.

Für ein auf Basis des Ärztemodells aufgebautes dreistufiges Kodiermodell hat sich auch das Universitätsklinikum Aachen entschieden (Brost et al., 2004):

- Eingabe der Kodes durch die behandelnden Ärzte
- Kontrolle und erste Freigabe durch DRG-Oberärzte
- Überprüfung und endgültige Freigabe durch das Medizinische Controlling.

In Aachen wurde erkannt, dass die „DRG-Oberärzte der Fachabteilungen ... eine wichtige Überwachungsfunktion ein[nehmen]. Gerade die medizinischen Inhalte entziehen sich oft einer qualifizierten externen Kontrolle.

**Tabelle 2:** Vorteile und Defizite des Ärztemodells

Defizite	Vorteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohes Risiko bei fehlenden oder falschen Kodierungen</li> <li>• großer Schulungsaufwand, da i. d. R. hohe Personalfluktuation im ärztlichen Dienst</li> <li>• zeitliche Belastung (u. U. Überstunden)</li> <li>• eingeschränkte Rückmeldemechanismen (abhängig vom jeweiligen Entgeltverantwortlichen)</li> <li>• Risiko systematischer Fehler</li> <li>• fehlende Motivation</li> <li>• Pflege-ICD-Listen häufig veraltet, unvollständig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• theoretisch schnelle Abrechnung, da nur wenige Zwischenstufen</li> <li>• kein zusätzlicher Personalaufwand in der Verwaltung</li> <li>• Leistungserbringer/Stationsärzte sind direkt verantwortlich</li> <li>• Sensibilisierung der Ärzte für ökonomische Belange</li> </ul>

Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass es nach Etablierung der DRG-Oberärzte zu einem Anstieg der Diagnosenzahl und gleichzeitig zu einem starken Absinken der Rate unspezifischer Kodes kam. Ähnlich war die Entwicklung bei den Prozeduren. In Zeiten zunehmender Transparenz im Gesundheitssektor wird es immer wichtiger, das Leistungsspektrum einer Klinik präzise abzubilden.“<sup>4</sup>

Ein ähnliches vierstufiges Modell wurde von Kraus und Farrenkopf (2005, S. A-722) für die Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg beschrieben: „Weil die Stationsärzte in der Chirurgischen Klinik sämtliche Diagnosen erfassen und die Krankenhaushauptdiagnose festlegen, die Operateure die Operationsprozedur dokumentieren und alle Non-Operation-Prozeduren am Ort des Leistungsgeschehens und damit überwiegend von Pflegekräften erfasst werden (Stufe 1), kann eine Überprüfung und Korrektur durch die DRG-Controllerin<sup>5</sup> grundsätzlich nur in engen Absprachen mit den Erfassenden stattfinden. Damit ist neben der Erlössicherung gewährleistet, dass die gesetzlichen Kodier-Vorgaben eingehalten werden (Stufe 2). Eine Schulung aller an der Dokumentation Beteiligten ist unerlässlich und gehört

<sup>4</sup> Brost et al. (2004), S. 813

<sup>5</sup> Vollzeitstelle für die Abteilung Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie (circa 140 Betten), besetzt mit einer Krankenhausbetriebswirtin (Erstausbildung: Krankenpflege); Quelle: Kraus und Farrenkopf (2005)