



Dr. Erwin Horndasch
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), Leiter Medizincontrolling Stadt Krankenhaus der Stadt Schwabach gGmbH, Leiter Medizincontrolling Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn gemeinnützige GmbH

E-Mail:
erwin.horndasch@medizincontroller.de

OPS 9-20 und PKMS – Herausforderungen in der Dokumentation

Seit Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland gab es Beschwerden, dass in den dem System zu Grunde liegenden Katalogen nur ärztliche Leistungen abgebildet seien. Pflegerische Leistungen, die gleichwohl und unstrittig in den Krankenhäusern erbracht werden, würden bei der Kalkulation nicht berücksichtigt. Damit sei in den Kalkulationen auch der Wert der Pflege nicht angemessen repräsentiert. Dies führte in den Augen der für die Pflege Verantwortlichen zu einem Rückgang von qualifiziertem Pflegepersonal in den Kliniken.

Als Reaktion darauf fanden politische Bestrebungen statt, die Leistungen der Pflege angemessen im DRG-System und in den Katalogen zu berücksichtigen. So startete der Deutsche Pflegerat (DPR) im April 2007 eine Projektinitiative zur »Adäquaten Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System durch Pflegeindikatoren«. Im Juli 2007 vergab der DPR hierzu einen Forschungsauftrag an das Institut für Pflegewissenschaft private Universität Witten/Herdecke gGmbH und im Januar 2008 wurde ein Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingereicht. Ziele des Forschungsantrags waren die Identifikation eines Indikatoren-Sets zur Erklärung des pflegerischen Ressourcenverbrauchs, die Testung des Indikatoren-Sets und nicht zuletzt die Integration des Indikatoren-Sets im G-DRG-System. Gleichzeitig häuften sich die Proteste über den Abbau von Pflegestellen in den Krankenhäusern.

Die Proteste und die politischen Bestrebungen führten zu einem Pflegegipfel, bei dem ein Aktionsprogramm zur Förderung der stationären Pflege vereinbart wurde. Als Sofortmaßnahme wurde dabei in das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz ein Passus aufgenommen, der letztendlich ein Förderprogramm darstellte, mit dessen Hilfe in den Jahren von 2009 bis 2010 bis zu 17.000 zusätzliche Pflegepersonalstellen in den Krankenhäusern zu 90 Prozent durch die Krankenkassen finanziert werden sollten.

Diese Art der Finanzierung soll dann laut Gesetz im Jahr 2012 abgelöst werden durch eine Integration in den Fallpauschalenkatalog. Diese Vorgehensweise wurde erforderlich, da rein pflegerische Tätigkeiten bis dato nicht über einen Kode im OPS-Katalog, sondern nur über die Pflege-Personal-Regelung (PPR) in den Kalkulationshäusern abgebildet wurden. Um diesem Umstand abzuwehren, wurde zum einen die PPR um eine Klassifikation erweitert, nämlich die sog. A4 Klasse. Zum anderen wurde ein OPS-Kode (9-20) geschaffen für die hochaufwendige Pflege von Patienten.

Aufbau des Codes

Analog den bereits etablierten Komplexziffern im OPS-Katalog (z.B. Intensivmedizin) besteht auch dieser Kode aus mehreren Teilen. Zum einen gibt es bestimmte Mindestvoraussetzungen, die erfüllt sein müssen, bevor der Kode überhaupt angewendet, also kodiert werden darf. Zum anderen werden anhand eines separaten Scores aus bestimmten Leistungen Punkte generiert, die wiederum addiert werden. Die Summe dieser Addition entspricht dann einem bestimmten OPS-Kode. Ein Verfahren, das z.B. in der Abbildung der Intensivmedizin mit TISS 28 und SAPS II ein entsprechendes Vorbild hat. Als ein Beispiel mag Tab. 1 dienen.

Der Kode wurde zum Jahre 2010 erstmals eingeführt und angewandt. Es kann davon ausgegangen werden, dass aus den Daten der Kalkulationshäuser im Jahre 2011 eine Kalkulation durch das Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) durchgeführt wird und dann zum Jahre 2012 der Kode erstmals entgeltwirksam wird. Ein direkter Einfluss auf die Erlössituation im Krankenhaus ist also frühestens 2012 zu erwarten. Dabei ist derzeit nicht absehbar, ob die Entgeltwirksamkeit in Form einer Implementierung in den Fallpauschalenkatalog (analog der intensivmedizinischen Komplexpauschale) oder in Form von Zusatzentgelten (analog der palliativmedizinischen Komplexpauschale) erfolgen wird. Die Antwort auf diese Frage kann erst nach Auswertung der Kalkulationsdaten durch das InEK gegeben werden. Ebenso wird eine Überprüfung auf korrekte Kodierung des Codes durch die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auch erst im Jahre 2012 erfolgen.

Der OPS-Kode 9-20 (Hochaufwendige Pflege von Patienten) differenziert sich nach Codes für die hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (9-200), Kindern und Jugendlichen (9-201) und Kleinkindern (9-202). Dabei sind Kinder und Jugendliche Patienten ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres. Darunter handelt es sich um Kleinkinder (ab dem 2. Lebensjahr), darüber um Erwachsene im Sinne des Codes. Für Kinder im ersten Lebensjahr ist keine Abbildung vorgesehen. Die Leistungen dürfen nur von examiniertem Pflegepersonal, bzw. unter deren Verantwortung erbracht werden. Dabei wird differenziert zwischen den Codes für Kleinkinder, Kinder und Jugendliche einerseits und Erwachsene andererseits. Bei Ersteren ist die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen, bei Letzteren die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen

Voraussetzung. Die Berechnung des Kodes erfolgt anhand von Maßnahmen aus dem Pflegekomplexmaßnahmen-Score. Dieser Score ist im Anhang zum OPS zu finden, da die Implementierung im OPS-Katalog den Rahmen dort sprengen würde. Die Erläuterungen zum Score und die Darstellung des Scores umfassen im amtlichen OPS-Katalog 2010 21 Seiten. Der DPR hat den Score zusätzlich mit eigenen Erläuterungen versehen veröffentlicht. Diese Darstellung umfasst 28 Seiten, gefolgt von einer Seite Literaturangaben. Es würde den Umfang dieses Artikels sprengen, wenn jetzt in allen Einzelheiten der Score und seine Erläuterungen wiedergegeben würde. Hierzu muss auf die amtlichen Veröffentlichungen verwiesen werden.

Einführung des Kodes

Im Vorfeld zur Einführung dieses Kodes wurden zur Vermeidung eines übergroßen Dokumentationsaufwandes auch von der Industrie entsprechend vorgefertigte Dokumentationsbögen bei den Präsentationen und Schulungen angeboten.

Damit ist auch schon ein Hauptproblem des Kodes genannt. Er bedingt eine sehr starke Zunahme der Dokumentationspflichten. Die Leistungen selbst werden kaum zunehmen, denn sie werden ja bis dato auch schon von den Pflegekräften in den Krankenhäusern erbracht. Im Folgenden soll nun zunächst auf den Komplexcode zur hochaufwendigen Pflege eingegangen werden und anschließend sollen die möglicherweise resultierenden Probleme aus Sicht eines praktisch tätigen Medizincontrollers dargestellt werden.

Die Bekanntgabe des Scores hat in den Krankenhäusern ein sehr heterogenes Echo hervorgerufen. Während die für die Pflege verantwortlichen Personen und deren Vertreter (namentlich hier der DPR) sich optimistisch über die gelungene Implementierung der Pflege in das DRG-System äußerten, sahen die mit der Dokumentation und Abrechnung betrauten Mitarbeiter in den Krankenhäusern eher die damit verbundenen Nachteile unter dem Licht der Dokumentationsanforderungen und der Rechnungsprüfung. Aus der Natur der Sache ergibt sich, dass diese befürchteten Nachteile bei der Rechnungsprüfung frühestens zum Jahre 2012 evident werden. Vorher hat verständlicherweise niemand ein Interesse daran, die korrekte Kodierung zu überprüfen.

Problemfelder des Kodes Was ist eine Normalstation?

Die in der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) tätigen Verantwortlichen waren schon relativ früh nach Veröffentlichung des Scores der Auffassung, dass hier ein großes Streitpotenzial schlummert. Aus diesem Grund

wurden von Seiten der DGfM Gespräche mit dem DPR und dem MDK geführt, um mögliche Problemfelder bereits im Vorfeld zu entschärfen. In diesem Zusammenhang muss an die erheblichen Streitigkeiten im Zusammenhang mit anderen Komplexbehandlungen erinnert werden. Der Autor vertritt z.B. zwei Krankenhäuser, bei denen seit Inkrafttreten des Kodes im Jahre 2009 für die andere neurologische Komplexbehandlung (8-98b) dieser Kode nur in seltenen Ausnahmen zur Abrechnung kam, da in den meisten Fällen die Auseinandersetzungen vor dem Sozialgericht landeten. Grund waren jeweils Differenzen in der Interpretation des Kodes zwischen Krankenhaus und MDK bzw. Krankenkassen. Entsprechende Stellungnahmen des DIMDI werden dabei auf Seiten der Kostenträger ignoriert. Es ist davon auszugehen, dass je nach Erlösrelevanz dieses Problem auch beim PKMS auftritt. Wobei aufgrund der Komplexität des Scores hier die Angriffsflächen wesentlich größer sind.

Als ein Beispiel soll hier der Begriff »Normalstation« genannt werden. In der Beschreibung des Scores findet sich zu Beginn der Hinweis: »Der PKMS ist ein von der Expertengruppe des DPR (Deutscher Pflegerat) entwickeltes Instrument zur Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf »Normalstationen.« Und weiter: »Der PKMS ist nur auf der »Normalstation« zu kodieren. Es sind keine Kalendertage auf Intensivstationen, Überwachungseinheiten, Intermediate-Care-Stationen, Stroke units etc. für die Kodierung des PKSM heranzuziehen.«

Damit ist für den kundigen Leser klar, dass der Score, bzw. der resultierende Kode nur bei Patienten auf einer Normalstation angewendet werden darf. Was aber ist nun eine Normalstation? Die Autoren des Kodes haben damit wohl bezweckt, dass der Kode auf Intensivstationen, IMCs und Schlaganfallstationen nicht angewendet werden soll. Tatsächlich steht aber zu befürchten, dass auf jeder Station, die eine wie auch immer geartete Spezialversorgung anbietet, dieser Kode gestrichen wird. Insbesondere wären hier zu nennen: Palliativstationen, geriatrische Einheiten etc. Im Extremfall vertrat sogar ein Gutachter die Ansicht, dass eine Konzentrierung von schwer pflegebedürftigen Patienten auf einer Station auch schon eine Spezialstation und damit keine Normalstation im Sinne des Kodes mehr darstellt. Die DGfM hat deshalb angeregt, den Kode dergestalt neu zu fassen, dass es entweder eine (abschließende) Ausschlussliste gibt, wo der Kode nicht angewendet werden darf – der Zusatz »etc.« müsste dann gestrichen werden. Oder dass eine andere Beschreibung

OPS-Kode	PKMS
9-200.0	43 bis 71 Aufwandspunkte
9-200.1	72 bis 100 Aufwandspunkte
9-200.2	101 bis 128 Aufwandspunkte
9-200.3	129 bis 157 Aufwandspunkte
9-200.4	158 und mehr Aufwandspunkte

Tab. 1:
PKMS-Punkte und
OPS-Entsprechung



des Anwendungsgebietes des PKMS entwickelt wird: »Der PKMS ist nur bei den Patienten zu dokumentieren, die NICHT intensivmedizinisch versorgt werden.« Hierzu müsste der Begriff »intensivmedizinisch versorgt« geklärt werden. Eine Aufgabe, auf deren Erledigung durch die Selbstverwaltung die Akteure im Gesundheitswesen noch warten. Diese Regelung hätte den Charme, dass damit auch klargestellt werden kann, unter welchen Voraussetzungen Beatmungstunden bzw. intensivmedizinische Komplexbehandlungen außerhalb von Intensivstationen im engeren Sinn dokumentiert werden können, da zur Abrechnung dieser Codes die kontrovers diskutierte Formulierung »intensivmedizinische Versorgung« Voraussetzung ist. Somit könnten als Begleiteffekt Patienten auf beispielsweise Intermediate-Care-Stationen differenzierter bewertet werden.

Wann soll, muss dokumentiert werden?

Im weiteren Verlauf findet sich unter den **Hinweisen zur Pflegedokumentation** zur Vermeidung eines unnötigen Dokumentationsaufwandes folgender Satz: »Ist bei einem Patienten bereits absehbar, dass er trotz des Zutreffens eines oder mehrerer Leistungsmerkmale nicht eine entsprechende Anzahl von Tagen (z.B. bei 4 Leistungsmerkmalen an weniger als 4 Tagen) in der Klinik verweilt, um die Mindestpunktzahl für den OPS-Code zu erreichen, so ist keine Dokumentation im Sinne des PKMS durchzuführen.« Auch dieser Hinweis ist kritisch zu bewerten. Zum einen handelt es sich um keine Empfehlung, sondern um eine Anweisung. Im Umkehrschluss muss also bei jedem Patienten bei jedem Aufenthalt bereits bei Aufnahme dokumentiert werden, dass hier ein entsprechender Aufwand entstehen wird. Problematisch ist dies zum einen bei Fallzusammenführungen. Hier müssen laut Fallpauschalenverordnung (FPV) die Einzelaufenthalte zusammengeführt werden, wobei die in den unterschiedlichen Aufenthalten erbrachten Leistungen kumulativ zu erfassen sind. Andererseits ist nach OPS bei einem kurzen Aufenthalt die Erfassung des Codes untersagt. Hier droht ebenfalls Streit über die Berücksichtigung der Codes bei jedem Aufenthalt. Ebenso können unvorhergesehene Komplikationen auftreten, die den Aufenthalt über das ursprünglich vorgesehene Maß hinaus verlängern. Kann, soll, darf der PKMS dann angewendet werden? Zumal der Begriff Aufenthalt nicht definiert wird. Handelt es sich um den Komplettaufenthalt oder um die einzelnen Aufenthalte bei einem zusammengeführten Fall? Wie soll in der Praxis in solchen Fällen – ungeachtet der eben skizzierten abrechnungstechnischen Sicht – eine rückwirkende Dokumentation der ersten Tage durchgeführt werden? Hier muss aus praktikablen Gründen eine Regelung gefunden werden. Ein erster Schritt hierzu

wäre die Ersetzung des Satzteil »so ist keine Dokumentation im Sinne des PKMS durchzuführen« durch den Satzteil »kann eine Dokumentation unterbleiben«. Damit ist es dem Krankenhaus vorbehalten, ob es bei jedem Patienten die Dokumentation gemäß PKMS durchführt, um im Falle eines längeren Aufenthaltes oder einer Fallzusammenlegung die entsprechenden Erlöse zu generieren oder ob es dies zur Vermeidung der mit der Dokumentation verbundenen Kosten unterlässt.

Wie muss dokumentiert werden?

Die vom DPR und der Industrie veröffentlichten Dokumentationshilfen erwecken den Anschein, dass mit dem Ankreuzen der entsprechenden Felder und Checkboxes die erforderliche Dokumentation für die Abrechnungsprüfung erledigt sei. Aus eigenen Erfahrungen und aus Gesprächen mit Prüfern des MDK ist die DGfM der Ansicht, dass die Formblätter nur als Unterstützung dienen können und die deskriptive Beschreibung der Pflegemaßnahmen und der Pflegegründe nicht ersetzen kann.

So gibt es schon derzeit viele Beispiele in den Kliniken, bei denen zur Dokumentationsvereinfachung auf entsprechende vorgefertigte Formulare zum Ankreuzen zurückgegriffen wird. Zu Abrechnungszwecken wird aber immer eine entsprechende Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen verlangt. Als Beispiele seien hier die Maßnahmen zur Wundversorgung oder zur Dekubitusbehandlung genannt.

Es ist nach den bisher gemachten Erfahrungen nicht vorstellbar, dass z.B. zur Erfüllung des Grundes G1 Abwehr/Widerstände bei der Körperpflege das entsprechende Kennzeichen (Setzt [Mobilisierungs-]Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab) nur durch das Ankreuzen eines entsprechenden Feldes ausreicht. Hier wird sicherlich in der Rechnungsprüfung eine etwas detailliertere Beschreibung gefordert werden. Ebenso wird die Darstellung des Kennzeichens zum unbekanntem Ablauf der Körperpflege (Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen) nicht mit einem einzigen Kreuz auf dem Dokumentationsbogen erschöpfend möglich sein.

All dies mag für die Durchführung der hochaufwendigen Pflege im Krankenhausalltag durchaus genügen und wird auch hier den entsprechenden Fortschritt bringen. Um allerdings daraus auch Erlöse zu erzielen, wird ein zusätzlicher Mehraufwand nötig sein.

Wer darf kodieren?

Ein weiterer – aus Sicht der Abrechnung – kritisch zu betrachtender Punkt ist die Mindestqualifikation zur Erbringung des Kodes. So kann der Kode nur bei Erbringung der Leistung durch examiniertes Pflegepersonal oder unter deren Verantwortung erbracht werden. Damit muss jede Leistung in der Dokumentation einer bestimmten Pflegekraft zugeordnet werden. Zur Vermeidung von Abrechnungsstreitigkeiten im Zusammenhang mit dem nicht definierten Begriff »unter deren Verantwortung« sollten die Handzeichen in den entsprechenden Bögen nur von examiniertem Pflegepersonal vorgenommen werden. Wenn die Maßnahmen unter deren Verantwortung durchgeführt werden, dann ist dies auch sachgerecht. Zu beachten ist dabei, dass zur Erbringung von Leistungen bei Patienten unter 18 Jahren die Qualifikation »Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen« Voraussetzung ist. Insbesondere in operativen Fächern, die auch jüngere Patienten behandeln, dürfte hier ein Problem seitens der Stellenbesetzung bestehen.

Wie lange darf kodiert werden?

Ein weiteres Problem aus der Thematik der Komplexbehandlungen soll hier ebenfalls nicht unerwähnt bleiben. Bei Patienten, bei denen Komplexbehandlungen zur Abrechnung kommen, stellt sich regelhaft in der Rechnungsprüfung die Frage nach der medizinischen stationären Behandlungsnotwendigkeit. Sofern die stationäre Behandlungsnotwendigkeit negiert wird, entfällt damit auch die Grundlage für die Erbringung der entsprechenden Leistung. Die Erfahrungen mit der geriatrischen Frührehabilitation, der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und der Dauer der Komplexbehandlung des Schlaganfalles mögen hier als Beispiele genügen. Wenn nun bei einem Fall nur die hochaufwendige Pflege als Maßnahme im Vordergrund steht, dann ist zu erwarten, dass auch vom MDK auf die Pflege Bezug genommen wird und demzufolge die Unterbringung in einem Pflegeheim als medizinisch ausreichend angesehen wird. Zumindest ab dem Zeitpunkt, ab dem der PKMS erlöswirksam werden würde. Ergo ist zusätzlich zur Dokumentation des PKMS und der darin enthaltenen Gründe eine tagesbezogene Begründung der stationären Behandlungsnotwendigkeit ungeachtet der Verweildauergrenzen im Fallpauschalenkatalog erforderlich.

Wie wird die Kodierung überprüft?

Wenn nun alle Klippen der Behandlung und Dokumentation gemeistert werden, dann steht am Schluss die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung nach

§ 275 SGB V durch den MDK und andere Prüfinstanzen (PKV, SMD, BG etc.) an. Leider sind Vor-Ort-Prüfungen in Deutschland nicht überall die Regel. So muss berücksichtigt werden, dass bei der Rechnungsprüfung die Dokumentationen zum PKMS aufwendig kopiert und verschickt werden müssen. Dabei ist bereits bei der Erstellung der Vordrucke die Kopierfähigkeit zu überprüfen. So ist ein DIN-A3-Bogen unpraktisch, wenn die vorhandenen Kopiergeräte nur DIN-A4-Formate verarbeiten können. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass im Original farbliche Differenzierungen in einer Schwarz-Weiß-Kopie nicht mehr verwendbar sind. Als Alternative zu den Problemen der papiergebundenen Dokumentation ist die Etablierung einer EDV-gestützten zu überlegen. Ein Grundproblem bei der Einführung des PKMS und der dazugehörigen Dokumentation – egal in welcher Form – ist, dass derzeit nicht vorhergesagt werden kann, ob und wie sich die Investitionen refinanzieren, da die damit verbundenen Erlöse nicht bekannt sind. Es ist zudem zu erwarten, dass auch hier ein Phänomen auftritt, was aus anderen Komplexbehandlungen bekannt ist. Je besser die Dokumentation, desto höher werden die Anforderungen durch die Rechnungsprüfungen. Ein Umstand, der bei der ursprünglichen Kalkulation noch nicht berücksichtigt werden konnte, da ja hier keine »MDK-feste« Kodierung durchgeführt werden musste. Dieses Phänomen führt derzeit dazu, dass sich etliche Kliniken wieder aus der Abrechnung der Schlaganfallkomplexpauschale verabschieden, da der mit den sukzessiv gewachsenen Dokumentationsanforderungen gestiegene Aufwand die erzielbaren Erlöse übersteigt.

Zum Schluss darf darauf hingewiesen werden, dass auch die Initiatoren des Kodes bemerkt haben, dass die Etablierung des Kodes aufgrund der Komplexität des PKMS kein leichtes Unterfangen ist. So werden jetzt (u.a. von der Leiterin der Arbeitsgruppe zur Entwicklung des PKMS und OPS 9-20 im Auftrag des DPR und vom DPR selbst) Schulungen angeboten, bei denen Personen der Umgang mit dem PKMS nahegebracht wird. Allein für diesen Zweck (korrekte Dokumentation und Kodierung des OPS 9-20 und des PKMS) wird ein Schulungsaufwand von bis zu drei Tagen für erforderlich gehalten.

Wie geht es weiter?

Auch der DPR hat in vielen Gesprächen mittlerweile erfahren, dass der PKMS in der jetzigen Form wohl so nicht alltagstauglich ist. Der PKMS müsse dringend überarbeitet werden, so Frau Dipl. Med.-Inf. Anke Wittrich vom DPR auf dem Herbstsymposium der DGfM in Frankfurt Anfang Oktober 2010, da die Eingruppierung nicht einfach und außerdem der Dokumentationsaufwand zu groß sei. Dementsprechend sei auch der Schulungsaufwand zu hoch. »Oder



muss man komplett neu umdenken?«, war ihre abschließende Frage an das Publikum. Unter den Initiatoren des Kodes scheint jedenfalls ein Diskussionsprozess zur Weiterentwicklung in Gang gekommen zu sein, bei dem auch die Alltagsauglichkeit des Instruments ein wesentlicher Bestandteil ist.

Diskussion

Die Einführung des Instruments zur Abbildung der hochaufwendigen Pflege mittels OPS 9-20 und PKMS ist unbestritten ein anerkennenswertes Anliegen der Pflegeberufe. Es muss aber die Frage erlaubt sein, ob hier nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wurde. Bei der Etablierung des PKMS wurde ein sehr komplexes Instrument geschaffen, das im praktischen Alltag zu einer deutlichen Mehrbelastung in der Dokumentation führen wird. Ob die erzielbaren Erlöse die damit verbundenen Kosten übersteigen, kann derzeit noch nicht abgesehen werden.

Der DPR selbst empfiehlt auf gezielte Nachfrage, sich mit der Materie PKMS inhaltlich auseinanderzusetzen. Andererseits rät er bei der Frage »Investition in

Software« eher zum Abwarten, da im Bereich des PKMS umfangreiche Änderungen zu erwarten sind. Diese sollen in das Vorschlagswesen 2011 einfließen und ab 2012 dann wirksam werden.

Insofern ist es auch schwierig, Empfehlungen an die Klinikleitungen abzugeben. Diese befinden sich derzeit in der Zwickmühle, dass von Seiten der Pflegedienstleitungen die Einführung des Kodes im jeweiligen Krankenhaus gefordert wird, um damit das Personal zu finanzieren und andererseits von Seiten der Abrechnungsabteilungen die dort Verantwortlichen zum Abwarten raten. Als Erfahrung aus dem Prozess kann nur jeder interessierten Gruppe geraten werden, sich bei der Etablierung von neuen Scores oder Kodes sich nicht nur von fachlichen Erwägungen leiten zu lassen, sondern auch die Handhabung in der Praxis unter Berücksichtigung der bekannten Abrechnungsproblematiken nicht außer Acht zu lassen. Nur so kann der mit der Einführung eines Kodes verbundene medizinische Fortschritt auch mit planbaren Erlösen bezahlt werden. Sonst besteht die große Gefahr, dass die Kliniken auf den Kosten für die Einführung und Durchführung mangels Abrechenbarkeit sitzen bleiben. ■



Dr. med. Ulf Dennler
Geschäftsbereichsleiter
Universitätsklinikum
Jena, Geschäftsbereich
Medizincontrolling;
Vorstandsmitglied im
DGfM

**E-Mail: ulf.dennler@
medizincontroller.de**

Korrekte Kodierung im Widerstreit – wer entscheidet?

Klären Kodierrichtlinien alles? Jährlich werden zwischen 10 und 11 Prozent der Krankenhausabrechnungen im Auftrag der Kostenträger durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) überprüft. Fast 70 Prozent der Prüfungen stellen nachträglich die Notwendigkeit oder die wirtschaftliche Erbringung der medizinisch-pflegerischen Leistungen im Krankenhaus in Frage. Jede dritte Prüfung hingegen wird eingeleitet, um festzustellen, ob die Hauptdiagnose korrekt festgelegt wurde, ob die Kodierung von Nebendiagnosen tatsächlich durch einen dokumentierten Ressourcenverbrauch begründet sind und ob Prozeduren-Codes die in der Krankenakte dargestellten tatsächlichen medizinischen Behandlungsmaßnahmen abbilden. In einer einfachen Überschlagsrechnung sind es somit etwa 600.000 Prüfungen zur Feststellung der korrekten oder fehlerbehafteten Kodierung, die jährlich durch die Krankenkassen veranlasst werden.

Angesichts der Komplexität der Klassifikationen (Katalogjahr 2010) mit 13.271 systematischen und weiteren 76.135 (!) alphabetischen Diagnoseeinträgen sowie 27.015 systematischen und weiteren 30.950 alphabetischen Prozedurenbezeichnungen sind Fehler in der Anwendung des Systems nahezu unvermeidlich.

Zur Reduzierung von fehlerhaften Kodierungen ist im Kodierprozess eine strenge Hierarchie dokumentationsrelevanter Vorschriften zu beachten. Oberste Priorität haben dabei die speziellen Kodierrichtlinien, gefolgt von den allgemeinen Kodierrichtlinien. In diesen Kodierrichtlinien ist zuerst zu prüfen, ob es für die Abbildung eines spezifischen medizinischen Problems eine eindeutige Festlegung gibt.

Ein typisches Beispiel für die Widersprüchlichkeit dieser hierarchischen Entscheidungsabfolge ist die Kodierrichtlinie:

■ 1107a Dehydratation bei Gastroenteritis

Bei stationärer Aufnahme zur Behandlung einer Gastroenteritis mit Dehydratation wird die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und »Dehydratation« (E86 Volumenmangel) als Nebendiagnose angegeben.

Dabei stehen die ersten beiden Ziffern des Index »1107a« für das 11. Kapitel der Speziellen Kodierrichtlinien »Krankheiten des Verdauungssystems«, die dritte und die vierte Ziffer verweisen auf den 7. Abschnitt innerhalb des Kapitels und der abschließende Buchstabe bezieht sich auf das Veröffentlichungs- bzw. Aktualisierungsjahr der Kodierrichtlinie.