

Kodierprüfung: Mehr Liquidität möglich

Die Kodierung der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern ist ausschlaggebend für die Entgeltfindung und spätere Abrechnung. Fehlerhafte und nicht ausreichende Kodierungen können erhebliche Auswirkungen auf die Ertragslage eines Krankenhauses haben.

Die PriA - Dienstleistungen im Gesundheitswesen GmbH - bietet deshalb an, entsprechende Analysen von Falldaten innerhalb der Sechs-Wochen-Frist durchzuführen, so dass ein Rechnungsvorbehalt erklärt werden kann. Bei Bedarf prüft sie nur die Fälle, welche die Bagatellgrenze überschritten haben.

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte im Dezember 2009 entschieden, dass Krankenhäuser unter bestimmten Voraussetzungen auch nach Erstellen einer Schlussrechnung noch Nachforderungen erheben können. Auch die Prüfung längst abgeschlossener Fallabrechnungen lohnt sich nach Ansicht von PriA nicht nur aus Gründen der Liquiditätsverbesserung, sondern zahle sich auch längerfristig durch eine Verbesserung der Dokumentation und damit auch der Kodierung aus.

Die PriA nutzt nach eigenen Angaben in ihrem mehrstufigen Ansatz unter anderem den „3M FileInspector Workplace“ für die Ermittlung der Prüfungsschwerpunkte, Erlöspotenziale und Fallidentifikation. Mit der Software und zusätzlich speziell von der PriA entwickelten Simulationen sei es möglich, nicht realisierte Erlöspotenziale aufzudecken. Dabei würden der sogenannte § 21-Datensatz überprüft und Fälle gefiltert, bei denen eine Nachberechnung gegenüber den Kassen gegebenenfalls möglich sei.

Erlösausfälle würden häufig dadurch verursacht, dass behandlungsrelevante Kodierungen nicht erfasst würden. Um in einem automatisierten Verfahren diejenigen Fälle zu identifizieren, bei denen eine Nachkodierung aus Erlösgesichtspunkten sinnvoll erscheine, würden zu jedem Fall typische CCL-relevante bzw. DRG-relevante Nebendiagnosen isoliert hinzugefügt und erneut gruppiert. So könne schnell festgestellt werden, ob die Kodierung von spezifischen Nebendiagnosen eine DRG-Steigerung und damit einen Mehrerlös initiiere.

Zudem würden unspezifische Diagnosen und Prozeduren durch spezifische ersetzt. Wenn dies DRG-Änderungen zur Folge habe, werde dies angezeigt. Zu den Simulationen werde jeweils ein Euro-Erlöspotenzial dargestellt, um die Relevanz einer Simulation und das Überschreiten der Bagatellgrenze bewerten zu können. Zusätzlich sei die Erstellung von individuellen Simulationsregeln möglich, um nach spezifischen Fallkonstellationen, bei denen häufig Kodiermängel aufträten, zu suchen und die Auswirkungen von Kodieränderungen zu überprüfen.

In einem zweiten Schritt würden die identifizierten Fälle anhand der Patientenakte durch Kodierexperten geprüft und nachkodiert und eine Alternativabrechnung vorgeschlagen. Die Kodierung anhand der Akte sei deshalb notwendig, da hierbei auch systematische Dokumentations- und Kodiermängel aufgedeckt und gegebenenfalls durch Schulungen korrigiert werden könnten.