



Die interne Kodierrevision

Strategischer Imperativ für Erlössicherheit und Prozessqualität

Von Sandra von der Höh und Nikolaus von Dercks

Die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen im DRG-System ist ein existenzsichernder Prozess, dessen finanzielle

Der Fokus liegt auf der systematischen Überprüfung bereits kodierter Fälle. Der Revisionsprozess zielt auf drei Kernbereiche ab:

identifiziert, die bei einer externen Prüfung zu Beanstandungen führen könnten, wie z.B. fragwürdige Diagnose-Prozeduren-Kombinationen oder sogenannte DRG-Splits.

- Die Regelkonformität der Kodierung: Detaillierter Abgleich mit den verbindlichen Vorschriften, insbesondere den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), ICD-10-GM, OPS und dem Fallpauschalenkatalog. Dies sichert die rechtssichere Abrechnung.

„Fehlerhafte, unvollständige oder unplausibel dokumentierte Kodierungen führen unmittelbar zu systematischen Erlösverlusten und erhöhen das Risiko negativer Bescheide bei Abrechnungsprüfungen, was eine Eskalation der Prüfquote nach sich zieht.“

Stabilität direkt von der Qualität der medizinischen Dokumentation und der daraus abgeleiteten Kodierung abhängt. Fehlerhafte, unvollständige oder unplausibel dokumentierte Kodierungen führen unmittelbar zu systematischen Erlösverlusten und erhöhen das Risiko negativer Bescheide bei Abrechnungsprüfungen, was eine Eskalation der Prüfquote nach sich zieht.

Die interne Kodierrevision ist vor diesem Hintergrund kein optionales, sondern ein strategisches Controlling-Tool. Sie muss als fester Bestandteil des Medizincontrollings implementiert werden und fungiert als unabhängige Qualitätssicherungsinstanz. Das Revisi-
onsteam übernimmt dabei keine operative Ersterfassung, sondern agiert zusätzlich zur täglichen Arbeit der Kodierfachkräfte, um die Erlössicherung und Qualitätssicherung zu maximieren.

- Die Vollständigkeit der Kodierung: Kritische Prüfung, ob alle relevanten ärztlichen und pflegerischen Leistungen, Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) sowie Prozeduren (OPS-Kodes) lückenlos und korrekt erfasst wurden. Ziel ist die Verhinderung von

Das übergeordnete Ziel der internen Kodierrevision ist die frühzeitige und proaktive Steuerung der Kodierqualität. Durch die systematische Identifikation und Vermeidung von Unterkodierung wird gewährleistet, dass die erbrachte Leistung adäquat abgebildet und vollständig refinanziert wird. Gleichzeitig dient die Revision der Aufdeckung von potenziell angreifbarer Überkodierung (Upcoding), welche ein erhebliches

„Das übergeordnete Ziel der internen Kodierrevision ist die frühzeitige und proaktive Steuerung der Kodierqualität. Durch die systematische Identifikation und Vermeidung von Unterkodierung wird gewährleistet, dass die erbrachte Leistung adäquat abgebildet und vollständig refinanziert wird.“

Unterkodierung und damit unzureichende Erlössicherung.

- Die Plausibilität der Kodierung: Überprüfung der logischen und medizinischen Kohärenz der Daten. Hier werden ungewöhnliche Konstellationen

MD-Prüfungsrisiko generiert und Rückforderungsprozesse sowie Reputationsschäden nach sich ziehen kann.

In vielen Kliniken sind Kodierfachkräfte dezentral, also direkt in den jeweili-

gen Fachabteilungen oder auf den Stationen, organisiert. Die interne Kodierrevision kann dabei ein verbindliches Vier-Augen-Prinzip vor Rechnungslegung etablieren. Dies gewährleistet die krankenhausweite, einheitliche Anwendung amtlicher und hausinterner Regelungen, was die Abrechnungssicherheit signifikant erhöht, und entlastet die operativen Kodierfachkräfte durch diese präventive Kontrollschleife. Darüber hinaus bietet die zentrale Revision eine wichtige Steuerungswirkung. Sie schafft Transparenz über Kodiermuster und identifiziert systematische Kodierdefizite und Prozessschwächen. Diese Erkenntnisse ermöglichen gezielte Schulungen und die Einführung hausinterner Kodierregeln zur nachhaltigen Verbesserung der Kodier- und Prozessqualität.

Gemäß § 17c Abs. 2a KHG darf die Abrechnung nach Übermittlung der Rechnung an die Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr zum Zweck

der Erläsoptimierung geändert werden. Folglich muss jede Qualitätssicherung der Kodierung zwingend vor dem Rechnungsversand ansetzen. Für die effiziente Durchführung ist der Einsatz moderner, regelbasierter Softwaresysteme unerlässlich. Obwohl die Software Auffälligkeiten schnell identifiziert, bleibt die finale Entscheidung zwingend Aufgabe des erfahrenen Revisionsteams. Die Technologie dient als starkes Tool zur Vorselektion, ersetzt jedoch keine abschließende medizinisch-fachliche Bewertung.

Die Implementierung einer strukturierten internen Kodierrevision ist der entscheidende strategische Hebel zur Reduzierung von Erlösrisiken, zur Erhöhung der Rechts- und Abrechnungssicherheit sowie zur Stärkung der internen Prozessqualität. Krankenhäuser, die diesen Qualitätssicherungsschritt fest im Medizincontrolling etablieren, transformieren die Kodierung von einer potenziellen Fehler-

quelle in ein verlässliches, steuerbares System, bevor die Abrechnung das Haus verlässt. ■



Sandra von der Höh
Teamleiterin Abteilung Medizincontrolling
Bereich Medizinmanagement
Universitätsklinikum Leipzig AöR)

PD Dr. med. habil. Nikolaus von Dercks
Vorstand und Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling

KU Fachbeirat



Prof. Dr. med. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker, Rösrath



Dipl. Kfm. Jens Bussmann
Generalsekretär Verband der
Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)



Dr. med. York Dhein
CEO
VITREA Holding Deutschland GmbH



Xaver Frauenknecht MBA
Berater im Gesundheitswesen



Stefan Günther, M.A.
Mitglied des Vorstands der Fachgruppe
psychiatrischer Einrichtungen im VKD
Referent des Direktors Wirtschaft und
Finanzen und Leiter Controlling bei den
Medizinischen Einrichtungen des Bezirks
Oberpfalz



Dr. med. Erwin Horndasch
Leiter Medizincontrolling
Kreisklinik Roth



Heinz Kölling
Unternehmensberatung
Gesundheitswirtschaft



Dr. Nicolas Krämer
Vorstandsvorsitzender
der HC&S AG



Dr. Thomas Krössin MBA
Professur für Gesundheitsmanagement
iU Internationale Hochschule



Prof. Dr. Julia Oswald
Professorin für Betriebswirtschaftslehre,
insbes. Krankenhausfinanzierung und
-management, Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften Hochschule Osnabrück



Prof. Dr. Volker Pentler
Partner BDO AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin Kreisklinik Groß-Gerau
Vorstandsvorsitzende DGfM e.V.



Andrea Schmidt-Rumposch
Pflegedirektorin / Vorstand
Universitätsmedizin Essen (AöR)



Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert
Geschäftsführender Gesellschafter
medAurel GmbH – Gesellschaft für
Gesundheitsmanagement



Dr. Christian Stoffers
Geschäftsführer Diakonie
Soziale Dienste gGmbH Siegen



Dipl. Kfm. Kai Westphal
Geschäftsführer Kaiser-Karl-Klinik Bonn,
Geschäftsführer Herzpark Mönchengladbach,
Geschäftsführer Aataalklinik Bad Wünnenberg