

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.²

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

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, zuletzt abgefragt am 03.02.2010

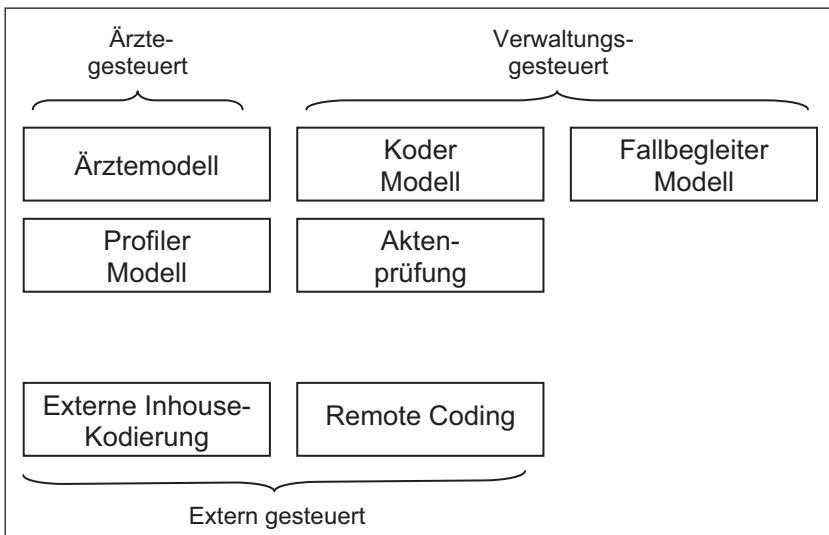


Abbildung 1: Übersicht Kodiermodelle (eigene Darstellung)

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:

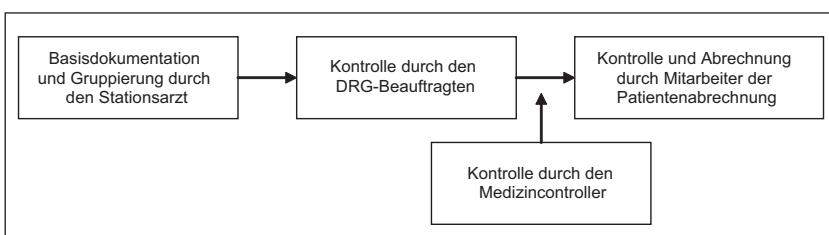


Abbildung 2: Dokumentationsworkflow (nach Baller, 2005)

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

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.“⁴

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-Controllerin⁵ 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

⁴ Brost et al. (2004), S. 813

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

zu ihren Kernaufgaben. Für die inhaltliche Korrektheit zeichnet ein DRG-Oberarzt durch Unterschrift verantwortlich (Stufe 3). Anschließend werden die DRG-Daten an das zentrale Klinikums-Controlling zur Endabrechnung versandt (Stufe 4). Die DRG-Dokumentation ist somit vollständig und zeitnah als 4-Stufen-Prozess realisiert.“ Für dieses Modell wurde eine ökonomische Betrachtung durchgeführt, die die Autoren wie folgt zusammenfassen: Inzwischen liegen Daten zur Effizienz dieses DRG-Controlling-Ansatzes vor. „Es wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich der Erlössituation erstellt. Am Tage nach der Entlassung wurden alle dokumentierten Fälle gruppiert und die Casemix (CM)-Punkte dieser ‚roh gruppierten Fälle‘ [...] addiert. Nach Überarbeitung durch das DRG-Controlling wurden die Fälle abgerechnet und die erzielten CM-Punkte ebenfalls über das Gesamtjahr erfasst. Für das Jahr 2004 betrug die Erlös-Differenz 1.387 CM-Punkte. Das entspricht 15 % des gesamten Casemix der chirurgischen Abteilung“ (Kraus und Farrenkopf, 2005, S. A-722).

1.2.2 Profiler-Modell

Beim Profiler-Modell erfolgt die Kodierung der DRG-Informationen hauptsächlich durch die Stationsärzte während bzw. kurz nach Abschluss des Aufenthaltes eines Patienten. Speziell ausgebildete Mitarbeiter der Verwaltung (DRG-Profiler) führen anhand der Systemkodierung Plausibilitätsprüfungen durch. Sie geben den Ärzten, z. B. in Form von regelmäßig stattfindenden Kodierbesprechungen, Hinweise, die sie anhand der Untersuchung von Standardabweichungen identifiziert haben.

Das Tätigkeits- und Anforderungsprofil der DRG-Profiler lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Überprüfung der medizinischen Kodierung (Diagnosen, Prozeduren, administrative Falldaten) im System auf Kodierrichtlinienkonformität, Plausibilität, Präzision (ohne Krankenakte)
- selbstständige Durchführung von ein- bis mehrmals wöchentlich stattfindenden Kodierbesprechungen mit den Stationsärzten und/oder entgeltverantwortlichen Oberärzten der medizinischen Abteilungen. Während dieser Treffen werden fallbezogene Kodierauffälligkeiten besprochen, allgemeine Kodierhinweise vermittelt und sonstige Rückfragen geklärt
- Ansprechpartner für die Ärzte im Falle von Kodierfragen/Fragen aus dem Abrechnungsrecht
- enge Zusammenarbeit mit einem ggf. zentralen DRG-Management bzw. den Entgeltverantwortlichen der medizinischen Fachabteilungen
- Bearbeitung im Sinne einer Weiterleitung von DRG-bezogenen Krankenkassenanfragen.

Durch den Einsatz von Profilern besteht eine gute Möglichkeit, das Kodiergeschehen zu überprüfen. Darüber hinaus wird der „Verwaltungssicht“ eines Falles in besonderer Weise Rechnung getragen. Durch regelmäßige Gespräche zwischen Profilern und kodierenden Ärzten kann eine gute Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Medizinbetrieb aufgebaut werden, die auch für andere Kommunikationsprozesse und Belange genutzt werden kann. Systematische Fehler können von den Profilern schnell aufgedeckt und an die Abteilungen gemeldet werden.

Die Nachteile dieses Modells liegen auf der Hand. Durch die rein systemseitige Überprüfung der Kodierungen findet kein Abgleich mit der physischen Patientenakte statt. Nur in den Häusern, in denen es eine elektronische Patientenakte (ePA) gibt, ist es den Profilern möglich, auch problemlos die medizinische Dokumentation einzusehen. Kritisch ist auch die u. U. fehlende medizinische Kompetenz der Mitarbeiter einzuschätzen, der häufig dadurch begegnet wird, dass auch Mitarbeiter der Pflege für einen Einsatz in diesem Bereich qualifiziert werden. Bei einer festen Abteilungszuordnung ist es aber auch Mitarbeitern mit einer kaufmännischen Ausbildung nach Einarbeitung möglich, zahlreiche medizinische Sachverhalte zu hinterfragen. Dies wird insbesondere durch die direkte Kommunikation mit den kodierenden Ärzten gefördert.

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Vor- und Nachteile des Profiler-Modells.

Tabelle 3: Vorteile und Defizite des Profiler-Modells

Defizite	Vorteile
<ul style="list-style-type: none"> • zusätzlicher Personalaufwand im Bereich der Verwaltung • Liegen keine Standardabweichungen vor, können in der Akte dokumentierte relevante/erbrachte Leistungen nicht aufgedeckt werden • kodierte Leistungen sind evtl. nicht durch die Krankenaktendokumentation gedeckt • Kontrollen auf Vollständigkeit und Korrektheit der Kodierung sind nur eingeschränkt möglich • unter Umständen fehlende medizinische Kompetenz der Verwaltungskraft • Vertretungsregelung ggf. schwierig 	<ul style="list-style-type: none"> • durch Kodiergespräche während der Anwesenheit des Patienten können Kodierdefizite aufgedeckt werden (prospektives Grouping) • Fall ist in der Liegedauer steuerbar bzw. Entlassungsplanung in Abhängigkeit von mittlerer Verweildauer (MVD)/oberer Grenzverweildauer (OGVD) • Durchsicht der Datensätze aus „Verwaltungssicht“ • Aufdecken und Rückmeldung systematischer Fehler

1.2.3 Koder-Modell

Beim Koder-Modell wird nach Abschluss des Aufenthaltes die Dokumentation komplett in Kodierung umgesetzt. Diese Verschlüsselung wird in der Regel von dafür speziell ausgebildeten Verwaltungskräften oder Pflegenden durchgeführt. Sie findet anhand der Krankenakte und gegebenenfalls weiterer schriftlicher Aufzeichnungen über einen Patienten statt. Je nach Ausgestaltung wird die komplette Kodierung des Entlassungsdatensatzes nach der Entlassung des Patienten durchgeführt. Bei der Aufnahmedokumentation gibt es unterschiedliche Varianten. Häufig praktiziertes Prinzip ist eine Papierdokumentation von Diagnosen durch die Ärzte und die Umsetzung in Systemkodierung durch den Koder.

Tätigkeits- und Anforderungsprofil der DRG-Koder:

- Kodierung der medizinischen Dokumentation (Diagnosen, Prozeduren, administrative Falldaten) für die DRG-Abrechnung mithilfe der Krankenakte unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 301 SGB V (Datenübermittlung), Kodierrichtlinienkonformität, Plausibilität, Präzision, Vollständigkeit und Korrektheit
- Überprüfung der Dokumentationsqualität und Vollständigkeit der Patientenakte (inkl. Aufwandsüberprüfung und G-AEP-Kriterien)
- medizinische Grundkenntnis, die Folgendes ermöglicht:
 - aus der Akte den Aufwand ableiten für Kodierrelevanz von Diagnosen
 - Umsetzung von Klarschriftdiagnosen und -therapien in ICD- bzw. OPS-Kodes
 - Aufdeckung von Diagnosen und Therapien aus dem Dokumentationskontext
- Grundkenntnisse über die medizinischen Abläufe
- Grundkenntnisse über die medizinische Terminologie, Arzneimittelkunde
- Fähigkeit zur Beurteilung von
 - stationärer Notwendigkeit
 - Notwendigkeit einer OGVD-Überschreitung
 - Notwendigkeit einer Fallzusammenführung
- selbstständige Bearbeitung der eingehenden Krankenkassenanfragen
- enge Zusammenarbeit mit einem ggf. zentralen DRG-Management bzw. den Entgeltverantwortlichen der medizinischen Fachabteilungen.

Das Koder-Modell findet seinen Ursprung in Australien, wo sich der Medical Coder als eigener Beruf fest etabliert hat (siehe auch Kapitel 1.1). Klarer Vorteil ist, dass ein vollständiger Abgleich zwischen Kodierung und Dokumentation bzw. Krankenakte stattfindet. Das Risiko berechtigter Kostenträgeranfragen sinkt. Da die gesamte Kodierung nur von wenigen Mitarbeitern durchgeführt wird, nimmt ebenfalls der Schulungsaufwand ab.

Dieses Modell hat allerdings auch Nachteile. Durch seinen retrospektiven Ansatz (Kodierung erst nach Entlassung des Patienten) kann kein Einfluss