

Dr. Nicole Schlottmann/Dr. Norbert Hennes/Dr. Martin Braun

Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien für 2003

Die Selbstverwaltungspartner haben die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) erstmals angepasst und in ihrer überarbeiteten Version für das Jahr 2003 am 2. Oktober 2002 verabschiedet. Die Anpassung der DKR dient nicht der Erweiterung der Kodierrichtlinien, sondern vielmehr der redaktionellen Überarbeitung, einer Anpassung der Beispiele im Sinne einer spezifischeren Kodierung sowie der inhaltlichen Klarstellung einiger wichtiger Regelungen. Unter dem erheblichen Zeitdruck bei der Erstentwicklung der DKR in 2002 war diese Feinjustierung nicht möglich, darüber hinaus hat der erstmalige Echteintritt sowie der daraus folgende Dialog mit den Anwendern zu wertvollen Anregungen geführt. Vor dem Hintergrund der Einführung des Optionsmodells und dem damit verbundenen Schulungsbedarf durch die Bereitstellung zahlreicher weiterer Materialien (G-DRG-Handbücher, Abrechnungsbestimmungen, Fallpauschalen-Katalog etc.) hat die Selbstverwaltung entschieden, bei den Kodierrichtlinien keine umfangreichen inhaltlichen Ergänzungen vorzunehmen. Ob die Anpassung der ersten G-DRG Version 1.0 an deutsche Versorgungsverhältnisse für 2004 möglicherweise ausgeprägtere Änderungen der DKR nach sich ziehen wird, kann derzeit nicht abschließend eingeschätzt werden.

Die Kodierrichtlinien (DKR) sind für die korrekte Abbildung des Krankheits- und Leistungsspektrums in deutschen Krankenhäusern und somit die sachgerechte Vergütung eine zentrale Voraussetzung und wurden deshalb mit Blick auf die Einführung des neuen Entgeltsystems bereits frühzeitig bereitgestellt. Allen Beteiligten war bewusst, dass ihre Implementierung zunächst mit einem erheblichen Schulungsbedarf in den Krankenhäusern einhergehen wird. Sowohl zahlreiche Schulungen, aber auch die Erarbeitung entsprechend modifizierter Kodierrichtlinien für einzelne Fachgebiete wurden in diesem Jahr unter der Maßgabe, die Dokumentationsqualität weiter zu verbessern, erfolgreich umgesetzt. Dieser Umstand darf aber keinesfalls darüber hinwegtäuschen, dass auch heute noch erhebliche Schwierigkeiten bei der Kodierung und der täglichen Anwendung dieses komplexen Regelwerkes bestehen.

Die Einführung des Optionsmodells für das Jahr 2003 zieht nunmehr die weitere Auseinandersetzung mit zahlreichen neuen Regelwerken im Krankenhaus und damit die Bindung personeller Ressourcen nach sich. Nur mit Hilfe fortgesetzter Schulungen zu diesen Materialien (zum Beispiel G-DRG-Handbücher, Fallpauschalenkataloge mit

Grenzverweildauerregelungen und Relativgewichten, Abrechnungsregeln etc.) sowie zu ihren Zusammenhängen im Einzelfall und in der Gesamtbetrachtung über alle Leistungen im Krankenhaus kann das notwendige Verständnis für das DRG-basierte Vergütungssystem entwickelt werden.

Vor diesem Hintergrund hat die Selbstverwaltung bereits frühzeitig beschlossen, lediglich eine geringfügige Anpassung der DKR vorzunehmen. Diese Entscheidung wurde von folgenden Motiven getragen:

1. Kein hoher personeller Ressourcen-Einsatz im Krankenhaus für die Auseinandersetzung mit neuen Kodierrichtlinien für das Optionsmodell.
2. Eine Anpassung der G-DRG Version 1.0 (im Wesentlichen Übersetzung der australischen AR-DRGs Version 4.1) an deutsche Versorgungsverhältnisse auf der Basis von Ganzjahres-Kalkulationsdaten sowie die Prüfung der Übersetzung durch die Selbstverwaltung ist im Rahmen des Optionsmodells nicht erfolgt. Diese Aufgabe ist für das Jahr 2004 zu leisten. Sich daraus möglicherweise ergebende umfangreichere Änderungen der DKR müssen dann gleichzeitig erfolgen. Inhaltliche Modifikationen und Ergänzungen der DKR, die in diesem Jahr noch am grünen Tisch hätten formuliert werden müssen, könnten bereits im nächsten Jahr eine anders lautende Revision nach sich ziehen.

Die zeitliche Planung der Überarbeitung der DKR wurde maßgeblich von der Frage der Bereitstellung eines überarbeiteten OPS-301 SGB V für das Jahr 2003 sowie weiteren zu berücksichtigenden Aspekten aus dem Optionsmodell beeinflusst. Dies trifft beispielsweise für die Abrechnungsbestimmungen zu. Eine frühzeitigere Verabschiedung der DKR war auf Grund der späten Bekanntgabe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu dem OPS-301 SGB V und dem Optionsmodell daher nicht möglich.

Die neue Version der DKR ist auf der Homepage der Selbstverwaltung (www.g-drg.de) sowie auf der Homepage der Deutschen Krankenhausgesellschaft (www.dkgev.de) abrufbar.

Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für 2003

Die Anpassung der DKR sollte so weit wie möglich nur in Ausnahmefällen inhaltliche Änderungen bewirken. Dies trifft in unterschiedlichem Ausmaß für die im Folgenden dargestellten Änderungen zu. Ergänzende Erläuterungen folgen später.

- Redaktionelle Überarbeitung der Kodierrichtlinien, Fehlerbereinigung;

- Bereinigung der Kodierrichtlinien um Angaben zum OPS-301 Version 2.0 (gültig bis 31. Dezember 2001);
- Überprüfung sämtlicher Beispiele und ggf. Überarbeitung im Sinne einer spezifischeren Kodierung;
- inhaltliche Klarstellungen zu einigen relevanten DKR ohne sinnngemäße Änderung;
- Integration notwendiger Inhalte aus den Abrechnungsbestimmungen für 2003;
- Überprüfung der DKR-Vorgaben auf DRG-Kompatibilität.

Um einen leichteren Überblick über die Änderungen zu ermöglichen, wurden diese in der vorliegenden Version 2003 am Rand durch Markierungen (senkrechte Balken) hervorgehoben.

Die wesentlichen Änderungen im Vergleich zu der Vorversion wurden darüber hinaus in Form einer Zusammenfassung in den Anhang der Kodierrichtlinien übernommen.

■ Änderung der Nummerierung der DKR

Bereits bei der Erstellung der DKR für das Jahr 2002 stellte sich die Frage, wie in den darauf folgenden Jahren relevante inhaltliche Änderungen durch die Nummerierung der einzelnen Kodierrichtlinien einfach kenntlich gemacht werden können. Im Ergebnis wurde allen Kodierrichtlinien am Ende des alphanumerischen oder numerischen Codes ein kleiner Buchstabe zur Kennzeichnung der jeweiligen Version hinzugefügt. Die erste Version der DKR für 2002 trägt in allen Kodierrichtlinien den kleinen Buchstaben „a“.

Es wurde bei der Überarbeitung bewusst darauf verzichtet, kleinere redaktionelle Änderungen oder auch angepasste Beispiele im Sinne einer spezifischeren Kodierung mit dem Buchstaben „b“ zu kennzeichnen. Ebenso wurde bei geringfügigen Umformulierungen zur Klarstellung der Buchstabe „a“ beibehalten. Es erhielten nur diejenigen Kodierrichtlinien eine Kennzeichnung mit „b“, bei denen neue Aspekte oder Hinweise aufgenommen wurden. Somit zeigt „b“ eine wesentliche inhaltliche Änderung an. Dies soll der einfacheren Anwendung dienen.

Folgende Kodierrichtlinien wurden mit „b“ gekennzeichnet:

D002b	0205b	1207b
D003b	0211b	1504b
D008b	0213b	1508b
P005b	0401b	1510b
P013b	0610b	1519b
0201b	0911b	1903b
0202b	1001b	

■ Redaktionelle Überarbeitungen

Die Deutschen Kodierrichtlinien in der Version 2002 sind im Wesentlichen eine Übersetzung der Australian Coding Standards, Vol. 5 der ICD-10-AM, die in einem sehr engen Zeitfenster, bedingt durch zahlreiche beeinflussende Faktoren zu leisten war. Leider haben sich unter diesem Zeitdruck redaktionelle Fehler, im Wesentlichen in Form von orthographischen Fehlern, falschen Verweisen oder falschen Textzuweisungen zu OPS- und ICD-Kodes sowie Formatierungsfehler, nicht gänzlich vermeiden lassen.

Seit dem Erscheinen der Deutschen Kodierrichtlinien wurden diese Fehler zusammengetragen und bildeten die Grundlage für die redaktionelle Überarbeitung, mit der wir hoffen, die oben beschriebenen Mängel weitestgehend eliminiert zu haben.

Durch den Zeitpunkt des Erscheinens der Version 2002 im September 2001 war es erforderlich, auch den damals gültigen OPS-301 Version 2.0 an den relevanten Stellen zu berücksichtigen. Sämtliche Verweise auf diese mittlerweile ungültige OPS-Version wurden entfernt. Da der OPS-301 in der Version 2.1 auch in 2003 unverändert seine Gültigkeit beibehält, ist in den Deutschen Kodierrichtlinien für 2003 die parallele Berücksichtigung eines zweiten OPS-Schlüssels nicht erforderlich.

■ Überarbeitung der Beispiele

Im Rahmen der Übersetzung der Australian Coding Standards hatte es sich als hilfreich erwiesen, über die australischen Vorgaben hinweg Beispiele zur Verdeutlichung von bestimmten Sachverhalten einzufügen. Bei der Erstellung der Beispiele wurde seinerzeit der Schwerpunkt auf die Vermittlung des jeweiligen Sachverhaltes gelegt, für die Verschlüsselung in den Beispielen wurden oftmals unspezifische Codes („...,nicht näher bezeichnet“, „.9“) verwendet.

Es hat sich gezeigt, dass die gewählte Vorgehensweise von Anwendern gelegentlich derart missverstanden wurde, dass Beispiele unter Beibehaltung der unspezifischen Kodierung übernommen wurden. Dies war im Hinblick auf die angestrebte Kodierqualität nicht intendiert. Um diesen potenziellen Fehlanreiz zu bereinigen, wurde eine Überarbeitung der Beispiele vorgenommen und, wo möglich, ein unspezifischer durch einen spezifischen Code ersetzt. Die textliche Beschreibung wurde gleichermaßen angepasst. Von dieser Überarbeitung waren insgesamt 31 Beispiele betroffen.

Zur Verdeutlichung dient die nachfolgende Gegenüberstellung eines Beispiels aus der Kodierrichtlinie 1902:

Alte Version:

Beispiel 1

Ein Patient kommt zur Behandlung einer Fraktur des distalen Endes des Humerus, einer Abschürfung und Prellung des Ellbogens sowie einer Fraktur der Skapula.

Hauptdiagnose: S42.40 *Fraktur des distalen Endes des Humerus, Teil nicht näher bezeichnet*

Nebendiagnose(n): S42.10 *Fraktur der Skapula, Teil nicht näher bezeichnet*

In diesem Fall ist die Abschürfung und die Prellung des Ellbogens nicht zu kodieren.

Neue Version:

Beispiel 1

Ein Patient kommt zur Behandlung einer suprakondylären Humerusfraktur, einer Abschürfung und Prellung des Ellbogens sowie einer Fraktur des Skapulakorpus.

Hauptdiagnose: S42.41 *Fraktur des distalen Endes des Humerus, suprakondylär*

Nebendiagnose(n): S42.11 *Fraktur der Skapula, Korpus*

In diesem Fall ist die Abschürfung und die Prellung des Ellbogens nicht zu kodieren.

Darüber hinaus existieren Beispiele in den Kodierrichtlinien, in denen zu Recht unspezifische Codes zur Anwendung kamen. Das nachfolgende Beispiel entstammt den Übergangsregelungen:

Beispiel 1

Ein Patient mit Appendizitis ohne Peritonitis wird zur Appendektomie stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht eine artherosklerotische Herzkrankheit.

Hauptdiagnose: K35.9 *Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet*

Nebendiagnose(n): I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, natürliche Koronararterie*

Prozedur(en): 5-470.0 *Offen chirurgische Appendektomie*

In diesem Fall ist die G-DRG-konforme Hauptdiagnose (K35.9 *Akute Appendizitis nicht näher bezeichnet*) identisch mit der BpFIV-konformen Hauptdiagnose (K35.9 *Akute Appendizitis nicht näher bezeichnet*). Eine andere Hauptdiagnoseschlüsselnummer nach BpFIV ist deshalb nicht erforderlich.

In solchen Beispielen (insgesamt 11) wurden die unspezifischen Codes beibehalten.

■ Einflüsse der KFPV auf die DKR

Da trotz intensiver und schwieriger Verhandlungen keine Einigung der Selbstverwaltungspartner auf ein DRG-Optionsmodell für das Jahr 2003 erzielt werden konnte, hat die DKG am 24. Juni 2002 offiziell das Scheitern der Verhandlungen erklärt und damit die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen, den für diesen Fall vorge-



Qualität im Krankenhaus
Zertifizierungsgesellschaft

Sie wollen das KTQ®-Zertifikat?

Wir sind akkreditierte KTQ-Zertifizierungsstelle

Qualität im Krankenhaus Zertifizierungsgesellschaft mbH
Höhenweg 25, 31789 Hameln
Tel: 05151-65004, Fax: 05151-65204



Umfassendes
Qualitätsmanagement

QKB - Qualität im Krankenhaus Beratungsgesellschaft mbH



Neuer Schwung für Ihr QM Reden Sie mit uns!

Die QKB ist das spezialisierte Unternehmen für Qualität und Qualitätsmanagement im Krankenhaus.

Ziehen Sie Ihren Nutzen aus der QM-Erfahrung von Dr. Erwig Pinter seit 1972.

- KTQ-Qualitätsbericht
- Lizenzierte KTQ-Schulungen
- Steuerung der Prozesskosten mit QM
- Erarbeitung Politik/Ziele
- Vorbereitung zur ISO-Zertifizierung
- Moderatorenschulungen
- Führungsfragen/Coaching
- Fremfassessments
- EFQM-Workshops
- EFQM-Assessorenschulungen
- Qualitätsindikatoren

Mitglied der EFQM
Trainerlizenz
der EFQM



Lizenziertes KTQ-Trainingspartner



Qualität im Krankenhaus
Beratungsgesellschaft mbH
Höhenweg 22
31789 Hameln
Tel: (05151) 65003
Fax: (05151) 65204

sehenen Konfliktlösungsmechanismus der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 17 b Absatz 7 Satz 1 KHG zu aktivieren.

Das Ergebnis der Arbeiten des BMG ist die „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)“, welche am 19. September 2002 in Kraft gesetzt wurde. Die KFPV regelt in erster Linie die Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte (Abschnitt 1) sowie die Ermittlung von Abschlägen und Grenzverweildauer-Vergütungen für den Fallpauschalen-Katalog (Abschnitt 2).

An einigen Stellen gibt es somit Rückwirkungen der KFPV auf die Kodierrichtlinien. Eine Analyse der betroffenen Gebiete hat jedoch gezeigt, dass umfängliche Änderungen in den Kodierrichtlinien zur Implementierung von Inhalten aus der KFPV nicht erforderlich waren: Die gesetzlichen Regelungen konnten in Form von Hinweisen und Definitionen in den vorhandenen Text integriert werden. Dies soll im Folgenden an einem Beispiel aus der DKR D002 dargestellt werden:

Interne Verlegungen zwischen Abteilungen nach BPfIV und KHEntgG

Bei krankenhausinternen Verlegungen von Patienten zwischen Abteilungen, die nach Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen (zum Beispiel Psychiatrie), und Abteilungen, die nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, sind folgende Regeln zu beachten:

- Jede Abteilung dokumentiert und kodiert nach den für sie gültigen Regeln.
- Wird ein Patient **erstmalig** intern in eine Abteilung nach KHEntgG verlegt, so ist die Hauptdiagnosendefinition auf die Symptome/Diagnosen anzuwenden, die hauptsächlich für die Veranlassung des Aufenthaltes in dieser Abteilung verantwortlich sind (siehe Beispiel 9).
- Wird ein Patient mehrfach intern zwischen Abteilungen nach KHEntgG und BPfIV verlegt, so gilt für die Auswahl der Hauptdiagnose aus den Diagnosen der Abteilungen nach KHEntgG die analoge Regelung, wie sie für Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern (siehe unten) gilt.

Beispiel 9

Ein Patient wird wegen einer Schizophrenie in die Psychiatrie aufgenommen. Während des stationären Verlaufs entwickelt der Patient ein akutes Abdomen. Nach Verlegung in die Chirurgie findet sich dort als Ursache für die Symptomatik eine akute Cholezystitis. Die Schizophrenie wird weiterbehandelt.

Psychiatrie (BPfIV)

Hauptdiagnose: Schizophrenie
Nebendiagnose(n): Akutes Abdomen

Chirurgie (KHEntgG)

Hauptdiagnose: Akute Cholezystitis
Nebendiagnose(n): Schizophrenie

Betroffen von den Regelungen der KFPV sind weiterhin die Gebiete: Rückverlegungen (D002), das Neugeborene als eigenständiger Fall (1601) und eine Klarstellung, dass in den Kodierrichtlinien bei Angabe der Dauer von Symptomen (0601, 1804) oder einer Behandlung (1511) Kalendertage, nicht jedoch der in der KFPV verwendete Begriff der Belegungstage, zu Grunde zu legen sind.

■ Änderungen zu den Übergangsregelungen

Bis zur definitiven Einführung der DRG-Fallpauschalen 2004 muss parallel zum DRG-Fallpauschalensystem die Möglichkeit der Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung bestehen. Aus diesem Grunde sind Übergangsregelungen in den Deutschen Kodierrichtlinien erforderlich, in denen die Verfahrensregeln für Abweichungen zwischen beiden Abrechnungssystemen niedergelegt sind.

Es wurde ein Passus über die Notwendigkeit der Angabe von Nebendiagnosen für die Abrechnung der B-Fallpauschalen (Gruppen 9 und 12, Weiterbehandlung im Anschluss an eine A-Fallpauschale) ergänzt. Da die Übergangsregeln auch bei der Abrechnung von Neugeborenen relevant sein können, wurde hier ebenfalls ein Querverweis zu den Übergangsregelungen eingefügt (1601).

■ Inhaltliche Klarstellungen zu einigen relevanten DKR

Aus der täglichen Arbeit mit den Kodierrichtlinien und insbesondere aus den Rückfragen bei den Selbstverwaltungspartnern wurde an einigen Stellen ein weitergehender Klärungsbedarf ersichtlich. Da vereinbarungsgemäß nur eine Minimalrevision der Deutschen Kodierrichtlinien vorgenommen werden sollte, hat sich die Selbstverwaltung zunächst darauf beschränkt, diejenigen Bereiche zu überarbeiten, die häufiger Anlass zur Nachfrage waren. Für diese betroffenen Bereiche wurden klärende Textpassagen, wo möglich ergänzt durch Beispiele, hinzugefügt oder neue Texte und Beispiele integriert. Beispielhaft wird die neue Textfassung aus der DKR 1001 dargestellt:

Berechnung der Dauer der Beatmung

Eine maschinelle Beatmung (siehe Definition, Absatz 1), die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und die **nicht länger als 24 Stunden** dauert, **zählt nicht** zur Gesamtbeatmungszeit. Die maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen.

Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer Operation oder während der Operation begonnen wird und **länger als 24 Stunden** dauert, dann **zählt** sie zur Gesamtbeatmungszeit. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall bei der Intubation; die Intubation ist in diesem Fall zu kodieren, obwohl sie zur Operation durchgeführt wurde.

Eine Beatmung, die nicht zum Zweck einer Operation begonnen wurde, zum Beispiel in der Intensivbehand-

lung nach einer Kopfverletzung oder einer Verbrennung, zählt unabhängig von der Dauer immer zur Gesamtbeatmungszeit. Werden bereits beatmete Patienten operiert, so zählt die Operationszeit zur Gesamtbeatmungszeit.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden und dann entsprechend mit **einem** Kode aus 8-718 zu kodieren. Als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen (siehe auch DKR P012a *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 52) und DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45)).

Außerdem wurden, soweit erforderlich, in Australien vorgenommene Korrekturen der AR-DRG Version 4.1 und der Kodierrichtlinie in den Nachfolgeversionen berücksichtigt. Ein Beispiel aus DKR 0911 (Korrektur eines zuweisenden ICD-Kodes) soll dies verdeutlichen:

Alte Version:

Defibrillatoren

Aufnahme zum Aggregatwechsel:

Z45.8 *Anpassung und Handhabung von sonstigen implantierten medizinischen Geräten*

Neue Version:

Aufnahme zum Aggregatwechsel eines Defibrillators

Z45.0 *Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers*

Hinweis: In der nächsten Ausgabe der ICD-10 SGB-V wird der Kode Z45.0 angepasst und ein entsprechendes Inklusivum enthalten.

■ DRG-Kompatibilitätsprüfung

Aus der Übersetzung und Übertragung des AR-DRG-Systems Version 4.1 haben sich an einzelnen Stellen Rückwirkungen auf die Deutschen Kodierrichtlinien ergeben, diese wurden in die entsprechenden Kapitel integriert. Eine aus dem Übertragungsprojekt resultierende neue Kodierrichtlinie war nur für einen Sachverhalt erforderlich. Die Kodierung der Hauttransplantation (1207b) musste als Anpassung an den Gruppieralgorithmus unter Aufhebung der Vorgaben des OPS-301 neu definiert werden:

1207b Hauttransplantation

Bei Hauttransplantationen ist der Kode für die **Entnahme des Transplantates** nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer **gesonderten Sitzung** erfolgt. Dies betrifft die OPS-Kodes:

5-901 *Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle*

5-904 *Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle*

5-924 *Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen, Entnahmestelle*

Hinweis: Diese Kodierrichtlinie modifiziert die Hinweise des OPS-301 „*Entnahme- und Empfängerstelle sind gesondert zu kodieren.*“ in den Gruppen 5-90 *Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut* und 5-92 *Operationen an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen*.

Die Erstellung und Veröffentlichung der G-DRG-Handbücher machte darüber hinaus einen Abgleich auf inhaltliche Konsistenz erforderlich. So wurde beispielsweise geprüft, ob keine Widersprüche zu den in den Handbüchern geführten Listen unzulässiger Hauptdiagnosen (Band 5, Anhang D) bestehen. Ein entsprechender Abgleich wurde im Rahmen der Überarbeitung vorgenommen.

Zusammenfassung

Die Autoren hoffen, durch die Überarbeitung der Kodierrichtlinien die Akzeptanz bei den Anwendern zu erhöhen und durch die Klarstellung einzelner Sachverhalte die Leistungsdokumentation in den Krankenhäusern zu vereinheitlichen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen und somit für die leistungsgerechte Vergütung. Die Kodierrichtlinien sollen die Dokumentation im Einzelfall unterstützen, sie können aber keinesfalls sämtliche Fallkonstellationen regeln und die medizinische Bewertung durch den Arzt ersetzen.

Allen, die durch ihre Rückmeldungen beziehungsweise Anfragen zur Überarbeitung der Kodierrichtlinien wesentlich beigetragen haben, sei ganz herzlich gedankt. Nur durch ihre Hilfe konnte die Revision in der jetzigen Form durchgeführt werden. Weitere Anregungen sind auch künftig erwünscht. Viel Erfolg bei der Umsetzung der nun vorliegenden Deutschen Kodierrichtlinien Version 2003!

Anschrift der Verfasser:

Dr. Nicole Schlottmann,
Leiterin des Bereichs Medizin der DKG/
Dr. Norbert Hennes,
Referent im Bereich Medizin der DKG/
Dr. Martin Braun,
Referent im Bereich Medizin der DKG,
Münsterstraße 169, 40476 Düsseldorf ■

