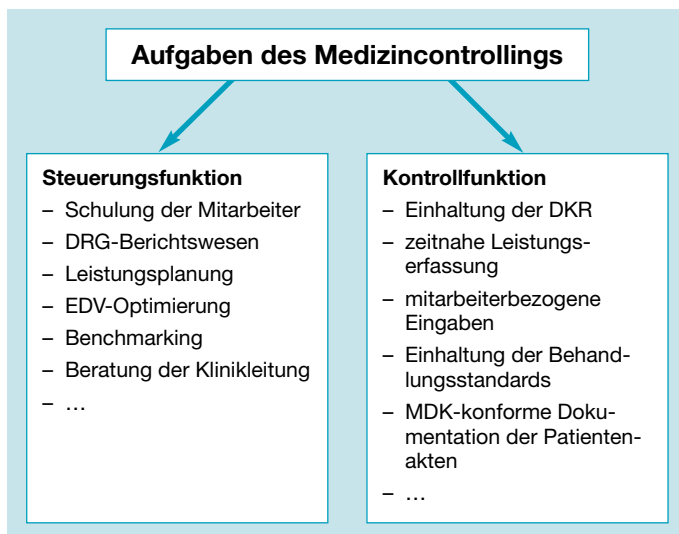


Dr. Franz Metzger/Hubert Königer

# Bedeutung der Umsetzung und Evaluation der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

**Der Qualität der Kodierung kommt nach Auffassung aller Experten in der ersten Phase der DRG-Einführung die größte Bedeutung zu. Die Autoren geben nachfolgend praktische Hinweise, wie sich die Einhaltung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) evaluieren lässt. Dabei wird auch erläutert, wie das Krankenhausmanagement Kenntnis über den Stand der Kodierqualität erlangen und den Erfolg von internen Umsetzungsmaßnahmen messen kann.**

Neben der „Steuerung und Lotsenfunktion“, die als das ursprüngliche Selbstverständnis des Medizincontrollings weiterhin im Mittelpunkt des Krankenhausmanagements stehen sollte, ist in der aktuellen Phase der DRG-Einführung ein Mindestmaß an „Kontrolle“ unerlässlich, um Kenntnis über den Stand der Kodierqualität in den Kliniken zu erhalten. Die aktuellen Aufgaben des Medizincontrollings lassen sich wie folgt unterteilen:



Das Krankenhausmanagement muss dafür Sorge tragen, dem Medizincontrolling die erforderlichen Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen, damit dieses den genannten Aufgaben auch gerecht werden kann. Das bedeutet:

- Schaffung der personellen Ressourcen,
- Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur (Soft- und Hardware),
- Ausstattung mit den erforderlichen Kompetenzen,
- Formulierung von eindeutigen Zielvorgaben sowie
- zeitnahe Information der Führungskräfte und Kommunikation mit dieser Zielgruppe.

Wichtig ist, dass es dem Krankenhausmanagement gelingt, den am Kodierungsprozess direkt und indirekt Beteiligten die vielschichtigen und gravierenden Auswirkungen einer mangelhaften Kodierqualität auf die Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses klar zu machen. Als gravierende Folgeerscheinungen lassen sich hier nennen:

- falsche Abbildung des Leistungsspektrums (führt zu einer ungenauen Leistungs- und Mengenplanung bei den Pflegesatzverhandlungen);
- keine adäquate Abbildung des medizinischen Behandlungsspektrums im Case-Mix-Index (dies kann bei einer nachträglichen Anhebung seitens der Kostenträger als Upcoding ausgelegt werden);
- fehlerhafte Kalkulationsergebnisse (die ermittelten Behandlungskosten werden den falschen DRG-Basisfallgruppen zugeordnet, wodurch die Relativgewichte nicht das tatsächliche medizinische Leistungsgeschehen widerspiegeln);
- unsichere Entscheidungsfindung für den Früheinstieg in das DRG-System.

Wegen dieser schwer wiegenden Auswirkungen sollte das Klinikmanagement alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nutzen, um die Kodierqualität im Krankenhaus zu verbessern. Unterstützt wird diese Position durch die bereits vorliegenden Erfahrungen aus Ländern, in denen im ersten Jahr nach Einführung der DRGs in der Kodierung Fehlerquoten von 20 Prozent und mehr festgestellt wurden.

## Umsetzung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

Die richtige Anwendung und Umsetzung der DKR stellt eine der Grundvoraussetzungen für eine valide Datengrundlage dar. Mit den Deutschen Kodierrichtlinien liegt ein umfangreiches Regelwerk vor, das 29 allgemeine Regeln zur Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung und 156 krankheitsspezifische Regeln enthält. Problematisch ist in einigen Teilbereichen, dass die speziellen Kodierrichtlinien die allgemeinen Regeln außer Kraft setzen bzw. umkehren, was die praktische Anwendung sehr komplex werden lässt.

Eindeutig zu kurz bemessen war der vorgegebene Zeitrahmen bis zur verbindlichen Anwendung. Nach der Veröffentlichung der Speziellen Kodierrichtlinien Mitte September 2001 betrug die Vorbereitungszeit bis zur verbindlichen Anwendung am 1. Januar 2002 lediglich dreieinhalb Monate. Für einen derart knappen Zeitrahmen findet sich auch im internationalen Vergleich keine Parallele.

Aus anderen Ländern werden „Lernzeiten“ der Kodierpraxis von 4 bis 6 Jahren beschrieben.<sup>6)7)</sup> Problematisch hierbei ist, dass bereits aus den ab 1. Januar 2002 kodierten Daten weit reichende Konsequenzen erwachsen, so die (falsche) Darstellung des Leistungsspektrums des einzelnen Krankenhauses und die geschilderten Auswirkungen auf die Kostenkalkulation. Die unbefriedigende Qualität der deutschen Erstkalkulation ist sehr stark durch die Problematik einer unzureichenden Kodierqualität bedingt. Weiterhin ist davon auch die Datenlieferung nach § 21 KHEntgG betroffen, die, wenn sie suboptimal kodierte Daten enthält, zu einer verfälschten Darstellung des Leistungsrückes des Krankenhauses führt.

Mit der bloßen Beschaffung und Verteilung des Kodierregelwerks im Krankenhaus ist es nicht getan. Schon der Umfang der DKR von 250 Seiten schreckt wahrscheinlich eher ab, als dass er zur Lektüre anregt. Die Regeln sollten daher zunächst auf die für alle Bereiche relevanten Richtlinien komprimiert werden wie:

- die Definition von Haupt- und Nebendiagnose,
- Reihenfolgeangaben bei der Diagnosekodierung (zum Beispiel bei Angina pectoris, Verletzungen, Gastritis, Ulkus etc.),
- die Kreuz-Stern-Systematik,
- die Malignomkodierung,
- die Diabeteskodierung,
- Grundzüge der Prozedurenkodierung.

Diese wichtigsten, allgemeinen Regeln lassen sich auf etwa 10 Seiten zusammenfassen und bilden so das Grundgerüst für die Anwendung der DKR. In einem zweiten Schritt können sie dann ergänzt werden um die fach-

abteilungsspezifischen Regeln. Als sehr hilfreich hat sich die Visualisierung komplexer Kodierrichtlinien in Form von Fluss-Schemata erwiesen sowie deren medizinische Kommentierung und Darstellung anhand konkreter Fallbeispiele (siehe auch <sup>5)</sup>). Abbildung 1 zeigt beispielhaft für die Visualisierung einer Kodierregel die Kodierung von Neubildungen. Das Schema ermöglicht eine schnelle Orientierung über diese Regel und eine sichere Zuordnung der klinischen Situation zu der jeweils richtigen Kodierung.

Auch für die Visualisierung von Kodierrichtlinien sind natürlich Schulungen notwendig, sinnvoll ist die Erarbeitung an klinischen Fallbeispielen. Werden die komprimierten Kodierrichtlinien mit verlinkten Fluss-Schemata ins Intranet gestellt, können sie als Informationen auch außerhalb der Abteilungsschulungen im Krankenhaus jederzeit und schnell zur Verfügung stehen.

### Vom quantitativen zum qualitativen Berichtswesen

In vielen Krankenhäusern ist bereits ein Berichtswesen zur Analyse der medizinischen Dokumentation etabliert, mit dabei bislang im Vordergrund stehenden quantitativen Kennzahlen<sup>1)</sup> wie:

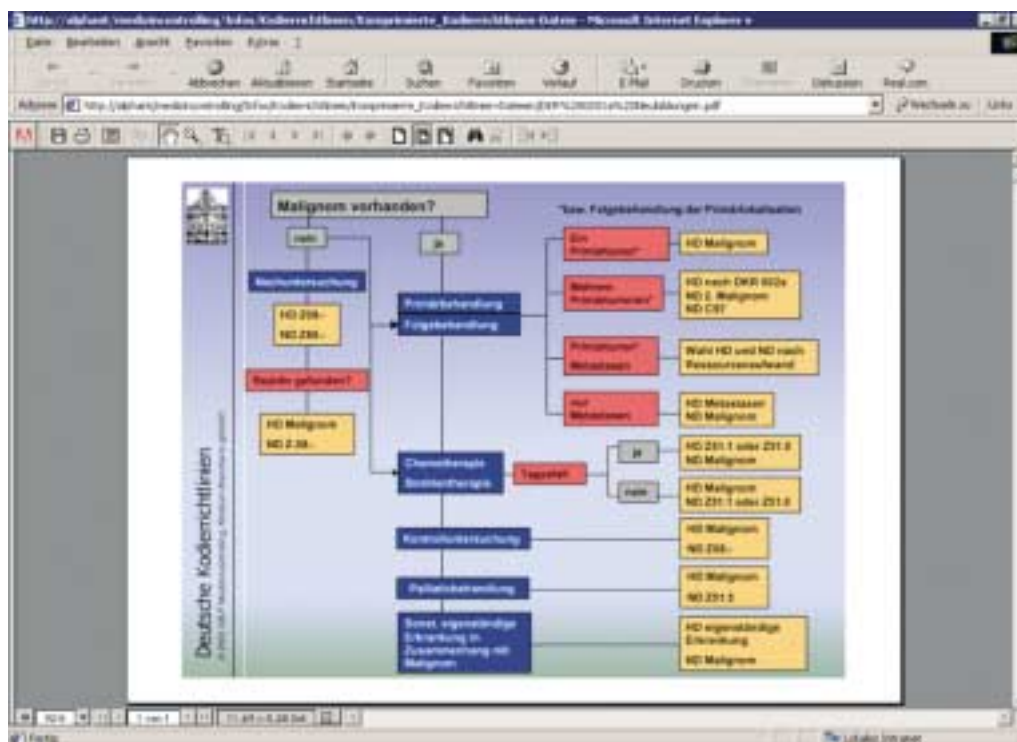
- Anzahl der Nebendiagnosen pro Fall,
- Anteil der relevanten Nebendiagnosen,
- Anzahl der Prozeduren pro Fall,
- Fälle ohne Prozeduren etc.

Als Parameter, um bedingte Aussagen zur Qualität der kodierten Daten machen zu können, kommen in Frage:

- die Vollständigkeit der Dokumentation (zum Beispiel fehlende Entlassdiagnosen),

- der Anteil unspezifischer Codes (8 oder 9 an 4. Stelle oder der Diagnosetext enthält die Begriffe „sonstige...“ oder „nicht näher bezeichnet...“),
- der Anteil unspezifischer Prozeduren,
- Diagnosen- und Prozedurenhitlisten,
- PCCL-Analysen etc.

Abbildung 1: Flussdiagramm der Kodierrichtlinie „Neubildungen“



Große Bedeutung kommt verstärkt krankenhauserinneren qualitativen Auswertungen hinsichtlich der Einhaltung konkreter Kodierrichtlinien zu. Hierzu wurde am Universitätsklinikum Mannheim ein Verfahren erarbeitet, um die Anwendung der Kodierrichtlinien zu überprüfen. Nach der Evaluation von Verfahren und Regeln, die

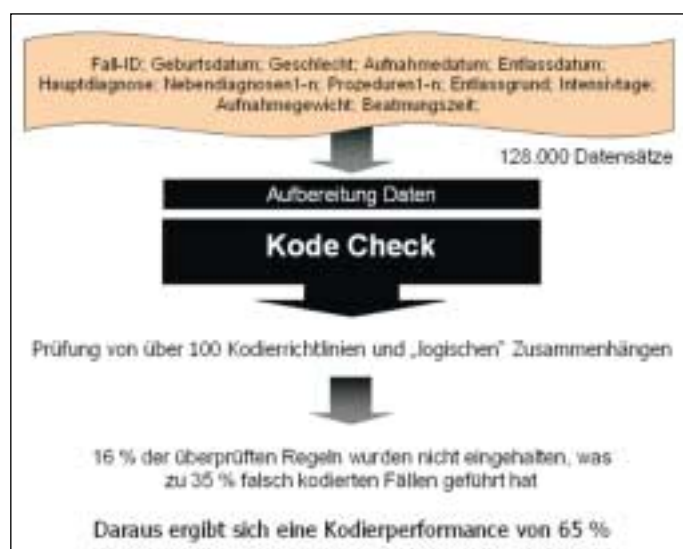
sich international bereits im Einsatz befinden, wurden Analyseroutinen entwickelt, mit denen in elektronischer Form vorliegende Daten für die Gruppierung (zum Beispiel 3M- oder IMC-DRG-Datensatz) auf bestimmte logische Abhängigkeiten geprüft werden können.

Insgesamt lassen sich zurzeit über 100 Prüfungen von Kodierrichtlinien sowie logische Prüfungen durchführen. Diese sind hinsichtlich der Wertigkeit weiterhin zu differenzieren. Während 75 Prozent der Prüfroutinen auf offensichtliche Fehler bei der Anwendung der Kodierrichtlinien hinweisen, zeigen 25 Prozent der Parameter (weiche Regeln) mögliche Kodierprobleme an, die im Einzelfall jedoch auch korrekt sein können.

In einer Analyse von 128 000 Datensätzen unterschiedlicher Krankenhäuser des ersten Halbjahres 2002 konnte bei 61 400 Datensätzen mindestens eine Regelprüfung vorgenommen werden, wodurch 21 900 auffällige Datensätze festgestellt wurden. Die Kodierperformance (das Verhältnis richtig kodierter Datensätze zu überprüften Datensätzen) lag damit bei 65 Prozent mit einer Streuung von 47 bis 69 Prozent. Das bedeutet: In der Regel gab es bei über einem Drittel der geprüften Fälle Kodierauffälligkeiten. Das Verhältnis von prüfbaren Regeln zu auffälligen Regeln betrug 16 Prozent.

Zu beachten ist allerdings, dass in der Überprüfung auch die erwähnten „weichen“ Regeln enthalten sind, etwa der Anteil unspezifischer Schlüssel aus Kapitel 4 des ICD-10 (Endokrinologie). Lässt man dies außer Acht, reduziert sich die Summe von 158 000 geprüften Regeln zwar auf 68 400; der Anteil auffälliger Regeln bleibt mit 14 Prozent allerdings fast gleich. Dies zeigt, dass zumindest der Anteil unspezifischer Codes in Kapitel 4 des ICD-10 ein recht

**Abbildung 2: Ablaufschema zur Überprüfung der Kodierrichtlinien**



zuverlässiger Surrogatparameter der realen Kodierqualität ist. Zusammenfassend lässt sich festhalten: 16 Prozent der überprüften Regeln wurden nicht korrekt angewendet, was bei 35 Prozent der prüfbaren Fälle zu auffälliger oder falscher Kodierung geführt hat (Abbildung 2). ▶

## Unsere Firmenphilosophie

- Bauen mit der Technologie des 21. Jahrhunderts
- Höchster Qualitätsanspruch
- Hoher Wertleistungsgrad

- ... OP-Zentren
- ... Röntgenräume/Abteilungen
- ... Bettenstationen
- ... Pflege- und Altenheim
- ... Anreizsysteme
- ... CT/MR Gebäude

- ... Angiographie
- ... Physiotherapie
- ... Dialysestationen
- ... Laborgebäude
- ... Schließlabore
- ... Reizräume

**GRINBOLD**  
 modernste  
 schlüsselfertige Klinikbauten

Grinbold GmbH & Co.  
 Amendinger Straße 4-10  
 89561 Dischingen-Eggingen

Telefon 073271 9606-0  
 Telefax 073271 9606 150

www.grinbold.de  
 info@grinbold.de

...kaufen  
 ...mieten  
 ...leasen

## IHREN DUDEN SCHREIBEN SIE DOCH AUCH NICHT SELBST.

*A wie Ausschreibung*

Spezialisiert auf die Radiologie seit 17 Jahren - über 300 Projekte an 86 Standorten der BRD- projektieren wir für Sie zuverlässig bei Ausschreibung, Planung, Beschaffung und erstellen für Sie Gesamtkonzepte. Unsere Erfahrung und unser gesamtes Know How stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Wir bieten Ihnen vielfach eingesetzte und ausgereifte Werkzeuge für die Beschaffung Ihrer Radiologie. Wählen Sie einfach zwischen verschiedenen Versionen, abgestimmt auf Ihre spezifischen Bedürfnisse und schon kann es losgehen.

Sie sparen Zeit und Geld durch professionelle und sichere Handhabung Ihrer Sachfragen.

**ERHARD J. TRAUTNER**  
 SACHVERSTÄNDIGER FÜR "BILDGEBENDE RÖNTGENVERFAHREN"  
 ÖFFENTLICH BESTELLT UND VEREIDIGT IHK MÜNCHEN UND OBERBAYERN

Harderstraße 14 · D-85049 Ingolstadt  
 Telefon 08 41-3 31 61 sowie 08 41-3 31 62 · Telefax 08 41-3 43 19  
 email: info@sv-trautner.de · www.sv-trautner.de

Als in der praktischen Anwendung am häufigsten problematisch wurden durch die vorgenommene Analyse folgende Kodierrichtlinien identifiziert:

DKR	geprüfte Regel	Anteil <sup>*)</sup>
0901a	Angina pectoris als Nebendiagnose mit der Hauptdiagnose koronare Herzerkrankung	47%
1507a	Geburten ohne Angabe des Resultats der Entbindung (Z38.ff)	38%
0201a	Kodierung von Metastasen ohne Kodierung des Primärtumors	10%
0211a	Kodierung eines Chemotherapie-Tagesfalls ohne Tumor – Nebendiagnose	10%
0211a	Kodierung des Tumors als Hauptdiagnose und Chemotherapie als Nebendiagnose bei Tagesfällen	9%
1506a	Kodierung der normalen Geburt mit einem weiteren Kode aus dem Kapitel 15 des ICD-10	61%

\*) Prozentualer Anteil von auffälligen zu geprüften Regeln

Auf Grund der in dem Mannheimer Pilot-Projekt gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen erscheint es wichtig, dass das Krankenhausmanagement neben der kontinuierlichen Kontrolle der Kodierqualität auch die organisatorischen Voraussetzungen für das Erreichen einer möglichst hohen Kodierqualität schafft. Nötig sind Instrumente wie die

- Kopplung der Abteilungsbudgets an die Kodierqualität,
- Einbeziehung von DRG-bezogenen Kennzahlen in das Wirtschaftlichkeitsgebot der Dienstverträge von leitenden Ärzten,
- Entwicklung von finanziellen Anreizen für die nachgeordneten Ärzte (Prämien, Poolbeteiligung, Weiterbildungsfinanzierung etc.),
- Aufnahme der internen Kodierrichtlinien in das Qualitätsmanagement (zum Beispiel durch Veröffentlichung über das Intranet).

Insgesamt hat sich deutlich gezeigt, dass die DRG-Einführung zumindest hinsichtlich der Datenqualität noch auf sehr „wackeligen“ Beinen steht. Die sich derzeit abzeichnenden Rahmenbedingungen – zunehmender Ärztemangel und meist starke Überlastung der betroffenen Berufsgruppen – sollten dazu führen, den „Belohnungsmechanismen“ Vorrang vor irgendwelchen „Bestrafungsmechanismen“ zu geben. Es geht darum, Vorschläge zu entwickeln, die als Modelle dienen können, wobei zu beachten ist, dass es sich bei der Kodierqualität nicht um eine primär medizinische Fragestellung handelt, sondern im Zeitalter der DRGs vielmehr um ein Problem, das von elementarer betriebswirtschaftlicher Bedeutung für die Krankenhäuser sein wird.

## Literatur

- 1) Metzger, F.; Königer, H.: Anforderungen an das Berichtswesen im Zeitalter von DRGs, das Krankenhaus 3/2002, Seite 203 ff.
- 2) Königer, H.; Metzger, F.; Harder, K.; Daehler, T.; Koch, C.; Ehreiser, G.; Weber, T.: Controlling mit Excel im Gesundheitswesen, Deichmann + Fuchs Verlag, Aichach, 2002
- 3) Königer, H.: Studie zum Handlungsbedarf in den Krankenhäusern durch die Einführung der DRGs (im Jahr 2000 durchgeführt im Auftrag der DKG)
- 4) Zaiß, A. (Hrsg.); Busse, B.; Dreizehnter, D.; Hanser, S.; Metzger, F.; Rathgeber, A.: DRG – Verschlüsseln leicht gemacht, Deutscher Ärzteverlag 2002
- 5) Carter, G. M.; Newhouse, J.P.; Relles, D.: How much change in the case mix index is DRG creep? J Health Econ 9/1990, Seite 411 ff.
- 6) Goldfarb, M. G.; Coffey, R. M.: Change in the Medicare Case-Mix Index in the 1980s and the Effect of the Prospective Payment System. Health Services Research 8/1992, Seite 408

Anschriften der Verfasser:  
 Hubert Königer, MediClin GmbH,  
 Okenstraße 27, 77652 Offenburg/  
 Dr. Franz Metzger,  
 GB-F Medizincontrolling im  
 Universitätsklinikum Mannheim,  
 Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim ■

Zu finden auf der DKG-Webseite [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de), (Zeitschrift „das Krankenhaus“) und der Webseite [www.daskrankenhaus.de](http://www.daskrankenhaus.de) (W. Kohlhammer GmbH)

# „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)“

**Patricia Schilz/Dr. Michael Schmidt**  
**Das Optionsmodell 2003**

**Dr. Bernhard Rochell/PD Dr. Norbert Roeder**  
**DRG-Optionsstart 2003 – Die Checkliste**