

Köln, den 18.09.2003  
Rb  
Az.: 434.080

**Stellungnahme  
der  
Bundesärztekammer  
gemäß  
§ 17 b Absatz 2 Satz 3 KHG  
zur**

**Revision der deutschen Kodierrichtlinien  
für das Jahr 2004**

**der/des  
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)  
Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV)  
Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV)**

## **Gegenstand der Stellungnahme**

Mit Schreiben vom 05.09.2003 hat das Institut für das Entgeltsystem in Krankenhaus (InEK gGmbH, Siegburg) die Bundesärztekammer und den Deutschen Pflegerat zugleich im Namen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemäß § 17 b Absatz 2 Satz 3 KHG um eine Stellungnahme zu der als Anhang dieses Schreibens als Entwurffassung übersandten Revision der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2004 (DKR 2004) gebeten. Die Bundesärztekammer, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutsche Pflegerat waren nicht in die Erstellung der Revisionsfassung der Deutschen Kodierrichtlinien 2004 involviert.

## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer nimmt in Zusammenarbeit mit der AWMF und unter Abstimmung mit dem Deutschen Pflegerat zur Revision der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2004 wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer erkennt an, dass sich die Revision der DKR für das Jahr 2004 infolge der bestehenden Zusammenhänge mit dem erneut unter den Bedingungen einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) nach § 17 b Abs. 7 Satz 1 KHG anzupassenden G-DRG-System, aber auch wegen der umfangreicheren Überarbeitung der ICD-10-GM 2004 sowie des OPS-301 Version 2004 abermals im Wesentlichen mit den im Zuge der Anpassung an die G-DRG Version 2004, der Umstellung der o. g. Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen erforderlichen Modifikationen sowie einer weiteren Bereinigung redaktioneller und inhaltlicher Fehler befasst. Die sich daraus zum Teil ergebenden Vereinfachungen und Vereinheitlichungen wie z. B. in der Onkologie werden begrüßt. Ungeachtet dessen steht die seit der im Jahr 2001 unter enger Orientierung an den Australian Coding Standards erfolgten erstmaligen Festlegung der DKR erforderliche durchgreifende Überprüfung und Überarbeitung insbesondere der speziellen Kodierrichtlinien weiterhin aus.

Die Ständige Fachkommission DRG von Bundesärztekammer und AWMF, welche sich in ihrer Sitzung am 10.09.2003 in Köln mit dem Entwurf der DKR 2004 befasst hat, hat zunächst allgemein den Bedarf einer grundlegenden Vereinfachung, Klarstellung und anwenderfreundlicheren Gestaltung der DKR durch

- Abbau spezieller Regelungen zu Gunsten einfacher zu handhabender allgemeiner Regelungen
- weitestmögliche Bereinigung der DKR um zu Missverständnissen führende Ausnahmeregelungen, welche im Widerspruch zu den Binnenregelungen der ICD-10-GM 2004-bzw. der OPS-301-Dokumentation oder zu anderen DKR stehen
- Streichung von Regelungen, welche redundant zu bereits anderenorts vorhandenen Regelungen oder Zuordnungsvorschriften sind
- Anpassung der in verschiedenen Bereichen nicht mehr den aktuellen Standards bzw. Leitlinien entsprechenden Vorgaben der DKR an den heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft
- Entfernung von Regelungen zu in Deutschland kaum relevanten Krankheitsbildern oder Gesundheitszuständen
- Ergänzung um Regelungen zur Standardisierung der Routedokumentation in bisher noch nicht ausreichend von den DKR erfassten Fachbereichen

- Verbesserung der Hervorhebung von für mehrere Fachbereiche überlappend relevanten speziellen Kodierrichtlinien geäußert. Des Weiteren sollten die DKR künftig auch stärker auf aufwandsträchtige pflegerelevante Diagnosen und Leistungen eingehen.

Bundesärztekammer und AWMF haben befunden, dass es angesichts der erneut äußerst knappen Fristen weder sinnvoll machbar, noch für die Beteiligten zumutbar erscheint, diese Anpassungen noch im Rahmen der DKR-Revision für das Jahr 2004 durchzuführen. Stattdessen werden Bundesärztekammer, AWMF und der Deutsche Pflegerat ihre Anpassungsvorschläge im Rahmen ihrer ab 01.01.2004 gemäß § 17 b Abs. 2 Satz 4 und 5 KHG erweiterten Einflussnahmemöglichkeiten frühzeitig in den DKR-Revisionsprozess für das Jahr 2005 einbringen.

Deutliche Kritik muss zum Umgang mit den folgenden Problemfeldern geäußert werden, deren Lösung im Hinblick auf die ab 2005 geplante DRG-Konvergenzphase immer dringlicher werdendere Lösung trotz seit 2001 wiederholter Kritik auch im Rahmen der zweiten DKR-Revision noch nicht wirksam angegangen wurde:

### **Unzureichende Würdigung des besonderen Aufwandes von Komplexfällen durch die Definition der Hauptdiagnose (DKR D002c)**

Während die grundsätzliche Übernahme der australischen Hauptdiagnosendefinition zwar als folgerichtig angesehen werden kann, erscheint ihre uneingeschränkte Anwendung jedoch problematisch. Dies hat seinen Grund darin, dass Komplexfälle mit zwei oder mehreren voneinander unabhängig während desselben Krankenhausaufenthaltes mit jeweils sehr großem Aufwand zu behandelnden „Hauptdiagnosen“ in der G-DRG-Version 1.0 vielfach nicht aufwandsgerecht abgebildet werden. Diese Fälle fallen weniger durch ihre Häufigkeit, dafür aber umso mehr aufgrund ihres in der Regel hohen ökonomischen Aufwandes, insbesondere bei Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen, ins Gewicht. Deshalb ist eine Modifikation der Kodierrichtlinie D002c für die Festlegung der Hauptdiagnose – z.B. durch die Schaffung der Möglichkeit einer besonderen Kennzeichnung und nötigenfalls episodenzugehörigen Abrechnung solcher besonders aufwändiger Fälle noch bis zum Ende der budgetneutralen DRG-Einführungsphase dringend erforderlich. Die Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 KHG hatten bereits in der Anlage 2 ihrer „Vereinbarung zu den deutschen Kodierrichtlinien Version 2002 für das G-DRG-System gemäß § 17 b KHG“ vom 04.09.2001 vereinbart, die australische Definition der Hauptdiagnose zu übernehmen. Sie hatten sich in Kenntnis dieser Problematik aber ausbedungen, entsprechende Komplexfälle im Rahmen der Kalkulation und Pflege des Systems gesondert zu analysieren und erforderlichenfalls für solche Fälle angemessene Regelungen „im Sinne einer leistungsgerechten Vergütung“ zu vereinbaren. Die diesbezüglich in die im Jahr 2003 gültige DKR D002b aufgenommene Anmerkung 1 wurde bisher ebenso noch nicht, z. B. im Rahmen einer Studie, mit Leben erfüllt. Die Lösung dieser Problematik muss frühzeitig auf der Grundlage aussagekräftiger empirischer Daten angegangen werden, damit eine in dieser Angelegenheit modifizierte Hauptdiagnosenregelung zeitgerecht mit Wirkung ab 01.01.2004 bzw. spätestens bis 01.01.2005 umgesetzt werden kann. Die Lösung dieser Frage ist nicht nur für die o.g. Komplexfälle relevant, sondern wird auch von großer Bedeutung für die notwendige Modifikation der Abrechnungsbestimmungen für Verlegungsfälle sein. Wesentlich erscheint in diesem Zusammenhang auch die differenzierte Analyse der Fehler-DRGs. Sollte das Problem bis zur ab 2005 geplanten Konvergenzphase nicht gelöst werden, würde die Bewertung insbesondere multidisziplinär zu behandelnder Komplexfälle durch die Kodierrichtlinie D002c zum systematischen Nachteil der betroffenen Krankenhäuser formal auf die im Punkt der Hauptdiagnosenfestlegung eindimensionale Gewichtung des G-DRG-Systems reduziert. Zur Vermeidung dieses Nachteils wäre alternativ zu einer auf der gegenwärtigen Basis nicht

sachgerecht möglichen G-DRG-gebundenen Differenzierung und Vergütung dieser in der Regel durch die Trias hoher Kosten, hoher Verweildauern und einer Vielzahl behandlungsrelevanter Diagnosen und Prozeduren ausgezeichneten Fälle eine gesonderte Finanzierungsregelung erforderlich.

### **Drohende Inflationierung der Nebendiagnosendokumentation durch eine zu unscharfe Abgrenzung der Kodierrichtlinie D003b**

In mehr als der Hälfte der Fallgruppen des G-DRG-Systems 2004 (Referentenentwurf der KFPV 2004) kann sich die Art und die Anzahl der kodierten Nebendiagnosen entscheidend auf die Fall-Zuordnung zu den Fallpauschalen und damit unmittelbar auf die Höhe des abzurechnenden Entgelts auswirken. Damit besteht im Interesse einer leistungsgerechten und eindeutigen Abrechnung von Krankenhausleistungen gegenüber den Kostenträgern sowie im Interesse der Vergütungsgerechtigkeit der Krankenhäuser untereinander die Notwendigkeit einer klaren und unmissverständlichen Regelung für die Definition und Kodierung DRG- bzw. abrechnungsrelevanter Nebendiagnosen. Die Kodierrichtlinie D003b geht in nachvollziehbarer Weise davon aus, dass die Kodierung einer Nebendiagnose die Erbringung einer diesbezüglichen therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme oder einen dadurch bedingten erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand voraussetzt. Der sich auf dieser Grundlage allerdings öffnende erhebliche Ermessungsspielraum wurde in der bis Ende 2002 gültigen Kodierrichtlinie D003a durch den Hinweis „Ein oder mehrere der o.g. Faktoren werden üblicherweise eine verlängerte Dauer des stationären Aufenthaltes zur Folge haben.“ noch eingeschränkt. Dieser Hinweis wurde jedoch im Rahmen der Revision der DKR für das Jahr 2003 ersatzlos gestrichen. Diese Modifikation hat zwar den Vorteil einer in der Sache notwendigen Klarstellung, dass die Behandlung von Nebendiagnosen grundsätzlich auch unabhängig von einer Verweildauerverlängerung ökonomisch relevant werden kann. Die durch die Streichung des Hinweises vorgenommene Klarstellung ist allerdings nicht unproblematisch: Hierdurch wird gleichzeitig ermöglicht, die Ermessensspielräume für die Kodierung von Nebendiagnosen im Interesse einer Steigerung der Vergütung möglichst weit auszuschöpfen. Wenn durch die Kodierrichtlinien keinerlei Maßstäbe dafür vorgegeben werden, ab welcher Grenze eine therapeutische oder diagnostische Maßnahme oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand tatsächlich G-DRG-relevant ist, wird jede Minimalmaßnahme die Kodierung der entsprechenden Nebendiagnose ermöglichen. Dies kann und wird nicht zuletzt auch aufgrund des Wettbewerbsdrucks der Konvergenzphase auf die Krankenhäuser dazu führen, dass kurzfristig eine Inflationierung der Diagnosenkodierung eintritt, welche in erster Linie erlösmotiviert wäre. Dieser Effekt kann die PCCL-Schweregradsystematik des G-DRG-Systems schnell ad absurdum führen und zu einer erneuten Kompression der Kostengewichte aufwändiger G-DRG-Fallgruppen führen: Durch eine Inflationierung der Nebendiagnosenkodierung wird die Abrechnung von G-DRG-Fallpauschalen für höhere Schweregrade zu Lasten der G-DRGs für Standardfälle deutlich zunehmen. Dies kann zunächst für Kostenträger zu einem ungerechtfertigten Liquiditätsproblem werden. Bei der weiteren Pflege des G-DRG-Systems würden Nebendiagnosen, die auf Grund der Erweiterung der Ermessensspielräume der Kodierrichtlinie D003b "jeder hat", jedoch zwangsläufig entwertet. Dies würde dazu führen, dass das G-DRG-System von Jahr zu Jahr mehr unsachgemäß entdifferenziert würde und ökonomisch notwendige Schweregradunterscheidungen künftig nicht mehr via PCCL vornehmen könnte. Die Folgen würden insbesondere Krankenhäuser der höheren Versorgungsstufen ungerechtfertigt benachteiligen. Eine Behebung des Problems kann nur durch eine eindeutige auch quantitative Klarstellung des Begriffs der "DRG-relevanten" und damit kodierrelevanten Nebendiagnose erzielt werden. Diese muss sicher stellen, dass lediglich Nebendiagnosen, welche einen klar definierten zusätzlichen Mindestaufwand oder eine Verlängerung der Verweildauer auslösen, Berücksichtigung finden können. Eine solche bereits

im Vorjahr geforderte Klarstellung der DKR D003b hätte zur Folge, dass Nebendiagnosen im DRG-System tatsächlich auch nur dann abrechnungsrelevant werden, wenn sie oberhalb einer definierten Kostengrenze auch tatsächlich einen signifikanten ökonomischen Mehraufwand bedeuten.

### **Präzisierung der Kodierung von Verdachtsdiagnosen**

Trotz der diesbezüglichen Kodierrichtlinie D008b besteht ein hohes Risiko einer missverständlichen Interpretation und Umsetzung der Dokumentation von Verdachtsdiagnosen. Weil die ICD-10-SGBV 2.0 keine Möglichkeit zur eindeutigen Kennzeichnung von Verdachtsdiagnosen einräumt, kann anhand der DKR D008b lediglich darüber entschieden werden, ob das der jeweiligen Verdachtsdiagnose zu Grunde liegende Symptom oder unter der Voraussetzung der Durchführung einer hinsichtlich des Aufwandes nicht näher quantifizierten Therapie die vermutete Diagnose selbst zu dokumentieren und zur Abrechnung zu bringen ist. Die hieraus entstehenden Unschärfen bergen ein erhebliches Konfliktpotenzial in sich. Eine eindeutige Regelung des Sachverhaltes wäre nur auf Basis einer im Rahmen der Revision der ICD-10-SGB-V durch das DIMDI für 2004 nicht vorgesehenen Wiedereinführung der Zusatzkennzeichen der ICD 10-SGB V Version 1.3 für die Diagnosensicherheit im stationären Sektor möglich. Ein kurzfristiger Klarstellungsbedarf besteht in diesem Zusammenhang auch hinsichtlich der Kodierung von Ausschlussdiagnosen und der Kodierung von Diagnosen, bei denen zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht sämtliche relevante Informationen vorliegen (z. B. noch ausstehende histologische Befunde).

### **Unvollständiger Ausschluss von für die sachgerechte Leistungsdokumentation nicht notwendigen unspezifischen OPS-301 Codes aus der DRG-relevanten Entlassungsdokumentation**

Der ebenfalls schon in vergangenen Stellungnahmen angesprochene Forderung von Bundesärztekammer und AWMF nach der Streichung nicht notwendiger unspezifischer OPS-Kodes wurde im Rahmen der diesjährigen Revision zur OPS-301 Version 2004 durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfreulicherweise zum Teil Rechnung getragen. Damit die noch in der OPS-301 Version 2004 verbliebenen unspezifischen OPS-Codes, welche in andere DRG-Fallgruppen führen können als ein entsprechender spezifischer OPS-Kode, die Praxis nicht mit unnötigen Abrechnungskonflikten belasten, sollte folgende Kodierrichtlinie aufgenommen werden:

„Sofern eine erbrachte Leistung innerhalb der diesbezüglichen OPS-Kategorie durch einen spezifischen OPS-Code oder durch den unspezifischen OPS-Code „sonstige Prozedur“ (näher bezeichnet) dargestellt werden kann, darf ein dort ggf. ebenso vorhandener unspezifischer OPS-Code „Prozedur, nicht näher bezeichnet“ nicht zur Kodierung der Leistung benutzt werden.“

Bundesärztekammer, AWMF und Deutscher Pflegerat stehen den Vertragsparteien für die weitere Diskussion ihrer Kritikpunkte und die gemeinsame Entwicklung von Lösungen zur Verfügung.