

Kodierartefakte und Meldefehler – Apokalyptische Reiter im DRG-Datenmeer

Lorenz Leitritz^{1*}, Volker Fingerle¹

¹ Max von Pettenkofer-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München, Pettenkoferstr. 9a, 80336 München

* Korrespondierender Autor: Dr. L. Leitritz
Max von Pettenkofer-Institut
Ludwig-Maximilians-Universität München
Pettenkoferstr. 9a
80336 München
e-mail: lorenz.leitritz@mvp.med.uni-muenchen.de
Tel: ++49-(0)89-5160-5428
Fax: ++49-(0)89-5160-4757

Schlüsselwörter: Cholera, Deutschland, DRG, ICD-10, IfSG, Kodierung, Pest, Pocken, Polio, Meldepflicht

Einführung

Am 18.05.2004 hat das InEK ergänzende Daten für 2002 auf seiner Homepage zur Verfügung gestellt [1]. Insbesondere wurden übermittelte Fallzahlen für Vollstationäre Fälle geordnet nach Hauptdiagnosen (ICD-10, 3-Steller) angegeben. Grundlage des DRG-Systems auch bei Infektionserkrankungen ist die Kodierung der Erkrankung nach ICD-10. Die Kodierung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt dabei in der Verantwortung des behandelnden Arztes; die Festlegung der Hauptdiagnose liegt in der Verantwortung des entlassenden Arztes [2].

Seit dem 01.01.2001 ist das Infektionsschutzgesetz – IfSG vollständig in Kraft [3]. Ärzte und Laboratorien sind verpflichtet bestimmte Infektionserkrankungen zu melden (s. Tabelle 1 und 2 Spalte Meldepflicht). Das Robert-Koch-Institut (RKI) veröffentlicht regelmäßig Daten zu meldepflichtigen Infektionserkrankungen [4, 5, 6]. Des weiteren gibt das RKI Falldefinitionen einschließlich zutreffender ICD-10 Codes heraus [7].

Wir haben auszugsweise für einige Infektionserkrankungen die Anzahl der DRG kodierten Hauptdiagnosen [1] der Statistik des RKI [4] gegenübergestellt und sind dabei auf erhebliche Divergenzen zwischen den „abgerechneten“ Fällen des InEK und der offiziellen Statistik des RKI gestoßen.

Im folgenden stellen wir diese Divergenzen kurz vor, und geben Erklärungsmöglichkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten z.B. für die Kodiersoftware.

Ergebnisse und Diskussion

In Tabelle 1 sind höchst kontagiöse Infektionserkrankungen dargestellt, die in Deutschland die letzten Jahrzehnte über selten bis nie aufgetreten sind.

- Erstaunlicherweise wurden nach den Daten des InEK im Jahr 2002 (s. Tabelle 1) Pockenfälle (seit 1980 weltweit ausgerottet [8]), Pestfälle (letztes Auftreten der Pest in Mitteleuropa: 1716 Wien), Cholerafälle und 40 (!) Poliofälle in deutschen Krankenhäusern behandelt.

Die absoluten Fallzahlen mögen gering erscheinen, bei der Tragweite gerade dieser Infektionserkrankungen für die betroffenen Patienten, die behandelnden Ärzte und die Bevölkerung – nicht nur Deutschlands, sondern der Welt [9, 10, 11, 12] mit z.B. Reisebeschränkungen, Quarantänepflicht, Meldepflicht an die WHO binnen Stunden – ist aber eine solche Kodierung als Hauptdiagnose schlicht ein Unding.

Wir halten alle diese 77 Fälle für katastrophale Fehlkodierungen, die anscheinend weder durch die Kodiersoftware, das Medizincontrolling, die Krankenkassen, noch das InEK abgefangen wurden.

- Bei den vier folgenden Erkrankungen Diphtherie, Anthrax, Tularämie und Tollwut ist durchaus daran zu denken, dass diese Fälle real waren. Es bleibt jedoch offen, warum diese Fälle nicht gemeldet wurden.

In Tabelle 2 sind weitere meldepflichtige Infektionserkrankungen mit Divergenzen zu den gemeldeten Fallzahlen dargestellt.

- Für die Echinokokkose und Brucellose erscheint die Diskrepanz durch den oft chronischen Erkrankungsverlauf – auch unter Therapie – und somit wiederholte stationäre Behandlungen erklärbar.
- Bei der Tuberkulose ist selbst unter der Annahme einer Weiterverlegung und somit „Mehrfacherfassung“ auf Fallebene die Diskrepanz groß. Dies deutet entweder auf eine zu

niedrige Melderate hin oder würde ein Versagen der Therapie anzeigen, welches in diesem Maß jedoch äußerst unglaubwürdig erscheint.

- Auf ungenügende Meldung deuten die Diskrepanzen bei akuter Hepatitis B und Meningokokkeninfektionen hin, die beide bereits im Verdachtsfall vom behandelnden Arzt meldepflichtig sind.
- Die Diskrepanz zwischen vom Labor gemeldeten Malariafällen und behandelten Malariafällen ist schwer verständlich, da chronische / rezidivierende Verläufe eher die Ausnahme denn die Regel sind.
- Die 73.500% Mehrbehandlung von Rückfallfieber im Gegensatz zur Meldung scheint jeder Grundlage zu entbehren. Rückfallfieber tritt in Deutschland praktisch nur als importierte Erkrankung auf [13], und führt i. d. R. nicht zu chronischen Verläufen, die wiederholte stationäre Aufnahmen bedingen würden.

Zusammenfassung

Im Jahr 2002 wurden 18.012.109 Fälle beim InEK als Datengrundlage aus 1.773 von 2.240 Krankenhäusern registriert [1]. Es sind somit nicht alle Krankenhausfälle erfasst. Auch beinhalten die Zahlen des InEK im Gegensatz zur Statistik des RKI keine ambulanten Fälle. Auch wenn für 2002 Doppelzählungen bei InEK durch Verlegung möglicherweise nicht ausgeschlossen sind, sind die gefundenen Diskrepanzen hierdurch kaum erklärbar.

Wenn auch die „absolute Fehlerrate“ gering erscheinen mag, sind die hier dargestellten Diskrepanzen bei diesen Infektionserkrankungen keinesfalls akzeptabel.

Für höchst infektiöse Erkrankungen muss ein Filtermechanismus am besten auf Eingabeebene etabliert werden, der solche Diagnosen abfängt, bzw. zumindest der Prüfung anheim stellt. Zusätzlich wünschenswert wäre eine unmittelbare Rückmeldung an den Kodierenden, dass eine Meldepflicht besteht.

Auch das InEK muss sich fragen lassen, ob es solche höchst sensiblen Daten ohne vorhergehende Einzelfallprüfung überhaupt veröffentlichen kann, gerade wenn diese in eklatantem Widerspruch zu offiziellen Statistiken des RKI bzw. der WHO stehen. Eine Liste der in jedem Einzelfall minimal zu überprüfenden Diagnosen (als Haupt- oder Nebendiagnose) findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Höchst kontagiöse Infektionserkrankungen, Gegenüberstellung der Daten des RKI und InEK für das Jahr 2002

Hauptdiagnose Text	ICD-10	RKI	InEK	Delta	Delta	Meldpflicht	
		Statistik [N]	Hauptdiagnose [N]	[N]	[% RKI]	Arzt	Labor
Pocken	B03	k.a.	2	-2	n.b.	X	X
Pest	A20	0	15	-15	n.b.	X	X
Cholera	A00	0	20	-20	n.b.	X	X
Akute Poliomyelitis [Spinale Kinderlähmung]	A80	0	40	-40	n.b.	X	X
Diphtherie	A36	1	10	-9	900%	X	X
Anthrax [Milzbrand]	A22	0	4	-4	n.b.	X	X
Tularämie [Hasenpest]	A21	5	15	-10	200%	X	X
Tollwut [Rabies]	A82	0	4	-4	n.b.	X	X

Tabelle 2: Weitere Infektionserkrankungen, Gegenüberstellung der Daten des RKI und InEK für das Jahr 2002

Hauptdiagnose Text	ICD-10	RKI	InEK	Delta	Delta	Meldpflicht	
		Statistik [N]	Hauptdiagnose [N]	[N]	[% RKI]	Arzt	Labor
Tuberkulose	A15-19	7.702	9.966	-2.264	29%	X	X
Rückfallfieber	A68	1	736	-735	73.500%		X
Echinokokkose	B67	41	490	-449	1.095%		X
Malaria	B50-54	859	1.170	-311	36%		X
Akute Virushepatitis B	B16	1.425	1.717	-292	20%	X	X
Meningokokkeninfektion	A39	734	973	-239	33%	X	X
Brucellose	A23	35	73	-38	109%		X
Typhus abdominalis und Paratyphus	A01	126	159	-33	26%		X
Virusenzephalitis, durch Zecken übertragen	A84	239	271	-32	13%		X
Lepra [Aussatz]	A30	1	12	-11	1.100%		X
Leptospirose	A27	58	66	-8	14%		X
Fleckfieber	A75	0	5	-5	n.b.		X

Legende zu den Tabellen:

RKI Statistik: Die veröffentlichten Zahlen des Robert-Koch-Instituts [4]; InEK Hauptdiagnose: Die vom InEK veröffentlichten gemeldeten Fallzahlen als Hauptdiagnosen des Jahres 2002 [1]; Delta [N]: Die absoluten Unterschiede; Delta [% RKI]: Der relative Unterschied mit Verwendung der Daten des RKI als 100%; Meldepflicht: wenn der Verdacht, bzw. die Erkrankung vom Arzt nach IfSG meldepflichtig, bzw. wenn der Erregernachweis vom Labor meldepflichtig ist mit X gekennzeichnet; k.a.: keine Angabe; n.b.: nicht berechenbar.

Literatur

- 1 Ergänzende Datenbereitstellung gem. § 21 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG für 2002, Stand: 18. Mai 2004.
<http://inek.customer.msim.de/>
- 2 Vorläufiger Kodierleitfaden ICD-10 Kode – Verschlüsselung von Infektionskrankheiten und Infektionserregern unter DRG-Bedingungen erstellt von der DRG AG der DGHM in Zusammenarbeit mit GfV, BÄMI, DGIM, DGI, DGPI, PEG, DAIG, DGKH, AKM, und NRZ für Borrelien. 2003, Leitritz L., Kniehl E., Sing A., Gärtner B., Pietzcker T., Straube E., Mauch H.. **Mikrobiologe** 13 (2003): 5:192-204.
- 3 Infektionsschutzgesetz – IfSG, <http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/IFSG.HTM>
- 4 Jahresstatistik meldepflichtiger Krankheiten nach Bundesland, Deutschland, 2002 und 2003. Robert-Koch-Institut. <http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/JAHRBUCH-03-STATISTIK.PDF>
- 5 Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2003. 2004. Robert-Koch-Institut. <http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/JAHRBUCH-2003.PDF>
- 6 Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2002. 2003. Robert-Koch-Institut. <http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/JAHRBUCH-2002.PDF>
- 7 Falldefinitionen. http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/IFSG_FALLDEF.HTM
- 8 No Smallpox 2 Years. 1979, Anonymous. **Weekly Epidemiological Record**, 26. Oktober 1979 (54) 43:329
- 9 Smallpox as a Biological Weapon. Medical and Public Health Management. Henderson D. A., Inglesby T. V., Bartlett J. G., Ascher M. S., Eitzen E., Jahrling P. B., Hauer J., Layton M., McDade J., Osterholm M. T., O'Toole T., Parker G., Perl T., Russell P. K., Tonat K., for the Working Group on Civilian Biodefense. **JAMA**. 1999;281:2127-2137.
- 10 Rahmenkonzept zur Gefahrenabwehr bei außergewöhnlichen Seuchengeschehen. 2001. Fock R., Peters M., Wirtz A., Scholz D., Fell G., Bußmann H.. **Gesundheitswesen** 2001,63:695-702.
- 11 RKI-Merkblatt Pest, Stand 20.02.2002. Robert-Koch-Institut.
<http://www.rki.de/INFEKT/BIOTERROR/PEST.PDF>
- 12 Die großen Seuchen Pest und Pocken. Beschreibung der Erreger, Krankheitsverlauf, Geschichte der Krankheiten. Anonymous.
<http://www.scheffel-gymnasium.de/faecher/science/biologie/seuchen/seuchen.htm>
- 13 Rückfallfieber. 2000, Anonymous. **Epidemiologisches Bulletin**, 2. November 2000; Nr. 44:349-352,
http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2000/44TEXT_00.PDF