

Arbeitskreis Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin (AK IKJ)
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Deutschen
Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)
Leiter: Bernd Graubner

WISSENSCHAFTLICHE SITZUNG

Korrekte Diagnosenverschlüsselung mit und ohne Ambulante Kodierrichtlinien

107. DGKJ-Jahrestagung, Bielefeld, 22.–25.9.2011
Samstag, 24.9.2011, 8:30–10:00 Uhr, Stadthalle Bielefeld, Konferenzraum 5+6

PROGRAMM

– Stand: 25.7.2011 –

Vorsitz: *B. Graubner und F. Riedel*

- 08:30–08:40 **Einführung**
F. Riedel, Hamburg
- 08:40–08:55 **Stand und Weiterentwicklung der ICD-10-GM, der Grundlage der Diagnosenverschlüsselung**
B. Graubner, Göttingen
- 08:55–09:15 **Bedeutet die Streichung der Ambulanten Kodierrichtlinien das Ende der Diagnosenkodierung in der vertragsärztlichen Versorgung?**
B. Rochell, KBV, Berlin
- 09:15–09:30 **Nutzen einer guten Qualität der Diagnosenkodierung für Ärzte und Krankenkassen**
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband, Berlin
- 09:30–09:45 **Vertragsärztliche pädiatrische Versorgung und gute Qualität der Diagnosenverschlüsselung**
R. Bartecky, Mitglied des Honorarausschusses des BKVJ, Berlin
- 09:45–10:00 **DISKUSSION UND SCHLUSSWORT**
Moderation: F. Riedel und B. Graubner

LISTE DER VORSITZENDEN UND VORTRAGENDEN

Bartezky, Dr. med. Reinhard, Niedergelassener Kinder- und Jugendarzt. Mitglied des Honorar-ausschusses des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ).
Kottbusser Damm 64, 10967 Berlin, Tel. 030/6933084, Fax 030/6911372
E-Mail: dr@bartezky.de

Graubner, Dr. med. Bernd, Leiter des gemeinsamen Arbeitskreises Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin. (Bis 31.1.2008 Beauftragter für medizinische Klassifikationen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland [ZI].)
Ludwig-Beck-Str. 5, 37075 Göttingen, Tel. 0551/22526, Fax 0551/25338
E-Mail: Bernd.Graubner@mail.gwdg.de

Riedel, Prof. Dr. med. Frank, Ärztlicher Direktor des Altonaer Kinderkrankenhauses von 1859, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Stellvertretender Leiter der DRG-AG der GKinD.
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. 040/8890-8201, Fax 040/8890-8204
E-Mail: F.Riedel@uke.uni-hamburg.de

Rochell, Dr. med. Bernhard, Leiter des Dezernats 3 (Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Tel. 030/4005-1311, -1312, Fax 030/4005-1390
E-Mail: BRochell@kbv.de

Tavakolian, Dr. med. Ramin, Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung des GKV-Spitzenverbandes.
Mittelstr. 51, 10117 Berlin, Tel. 030/206288-2117, Fax 030/206288-2117
E-Mail: Ramin.Tavakolian@gkv-spitzenverband.de

ABSTRACTS

Stand und Weiterentwicklung der ICD-10-GM, der Grundlage der Diagnosenverschlüsselung

Dr. med. Bernd Graubner, Göttingen

Leiter des Arbeitskreises „Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin“
der DGKJ, des BVKJ und der GMDS

Die **ICD-10-GM 2011** (GM = German Modification, 2011 = Gültigkeitsjahr) ist die aktuell gesetzlich vorgeschriebene Klassifikation zur Verschlüsselung der Diagnosen und sonstigen Behandlungsanlässe in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Sie basiert auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (**ICD-10**), der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Zum 1.1.2012 wird sie von der **ICD-10-GM 2012** abgelöst werden.

Alle Versionen werden jährlich neu vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben (www.dimdi.de). Dabei werden die Änderungen seitens der WHO, die Erfordernisse des G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) und des medizinischen Fortschritts und die Vorschläge der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften berücksichtigt. Für die Version 2011 waren umfangreiche Vorgaben der WHO, vor allem bei den Leukämien und Lymphomen, und rund 60 Vorschläge und sonstige Änderungen aus Deutschland beraten worden, die zu Änderungen bei rund 280 Schlüsselnummern führten (= 1,8 % aller 15.896 Schlüsselnummern und -bereiche, von denen 13.342 terminal bzw. endständig, also für die Verschlüsselung zu benutzen sind).

Für die Version 2012 kann mit weniger Änderungen gerechnet werden, wobei es sich für die Pädiatrie nach dem aktuellen Stand (30.6.2011) eher um Klarstellungen als um wichtige Neuerungen handelt.

Nahezu gleichzeitig mit dem Systematischen Verzeichnis erscheint das **Alphabetische Verzeichnis (Diagnosenthesaurus)**, das in der Version 2011 76.400 verschiedene Diagnosen- und Verweistexte enthält.

Redaktionell vom Vortragenden bearbeitete Buchausgaben der beiden ICD-10-GM-Bände erscheinen seit Jahren im Deutschen Ärzte-Verlag. Sie zeichnen sich u.a. durch eine deutlich größere Nutzerfreundlichkeit, Fehlerkorrekturen, informative Begleittexte und die Kennzeichnung der Änderungen gegenüber der Vorversion aus. Die Ausgaben für 2012 werden spätestens Anfang Dezember 2011 verfügbar sein (www.aerzteverlag.de, dort auch umfangreiche Leseprobe dateien).

Die **in den Krankenhäusern** dokumentierten Schlüsselnummern der ICD-10-GM und des OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) dienen zur Berechnung der DRGs und damit zur pauschalierten Vergütung der Krankenhausleistungen sowie zur Erhebung der Daten für die verpflichtend festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Krankenhausstatistiken.

Im ambulanten Bereich sind sie für die Abrechnung vorgeschrieben, wobei eine direkte Verbindung zwischen dem EBM (Anhang 2) und dem OPS besteht. Seit 2009 haben die ICD-Schlüsselnummern eine besondere Bedeutung als Grundlage für die Bestimmung der ambulanten Morbidität und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Leistungsvergütung und den finanziellen Risikostrukturausgleich der Krankenkassen.

Die Anwendung der ab 2011/2012 verpflichtend vorgesehenen **Ambulanten Kodierrichtlinien** ist in dem vom BMG am 6.6.2011 veröffentlichten Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes nicht mehr vorgeschrieben.

Bedeutet die Streichung der Ambulanten Kodierrichtlinien das Ende der Diagnosenkodierung in der vertragsärztlichen Versorgung?

Dr. med. Bernhard Rochell, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde in § 295 Abs. 3 SGB V eine Regelung aufgenommen, nach der bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Diagnoseschlüssel nach der jeweiligen amtlichen Fassung der ICD-10-GM durch die Partner der Bundesmantelverträge, d.h. durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, vereinbart werden sollten.

Nachdem im November 2010 zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge eine Vereinbarung zur Einführung sogenannter Ambulanter Kodierrichtlinien (AKR) mit Wirkung ab 1. Januar 2011 vorgesehen war (flächendeckend verpflichtend für alle an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser ab 1. Juli 2011), hat der Bundesminister für Gesundheit im Februar 2011 zunächst die Aufschiebung der verpflichtenden Anwendung der Ambulanten Kodierrichtlinien gefordert und in den aktuellen Planungen eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VSG) schließlich die Streichung der gesetzlichen Grundlage zur Einführung der Kodierrichtlinien nach § 295 Abs. 3 Satz 2 SGB V vorgesehen.

Der Wegfall der Ambulanten Kodierrichtlinien (die verpflichtende Anwendung der AKR ab 1. Juli 2011 wurde ausgesetzt) bedeutet jedoch keinesfalls den Wegfall der bestehenden Verpflichtungen zur Diagnosendokumentation in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Konsequenzen aus der gesetzlichen Änderung und die weiter bestehenden Anwendungsfelder der Diagnosendokumentation in der vertragsärztlichen Versorgung nach der ICD-10-GM sowie der sich hierzu aktuell ergebende Sachstand des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-VSG werden im Rahmen des Vortrages aufgezeigt.

Nutzen einer guten Qualität der Diagnosenkodierung für Ärzte und Krankenkassen

Dr. med. Ramin Tavakolian, GKV-Spitzenverband, Berlin

Seit 2000 kodieren Vertragsärzte mittels ICD-10 die Morbidität. In der Praxis muss jedoch festgestellt werden, dass die ambulante Kodierqualität recht fehlerbehaftet ist. Bis 2008 gab es mangels Relevanz aber zumindest keine systematischen Beeinflussungen. Die eingeschränkte ambulante Kodierqualität veranlasste den Gesetzgeber letztendlich, das diagnosenbasierte Verfahren zur Bestimmung der Veränderungsrate der vertragsärztlichen Vergütung bis einschließlich 2012 auszusetzen.

Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) werden gemeinhin als zentraler Mechanismus zur Durchsetzung von ausreichender Kodierqualität angesehen und sollten ursprünglich schon 2009 eingeführt werden. Nach wiederholten Verzögerungen hat der Gesetzgeber aufgrund des breiten ärztlichen Widerstands die Kodierrichtlinien gemäß § 295 SGB V im Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes gestrichen. Die Ablehnung der AKR kommt in erster Linie aus dem hausärztlichen Bereich; hier wird argumentiert, dass die Kodierung mittels der ICD-10 zur Abbildung der hausärztlichen Arbeit und der Behandlungsanlässe kaum geeignet sei und erheblichen zeitlichen Mehraufwand verursache.

Kritisiert wird auch, dass unklare beziehungsweise uneinheitliche Vorgaben zur Kodiererfordernis und Kodiertiefe existieren. So sind die Hausärzte im Prinzip von der fünfstelligen Kodierung ausgenommen und müssen lediglich vierstellig kodieren. In der Praxis kodieren jedoch auch die Hausärzte mehrheitlich (noch) fünfstellig. Darüber hinaus sind die De-facto-Facharztgruppen, die vor allem auftragnehmend sind (u.a. Pathologen, Radiologen und Labormediziner) von der Kodierpflicht teilweise ausgenommen. Mit den AKR wären diese Facharztgruppen zur Kodierung verpflichtet worden, wenn sie in der Lage gewesen wären, spezifische Diagnosen zu stellen. Auch bei den Zusatzkennzeichen kommt es häufig zu Fehlkodierungen, da den Ärzten die theoretischen Überlegungen dazu bisher nicht systematisch vermittelt worden sind.

Zentral für die Morbiditätsmessung ist die Definition und Interpretation der Behandlungsdiagnose. Hier sind verschiedene Auslegungen in der innerärztlichen Diskussion anzutreffen. Da die AKR diesen bedeutsamen Aspekt nun nicht mehr präzisieren können, liegt eine erhebliche Unsicherheit z.B. bei multimorbiden Patienten unter medikamentöser Therapie vor. So lässt sich z.B. mit dem Verweis auf Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten ein großzügiger Einschluss von Begleiterkrankungen begründen. Auch die Berücksichtigung von Begleiterkrankungen, die einen erhöhten Aufwand der eigentlich therapierten Diagnose nach sich ziehen, ist strittig. Im Gegensatz hierzu hat sich im stationären Sektor die Lösung einer Abstufung in Haupt- und Nebendiagnosen bewährt. Allerdings sind die in der stationären Versorgung üblichen Verfahren zur Überprüfung der Kodierung aufgrund der Menge der ambulanten Diagnosen nicht übertragbar. Bei insgesamt ca. 1,7 Mrd. Diagnosen jährlich steht grob geschätzt einer Diagnose, bezogen auf das Jahr 2008, ein Vergütungsanteil von lediglich 17 € gegenüber. Dies lässt eine einzelfallbezogene Auseinandersetzung mit der Kodierqualität kaum zu.

Der Praxistest der AKR im Bereich der KV Bayerns im Herbst 2010 hat gezeigt, dass es sich weniger um ein Regelwerk im Sinne eines Papierdokumentes handelt, sondern dass die AKR ihre Wirkungen vielmehr in der Verknüpfung mit einer Softwarelogik innerhalb des Praxisverwaltungssystems entfalten. Mit den AKR war vorgesehen, dass die Ärzte eine Bereinigung ihres Altbestandes an Diagnosen vornehmen. Der AKR-Praxistest in Bayern ergab, dass sich nach Anwendung dieser Implementierung in der Software eine Reduktion der Diagnosenanzahl um circa 50 % ergibt. Ohne AKR ist wieder die alte „Unsitte“ einer kollektiven Übernahme aller Behandlungsdiagnosen mit einem Mausklick in das nächste Quartal zu erwarten.

Unabhängig von der ohne Qualitätssicherung nicht zu verantwortenden Verwendung der Diagnosen für die Bestimmung der vertragsärztlichen Vergütung stellt sich die Frage nach der Bedeutung der ICD-10-Kodierung durch Vertragsärzte.

Die Widerstände innerhalb der Ärzteschaft gegen die Einführung der AKR haben leider auch zur Verbreitung von radikalen Positionen gegenüber dem Kodieren im Allgemeinen geführt. Es besteht die Gefahr, dass die Kulturerrungenschaft der Morbiditätskodierung, die seit den Zeiten der Aufklärung Grundlage des wissenschaftlichen Fortschritts und des zielgerichteten staatlichen Handelns in der Medizin ist, infrage gestellt wird. Völlig absurd und populistisch sind Verängstigungen der Patienten aus KV-Kreisen, dass mit den AKR der Datenschutz ausgehöhlt werde.

Der GKV-Spitzenverband misst dem ambulanten Kodieren eine sehr hohe Bedeutung bei. Ohne valide Diagnosen sind Versorgungsforschung, Bedarfsplanung, Pharmakoepidemiologie und –vigilanz, aufwandsarme Qualitätssicherung und sektorübergreifende Versorgungskonzepte nicht durchführbar. Das ärztliche Kodieren ist nicht ein knapper Satz in § 295 SGB V, sondern Bestandteil eines gesellschaftlichen Pakts zwischen dem einzelnen Arzt und den Einrichtungen der staatlichen oder selbstverwalteten Steuerung. Der GKV-Spitzenverband sieht es als erforderlich an, die Akzeptanz des Kodierens beim Arzt zu fördern. Eine breitere Beteiligung an Versorgungsforschung und eine intensivere Rückkopplung an die Ärzte über Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus ihren Diagnosen bietet sich hierfür an.

Es muss aber auch Klarheit darüber bestehen, dass für eine Verwendung der ärztlichen Diagnosen im Rahmen der Morbiditätsmessung für die Vergütung eine Einbettung in ein System zur Qualitätssicherung der Diagnosen unerlässlich ist.

Vertragsärztliche pädiatrische Versorgung und gute Qualität der Diagnosenverschlüsselung

Dr. med. Reinhard Bartzky, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt Berlin-Neukölln.
Mitglied des Honorarausschusses des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

Auch wenn die ICD-Klassifikation der WHO ihre Wurzeln im 19. Jahrhundert in der Vereinheitlichung der Todesursachenstatistik hatte, ist die heutige ICD-10 zu einem international anerkannten Instrument bei der Klassifikation von epidemiologischen Fragestellungen, Vorstellungsanlässen im Gesundheitswesen und klinischen Zusammenhängen geworden. Mithilfe der ICD können Inzidenzen und Prävalenzen von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen verglichen und der Gesundheitsstatus einer Population analysiert werden. Auch Morbiditätsstatistiken gehören zum Anwendungsbereich der ICD.

Seit Einführung der gesetzlichen Verpflichtung (SGB V) kodiert die Ärzteschaft mit großem Engagement Diagnosen nach der ICD-10-GM, ohne für diese Arbeit eine Vergütung zu erhalten. Von einigen Akteuren im Gesundheitswesen wird eine ungenügende Kodierqualität in der vertragsärztlichen Versorgung beklagt. Dies hat systemimmanente Gründe:

- Die ICD-Systematik ist nicht an den Vorstellungsanlässen der ambulanten Medizin ausgerichtet. Die Gliederung entspricht nicht ausreichend praktischen und klinischen Erfordernissen; sie ist statistisch ausgerichtet.
- Im Versorgungsbereich Primary Care finden zu großen Teilen symptombezogene Arztkonsultationen statt; nicht jede Symptomatik entspricht einem Krankheitsbild nach der ICD-10-GM. Die Ärzte arbeiten mit Vermutungsdiagnosen und Arbeitshypothesen, die durch Verlauf und Therapie bestätigt oder falsifiziert werden. Dies ist der wichtigste Grund für die scheinbar fehlende Kodiertiefe.
- Hausärztlich tätige Kollegen haben eine deutlich schlechtere Möglichkeit, Morbidität abzubilden, wie Spezialisten, was eine Wettbewerbsverzerrung bedingt.
- Vorstellungsanlässe abseits der Routine sind für den Niedergelassenen nur mit großem Zeitaufwand kodierbar.
- Viele relevante Vorstellungsanlässe in der kinder- und jugendärztlichen Sprechstunde lassen sich nur schwer in der ICD-10-GM abbilden.

Die bürokratische Arbeitslast nimmt in den Praxen der Niedergelassenen von Jahr zu Jahr zu. Die Kodierung nach der ICD-10-GM, ob mit oder ohne Ambulante Kodierrichtlinien, wird von der Ärzteschaft, aber auch von den Patienten als versorgungsfremde Leistung erlebt.

Die Argumentation, der Morbidität auch das Honorar folgen zu lassen, wird grundsätzlich begrüßt. In der Diskussion muss aber deutlich zwischen dem Nutzen für die Kassen (Zuweisungen zum Gesundheitsfonds) und dem Nutzen für die Vertragsärzte (Morbiditätskoeffizienten) unterschieden werden.

Für den Fortbestand unseres Fachgebietes der Kinder- und Jugendmedizin ist in Zukunft ein korrektes Abbilden pädiatrischer Erkrankungen und Leistungen unerlässlich. Dazu ist der ICD-10-GM aus unserer Sicht anzupassen.

Das offensichtliche Scheitern der Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) sollte als Chance genutzt werden. Es müssen Wege beschritten werden, das Kodieren im ambulanten Versorgungsbereich zu vereinfachen.

Es wird ein angemessenes Honorar für die Kodier-Mehrarbeit gefordert.