

Impressum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist Eigentum der BARMER GEK. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der BARMER GEK unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

© 2010 BARMER GEK

herausgegeben von

Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

ISBN 978-3-9812534-2-9

Realisation und Design: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

produziert und gedruckt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

Änderungen und Irrtümer vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Editorial.....	10

I. Systemfragen und Wettbewerb

Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln. Welchen Beitrag kann die Kosten-Nutzen-Bewertung leisten?	16
Mathias Kifmann	
QALYs in der Kosten-Nutzen-Bewertung. Rechnen in drei Dimensionen.....	32
Klaus Koch, Andreas Gerber	
Die Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien	50
Ingolf Berger	
Vom Zusatzbeitrag zur Gesundheitspauschale. Das niederländische Gesundheitssystem als Vorbild?	70
Frank Schulze Ehring	
Frühwarnsysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rahmenbedingungen	90
Falk König, Patrick Florath, Uwe Repschläger, Frank Romeike	
Zur Rolle und Funktion der alten Spitzenverbände. Perspektive für eine zukunftsfähige Verbändelandschaft in einem wettbewerbsorientierten GKV-System	106
Uwe Repschläger	

Die Abbildung von Multimorbidität im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich	126
Claudia Schulte	

II. Gestaltung der Versorgung

Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage nach dem „Entweder-oder“	148
Andreas Köhler	

Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung	160
Antje Schwinger, Hans-Dieter Nolting	

Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details.....	176
Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar	

Der deutsche Arzneimittelmarkt. Reform- oder neuordnungsbedürftig?	192
Detlef Böhler, Karl-Heinz Neumann	

Das Fibromyalgiesyndrom. Dilemma zwischen Leitlinie und Versorgungsrealität	212
Ursula Marschall, Andreas Wolik	

Adipositaschirurgie – notwendige Therapie oder Lifestyle? Spannungsfeld zwischen Medizin und Krankenkasse	240
Hans Hauner, Ursula Marschall, Michael Lex, Andreas Wolik, Henrik Schwandrau	

Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten. Die Methode der Zufallswälder und der Vergleich mit gängigen statistischen Klassifikationsverfahren	266
Thilo Kosack, Andreas Wolik	

III. Anhang

Abkürzungsverzeichnis	290
Autorenverzeichnis	292

Ingolf Berger

Die Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien

Nach einer Testphase in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns werden am 1. Januar 2011 die Ambulanten Kodierrichtlinien im gesamten Bundesgebiet verbindlich. Der Beitrag beleuchtet den Entstehungsprozess des Regelwerks. Er beschreibt sowohl die grundsätzlichen Rahmenbedingungen als Ausgangslage für die Planung und Formulierung der Regeln als auch den Verhandlungsweg mit den beteiligten Akteuren und Interessen. Er gibt einen Einblick in die Grundregeln, Abgrenzungs- und Definitionskriterien sowie in die Struktur des Regelwerks und dessen Notation und endet mit der Darstellung des Kommentierungsverfahrens zur Version 2010.

Einleitung

Neun Jahre nach Einführung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren im stationären Versorgungsbereich wird zum 1. Januar 2011 mit den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) auch für den Sektor der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung flächendeckend ein verbindlich anzuwendendes Regelwerk zur Kodierung ambulanter Behandlungsdiagnosen eingeführt.

Die Dokumentation von Diagnosen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) ist im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung bereits seit dem 1. Januar 2000 gesetzliche Pflicht. Zu Zwecken der Vergütung wurde die ambulante Diagnosendokumentation aber in der Vergangenheit wenig genutzt. Mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) beschloss der Gesetzgeber bezüglich der Vergütungsstrukturen eine stärkere Orientierung an der Morbidität der in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Bürger. Dazu wurde ein diagnosengestütztes System zur Morbiditätsmessung eingeführt, mit dessen Hilfe ab dem 1. Januar 2009 im vertragsärztlichen Bereich eine jährliche Anpassung der Vergütung

an die Morbidität erfolgt. Zeitgleich wurde auch der Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf eine morbiditätsorientierte Basis umgestellt.

Die per ICD-10-GM kodierten Behandlungsdiagnosen erhielten mit diesen Umstellungen auf die Morbiditätsorientierung die Schlüsselrolle zur Bestimmung der Morbidität. Denn die Grundlage einer validen Morbiditätsmessung ist eine korrekte und einheitliche Verschlüsselung der behandelten Krankheiten. Um diese zu gewährleisten, wurde im § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) die Einführung eines verbindlichen Regelwerkes (Kodierrichtlinien) vorgeschrieben (SGB V 2010). Neben dieser Vorgabe durch den Gesetzgeber stellten die Anforderungen durch die Klassifikationssysteme für die beschriebene Morbiditätsorientierung und die Ergebnisse einer Analyse der ambulanten Kodierqualität (Ist-Zustand) die wichtigste Motivation für die Erstellung der AKR dar.

Klassifikationssysteme

Patienten-, Versicherten- oder Behandlungsfall-Klassifikationssysteme haben in der Regel das Ziel, unter Verwendung medizinischer Daten ökonomische Risiken oder Aufwände zu ermitteln.

Wichtige Beispiele für solche Klassifikationssysteme sind:

- Das Klassifikationssystem für die Fallpauschalen der allgemeinen stationären und teilstationären Krankenhausleistungen, das G-DRG-System.
- Das Klassifikationsverfahren zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der gesetzlich Krankenversicherten nach § 87a SGB V (KS87a), der KS87a-Groupier.
- Das Klassifikationssystem für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (mRSA), der mRSA-Groupier.

Das Problem dieser Klassifikationssysteme ist, dass die verwendeten medizinischen Daten primär nach medizinischen Gesichtspunkten und

nicht aufgrund ökonomischer Risiko- oder Aufwandskriterien erhoben und dokumentiert werden. Deshalb benötigen diese Klassifikationssysteme Regeln für die Dokumentation der medizinischen Daten, damit diese die ökonomischen Kriterien widerspiegeln können. Die Kodierrichtlinien garantieren, dass alle Patienten, Versicherten oder Behandlungsfälle der gleichen Risiko- oder Aufwandsklasse auch wirklich das gleiche ökonomische Risiko haben beziehungsweise den gleichen ökonomischen Aufwand verursachen.

Ambulante Kodierqualität

Durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) wurde im Jahr 2008 die Repräsentativität und Plausibilität der Datengrundlage des Bewertungsausschusses untersucht (Berger et al. 2009). Zu den Inhalten dieser Untersuchung gehörten umfassende Analysen der kodierten Diagnosen hinsichtlich verschiedener Qualitätsparameter. Die untersuchte Datengrundlage basierte auf Abrechnungs- und Versichertenstammdaten aus vier KV-Bezirken und für die vier Jahre von 2004 bis 2007. Insgesamt wurden ungefähr 515 Millionen kodierte Diagnosen von pro Jahr etwa 16 Millionen Versicherten erfasst.

1. Alle analysierten Qualitätsparameter zeigten im zeitlichen Verlauf der vier erfassten Jahre einen positiven Entwicklungsverlauf.
2. Die meisten Ergebnisse spiegelten eine gute ambulante Kodierqualität wider.
3. Die folgenden drei Ergebnisse stehen beispielhaft für Analysen, die Bestandteil der Motivation für die Erstellung der AKR waren.
 - Von allen endständigen und mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ (gesicherte Diagnose) angegebenen ICD-Kodes hatten 35,8 Prozent die inhaltliche Aussage „nicht näher bezeichnet“, was auf eine zu unspezifische Kodierung hinweist. Als Vergleich: In den Daten, die für 2006 von allen Krankenhäusern an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) geliefert wurden, betrug dieser Anteil 8,8 Prozent.

- Die Krankheiten Cholera, Pest, Pocken und Poliomyelitis wurden in den Jahren 2004 bis 2007 deutschlandweit insgesamt sechsmal an das Robert Koch-Institut gemeldet. In der untersuchten Datengrundlage (nur ICD-Kodes mit dem Zusatzkennzeichen „G“) wurden diese Diagnosen insgesamt 11.853-mal kodiert.
- Für fünf verschiedene, durch ihre Häufigkeit relevante Konstellationen wurde festgestellt, dass beim selben Patienten gleichzeitig Krankheiten kodiert wurden (nur ICD-Kodes mit dem Zusatzkennzeichen „G“), die sich gegenseitig ausschließen. Beispielhaft sei hier genannt, dass bei 14,6 Prozent aller Diabetiker sowohl ein Typ-1-Diabetes mellitus wie auch ein Typ-2-Diabetes mellitus kodiert wurde.

Das Projekt

Mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde den Partnern der Bundesmantelverträge Ärzte vom Gesetzgeber der Auftrag erteilt, bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der ICD-Schlüsselnummern für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien) zu vereinbaren.

Im Sommer 2007 stellte das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) Grundsätze und eine Projektskizze für die Erstellung dieser Kodierrichtlinien vor. Einer der Grundsätze war die enge Verknüpfung zwischen den Kodierrichtlinien und dem Klassifikationsverfahren zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der gesetzlich Krankenversicherten nach § 87a SGB V (KS87a). Da die Pflege und Weiterentwicklung dieses Klassifikationssystems eine der Hauptaufgaben des InBA ist, wurde das Institut auch mit der Erstellung der AKR beauftragt. Die Beauftragung erfolgte durch die Partner der Bundesmantelverträge.

Am 27. Januar 2009 fand die erste Sitzung der AG Kodierrichtlinien statt, die gleichzeitig Kick-off-Veranstaltung für das Projekt war. Elf Monate später wurde die Endfassung der AKR 2010 an die Partner der Bundesmantelverträge übergeben. Bis zu ihrer Veröffentlichung am 18. Mai

2010 erfolgten durch die AG Kodierrichtlinien noch mehrere redaktionelle Überarbeitungen, eine Anpassung des Textteils zum Geltungsbereich der Kodierrichtlinien und die Korrektur eines Plausibilitätskriteriums.

Die wichtigsten Meilensteine im Projektverlauf waren:

- 31. März 2009: Konsentierung der Liste der zu erstellenden speziellen Kodierrichtlinien
- 24. April 2009: erster Komplett-Entwurf des allgemeinen Teils der AKR
- 29. Mai 2009: erster Komplett-Entwurf der speziellen Kodierrichtlinien
- 23. Juni 2009: der allgemeine Teil der AKR ist inhaltlich fertig und konsentiert
- 30. Oktober 2009: allgemeiner und spezieller Teil der AKR sind fertig und konsentiert (Erstversion der AKR 2010)
- 6. November 2009: Start des Kommentierungsverfahrens
- 21. Dezember 2009: Übergabe der Endfassung der AKR 2010 an die Partner der Bundesmantelverträge
- 24. März 2010: Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur Inkraftsetzung der AKR
- 12. Mai 2010: Projektende: letzte Sitzung der AG Kodierrichtlinien zu den AKR 2010

Insgesamt fanden im Projektverlauf 33 Arbeitsgruppensitzungen, darunter vier mehrtägige Klausursitzungen und zwei Telefonkonferenzen statt. Dazu kamen bis April 2009 drei Abstimmungsgespräche zwischen der Projektleitung und den Vorständen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes. Während des gesamten Projektverlaufs erfolgten durch das InBA regelmäßig Berichterstattungen in Sitzungen des Bewertungsausschusses oder des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses. Vereinzelt wurden dabei auch

prinzipielle Fragen geklärt und grundsätzliche Eckpunkte und Vorgehensweisen festgelegt.

Die Arbeitsgruppe Kodierrichtlinien (AG KR) setzte sich anfangs aus den Partnern der Selbstverwaltung für den ambulanten Sektor und dem Institut des Bewertungsausschusses zusammen. Die Partner der Selbstverwaltung in der AG KR waren die KBV und die Krankenkassen, Letztere vertreten durch den GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK, Sozialmedizinische Expertengruppe 4 (SEG 4)) und einzelne Krankenkassen-Bundesverbände. Die Leitung der AG Kodierrichtlinien sowie Organisation und Vor- und Nachbereitung aller AG-Sitzungen lagen beim InBA.

Die zusätzliche Einbeziehung von externem Sachverstand und bereits vorhandener Erfahrung bei der Erstellung von Kodierrichtlinien war schon in der ersten Sitzung dieser AG einer der Hauptdiskussionspunkte. Besprochen wurden verschiedene Möglichkeiten einer solchen Einbeziehung wie die Vergabe des gesamten oder eines Teilprojektes, die Einholung von Gutachten oder die direkte Beiladung von Sachverständigen. Die Entscheidung fiel auf die direkte Beteiligung externer Sachverständiger. Ab März 2009 wurde die AG Kodierrichtlinien daraufhin bis zur Fertigstellung des allgemeinen Teils der AKR umfassend durch Dr. Albrecht Zaiß (Universität Freiburg) unterstützt.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, leitete sich das Erfordernis der AKR primär von der Einführung der Morbiditätsorientierung ab, und zwar sowohl für die Vergütungsstrukturen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wie auch für den Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Zur Sicherstellung der Beachtung der Aspekte des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bei der Erstellung der AKR erfolgte ebenfalls ab März 2009 eine fachliche Begleitung der Arbeiten in der AG Kodierrichtlinien durch mindestens einen Mitarbeiter des Bundesversicherungsamtes (BVA).

Rahmenfestlegungen

Die Unterteilung der AKR in einen allgemeinen und einen speziellen Teil war von Anfang an im Projektplan verankert. Mit Blick auf die stationären DKR und deren australische Vorlage wurde diese Struktur als praktisch bewährt eingeschätzt. Im allgemeinen Teil finden sich die Richtlinien, welche die Kodierung von Diagnosen und Behandlungssituationen grundsätzlich regeln. Mit den speziellen Richtlinien werden Vorgaben für die Kodierung einzelner Krankheiten, Krankheitsgruppen und Behandlungssituationen gemacht. Die speziellen Kodierrichtlinien sind vorrangig zu beachten, wenn sie von den allgemeinen Kodierrichtlinien abweichen.

Eine möglichst starke Annäherung der AKR an die DKR war eine der ersten Rahmenfestlegungen für die Erstellung der AKR. Der spezielle Fokus auf die ambulante Versorgung in Deutschland erforderte daneben eine Reihe eigenständiger Regelungen mit zusätzlichen oder von den stationären Kodierrichtlinien abweichenden oder sogar im Gegensatz zu den DKR stehenden Richtlinien. Dies waren insbesondere die Kodierrichtlinien für

- die Definition der Behandlungsdiagnose (statt Haupt- und Nebendiagnose im stationären Bereich),
- den Bezug der Behandlungsdiagnosen auf den Arzt- beziehungsweise Behandlungsfall (statt auf einen stationären Aufenthalt),
- die verpflichtende Angabe der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (nicht vorgesehen bei einem stationären Aufenthalt).

Vor dem Beginn der direkten Erarbeitung der AKR hat die AG Kodierrichtlinien weitere Rahmenfestlegungen getroffen und eine Reihe grundsätzlicher Fragen erörtert, was für den folgenden Erstellungsprozess sehr wichtig war. Drei solcher Rahmenfestlegungen waren:

- Die AKR regeln ausschließlich die Kodierung der Diagnosen zur Abrechnung. Die Diagnosendokumentation zu medizinischen Zwecken

bleibt davon unberührt. Die Kodierung folgt der Behandlung. Keinesfalls dürfen die Kodierrichtlinien Einfluss auf diagnostische oder therapeutische Entscheidungen nehmen.

- Grundsätzlich ist von einer jährlichen Bearbeitung der Kodierrichtlinien auszugehen. Die Möglichkeit einer unterjährigen Anpassung ist jedoch nicht auszuschließen.
- Falls durch die morbiditätsorientierten Klassifikationssysteme Anreize zur Kodierung bestimmter Diagnosen gesetzt werden, soll dies durch die AKR verhindert werden.

Im Verlauf der Erstellung der AKR wurde immer wieder die enge Verzahnung zwischen den Kodierrichtlinien und dem Klassifikationssystem zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der gesetzlich Krankenversicherten nach § 87a SGB V (KS87a) deutlich. Viele Kodierrichtlinien konnten erst beschlossen werden, nachdem die Verwendung der betreffenden ICD-Kodes im Klassifikationssystem detailliert analysiert war und damit die Konsequenzen für die Bestimmung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ersichtlich wurden. Häufig ergab sich dabei auch die Notwendigkeit von Anpassungen und Änderungen des Klassifikationssystems. Diese wurden jeweils in eine separate Auftragsliste übernommen, die nach der Fertigstellung der AKR von der AG Kodierrichtlinien an die AG Grouperanpassung des Bewertungsausschusses übergeben wurde.

Die Erstellung des allgemeinen Teils

Der allgemeine Teil der AKR enthält elf einzelne Kodierrichtlinien. Die Nummerierung der Kodierrichtlinien ist dreistellig. Das erste Zeichen ist ein großes „A“, danach folgt eine zweistellige, fortlaufende, mit „01“ beginnende Nummerierung. Bei allen Kodierrichtlinien der AKR wurde nach Abwägung der Vor- und Nachteile bewusst auf eine Kennzeichnung der Jahresversion direkt an den Kodierrichtlinien verzichtet. In zukünftigen Versionen der AKR werden alle Änderungen sowohl direkt an den einzelnen Kodierrichtlinien wie auch als Zusammenfassung deutlich erkennbar sein.

Grundregeln

Von zentraler Bedeutung für die Erstellung des allgemeinen Teils der AKR waren die Festlegung der Grundregeln und die Definition der Behandlungsdiagnose. Erst danach konnten die anderen allgemeinen Kodierrichtlinien fundiert formuliert und konsentiert werden. Die Grundregeln umfassen den Geltungsbereich der Kodierrichtlinien, die Verantwortlichkeit für die Diagnosenkodierung und die Vorrangregelung zwischen den AKR und den Kodierregeln der ICD-10-GM einerseits und zwischen dem allgemeinen und dem speziellen Teil der AKR andererseits.

Als Diskussionsbasis für die Festlegung des Geltungsbereichs wurde vom Institut des Bewertungsausschusses eine Übersicht aller Formen der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland erstellt. Gleichzeitig wurde analysiert, wo und mit welcher Form der Datenübermittlung die erbrachten Leistungen abgerechnet werden. Da die Datenübermittlung für die nach § 115b SGB V im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffe per § 301-Datensatz und nicht nach § 295 SGB V erfolgt, wurde diese Form der ambulanten Versorgung vom Geltungsbereich der AKR ausgeschlossen.

Die Definition der Behandlungsdiagnose

Am Anfang der Beratungen zur Definition der Behandlungsdiagnose stand eine intensive Analyse, ob auch für die ambulante Diagnosendokumentation die im stationären Bereich bewährte Unterscheidung in Haupt- und Nebendiagnose eingeführt werden könnte beziehungsweise sollte. Der Aspekt, dass diese Einführung umfangreiche Änderungen, zum Beispiel des § 295 SGB V oder von Datensatzbeschreibungen und Datenübermittlungsrichtlinien, zur Folge haben würde, spielte bei der Entscheidung keine Rolle. Letztendlich ausschlaggebend für die Entscheidung gegen die Definition von Haupt- und Nebendiagnose für die ambulante Diagnosendokumentation war das Klassifikationssystem zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der gesetzlich Krankenversicherten nach § 87a SGB V (KS87a), das eine solche Unterteilung der kodierten Diagnosen derzeit nicht benötigt.

Sollten Änderungen oder neue Anwendungsbereiche dieses Klassifikationssystems oder das Klassifikationssystem für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zukünftig eine Differenzierung der Behandlungsdiagnosen in Haupt- und Nebendiagnose erfordern, wird diese Thematik erneut diskutiert werden. Die AG Kodierrichtlinien analysiert den Bedarf für diese Diskussion jährlich neu.

Der Grundpfeiler bei der Definition der Behandlungsdiagnose ist die zwingende Verknüpfung mit einer Leistungserbringung. Spezifiziert wurden dabei der Leistungsbegriff und der Erbringungszeitraum. Im logischen Zusammenhang mit der Festlegung, wann eine Diagnose als Behandlungsdiagnose kodiert werden soll, wurden die Regeln erarbeitet, welche Diagnosen nicht zu kodieren sind und welche Arztgruppen im Zusammenhang mit dem Behandlungsanlass nicht zur Diagnosenverschlüsselung nach ICD-10-GM verpflichtet sind.

Mit der Diskussion über die Definition der Behandlungsdiagnose fand auch eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Begriff der Dauerdiagnose inklusive dem dazugehörigen Diagnosekennzeichen „D“ statt. Das Ergebnis war eine entsprechende Regel für Dauerdiagnosen, die deutlich von der bisher üblichen Verwendung der Dauerdiagnosen in den Praxen abweicht. Gegenüber allen anderen Inhalten der AKR erfordert der neue Umgang mit Dauerdiagnosen vermutlich die vergleichsweise stärkste Umstellung bei der Durchführung der Diagnosendokumentation für die Anwender und für die Praxis-Software-Systeme.

Vervollständigt werden die Regeln zur Behandlungsdiagnose mit der Festlegung, dass pro Behandlungsfall immer mindestens eine Behandlungsdiagnose anzugeben ist, und mit Angaben über die maximale Anzahl und die Reihenfolge der ICD-Kodes sowie über den Zeitraum, in dem auch nach Quartalsende noch Änderungen der Behandlungsdiagnose möglich sind.

Die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit

Besonders intensive Überlegungen und Diskussionen bei der Erstellung des allgemeinen Teils der AKR betrafen die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS). Als Hilfsmittel für die Erarbeitung dieser Regeln wurden vom InBA anhand der Datenbasis des Bewertungsausschusses (siehe vorn) Häufigkeiten der Verwendung aller beziehungsweise keines ZK-DS ermittelt, einerseits in Bezug auf die Verteilung zwischen allen Arztgruppen und andererseits in Bezug auf die Verteilung zwischen allen Codes der ICD-10-GM.

Einige der wichtigsten Problembereiche, die bei der Erstellung der Regeln für die Anwendung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit gelöst werden mussten, waren:

- Die jährliche „Bekanntmachung gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels“ durch das Bundesministerium für Gesundheit schreibt die obligatorische Angabe der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „für die Anwendung der ICD-10-GM nach § 295 SGB V“ vor (BMG 2009). Wären die AKR grundsätzlich oder in einzelnen Regeln hiervon abgewichen, hätte dies eine Änderung dieser gesetzlich begründeten Bestimmung erfordert. Nach Einschätzung der AG Kodierrichtlinien war die dafür zur Verfügung stehende Zeitspanne nicht ausreichend.
- Für die Diagnosenkodierung im stationären Bereich gibt es keine Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (fehlende Übereinstimmung zwischen AKR und DKR).
- Die Beachtung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit in den Klassifikationssystemen, die ambulant kodierte Diagnosen verwenden:
 - Das Klassifikationsverfahren nach § 87a SGB V (KS87a) verwendet im 2009 beschlossenen Modell nur ICD-Kodes mit dem ZK-DS „G“ (gesicherte Diagnose) und einige ausgewählte ICD-Kodes mit dem ZK-DS „Z“ ((symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose).

- Das Klassifikationssystem für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (mRSA) verwendet ausschließlich ICD-Kodes mit dem ZK-DS „G“.
- Statt einer Verdachtsdiagnose (ZK-DS „V“) kann/können auch das/die Krankheitssymptom/e in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ kodiert werden.
- Wann erfüllt ein „symptomloser Zustand nach Krankheit“ (ZK-DS „Z“) die Kriterien der Behandlungsdiagnose?
- Wenn eine Krankheit gleichzeitig durch mehrere ICD-Kodes verschlüsselt wird (zum Beispiel Primär-/Sekundärkode, Folge- und Restzustände), müssen dann alle Codes mit je einem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit verbunden werden? Wenn ja, alle mit dem gleichen oder können die einzelnen Codes unterschiedliche ZK-DS haben?

Zusammenfassend ist zum Komplex der Verwendung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu sagen, dass die Umsetzung, wie sie in den aktuellen AKR erfolgte, für die Zukunft nicht als abschließend zu betrachten ist. Insbesondere im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der morbiditätsorientierten Klassifikationssysteme und der Diagnosenklassifikation (ICD-10-GM, ICD-11) sowie dem Annäherungsprozess zwischen ambulantem und stationärem Sektor wird er wiederholt neu diskutiert werden.

Zwei weitere ausgewählte Aspekte der Erstellung des allgemeinen Teils der AKR

Der diagnostische und/oder therapeutische Aufwand einer Diagnose korreliert häufig mit der Ausprägung oder dem Schweregrad dieser Diagnose. Die Differenzierung von Diagnosen nach ihrer Ausprägung oder nach dem Schweregrad erfolgt in der ICD-10-GM meist auf der letzten Stelle der Codes, und dies ist häufig die fünfte Stelle. Die Verwendung von Diagnosekodes zur Messung von Aufwänden durch die bereits beschriebenen Klassifikationssysteme erfordert demzufolge grundsätzlich eine endständige Kodierung.

Durch die jährliche „Bekanntmachung gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels“ durch das BMG sind aber die Bereiche der hausärztlichen Versorgung, des organisierten Notfalldienstes und der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes von der Verpflichtung zur endständigen Kodierung ausgenommen (BMG 2009).

Der hier dargestellte Konflikt konnte durch die AG Kodierrichtlinien nicht vollständig gelöst werden. Die entsprechende Richtlinie im allgemeinen Teil der AKR fordert daher nur grundsätzlich eine endständige Kodierung und lässt die in der BMG-Bekanntmachung genannten Ausnahmen zu. Jedoch wurde für einzelne Diagnosebereiche, für die die fünfstellige Kodierung als unverzichtbar eingeschätzt wurde, in den entsprechenden speziellen Kodierrichtlinien die endständige Kodierung als verpflichtend formuliert.

Für die Kodierung zahlreicher Krankheiten sieht die ICD-10-GM die Angabe von mehr als einer Schlüsselnummer vor, überwiegend in Form von Kombinationen aus einem Primär- (zum Beispiel Kreuzcode) und einem oder mehreren Sekundärkodes (Stern- und Ausrufezeichenkodes). Auch die Klassifikationssysteme setzen zur Messung des morbiditätsbedingten Aufwandes diese Mehrfachkodierung voraus. Da die Verwendung von Sekundärkodes im ambulanten Sektor aber noch relativ selten erfolgt, wurde diesem Teil der AKR ein breiterer Raum gewidmet. Neben der Erarbeitung der entsprechenden Regeln wurden auch zwei Listen von Codes der ICD-10-GM zusammengestellt und den AKR im Anhang beigefügt: die Liste aller Ausrufezeichenkodes und die Liste spezieller Codes für Rest- und Folgezustände.

Die Erstellung des speziellen Teils

Die Erarbeitung der speziellen Kodierrichtlinien untergliederte sich in drei Abschnitte.

- Der erste Schritt war die Festlegung der Diagnosen, für die spezielle Kodierrichtlinien erstellt werden sollen.
- Im zweiten Schritt wurde durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine umfassende Arbeitsvorlage erstellt, die bereits Textfassungen und Kodierbeispiele für alle speziellen Kodierrichtlinien enthielt. Parallel dazu erarbeitete die KBV für eine große Zahl der speziellen Kodierrichtlinien diagnosebezogene Plausibilitätskriterien.
- Beide Zuarbeiten bildeten die Grundlage für die dritte Phase, die Diskussion und letztendliche Fertigstellung jeder einzelnen speziellen Kodierrichtlinie.

Die konkrete Diskussion und Bearbeitung der einzelnen speziellen Kodierrichtlinien erfolgte in der AG Kodierrichtlinien anhand der vom MDK erstellten Arbeitsvorlage, ergänzt um die von der KBV vorgeschlagenen Plausibilitätskriterien. Gleichzeitig wurde vom Institut des Bewertungsausschusses eine Datenbank gepflegt, die für jede spezielle Kodierrichtlinie den aktuellen Bearbeitungsstand, die Änderungen der Nummerierung und gegebenenfalls den Verbleib wie Zusammenfassung mit einer anderen Kodierrichtlinie, Splittung in mehrere neue Kodierrichtlinien oder Streichung dokumentierte.

Struktur und Notation

Der spezielle Teil der Version 2010 der AKR ist in 18 Kapitel gegliedert und enthält insgesamt 59 Kodierrichtlinien. Die Kapitelbezeichnungen sind identisch mit den Bezeichnungen der Kapitel der ICD-10-GM. Die Kapitelnummern sind dreistellig. Das erste Zeichen ist ein großes „B“, danach folgt eine zweistellige, fortlaufende, mit „01“ beginnende Nummerierung. Diese Nummerierung ist wiederum identisch mit den Kapiteln der ICD-10-GM, nur arabisch und nicht römisch. Da es für die Diagnosen der ICD-Kapitel 16, 17, 20 und 22 keine speziellen Kodierrichtlinien gibt, wurden diese Kapitelnummern ausgelassen.

Die Notation der einzelnen speziellen Kodierrichtlinien ist fünfstellig, zum Beispiel B0201, B0908, B1403. Die ersten drei Zeichen geben die Kapitelnummer an, also großes „B“ und zweistellige Zahl von 01 bis 21, ohne 16, 17 und 20. Die vierte und fünfte Stelle sind erneut eine fortlaufende Nummerierung, die in jedem Kapitel neu mit „00“ (Doppel-Null) beginnt. Zum Verzicht auf eine Kennzeichnung der Jahresversion wurde bereits an entsprechender Stelle bei der Beschreibung der Erstellung der allgemeinen Kodierrichtlinien eingegangen.

Auswahl der Diagnosen

Grundsätzlich sollten spezielle Kodierrichtlinien für die Krankheiten oder Krankheitsgruppen erstellt werden, die für den ambulanten Bereich als besonders wichtig identifizierbar sind. Im ersten Schritt wurden deshalb Kriterien zusammengestellt, mit denen dieser Grundsatz erfüllt werden konnte. Diese Auswahlkriterien waren:

- Prävalenz und Kosten (ökonomische Relevanz) der Diagnosen
 - für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
 - für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich
 - für einzelne (Fach-)Arztgruppen
- Diagnosebereiche, die bekannte schwierige Kodierkonstellationen darstellen

Der gesamte Auswahlprozess erfolgte auf der Ebene der dreistelligen Schlüsselnummern der ICD-10-GM. Die Grundlagen der Berechnungen für die ökonomische Relevanz waren die Datenbasis des Bewertungsausschusses (siehe vorn), die Diagnosen, die vom Bundesversicherungsamt (BVA) für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ausgewählt wurden, und die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) ermittelten häufigsten Diagnosen pro Arztgruppe.

Alle einbezogenen Kriterien wurden als quantitative oder qualitative Parameter den Schlüsselnummern der ICD-10-GM (Version 2009)

zugeordnet. Nach wiederholten Gewichtungs- und Priorisierungsschritten konnte eine Liste von 209 dreistelligen ICD-Kodes konsentiert werden, für die spezielle Kodierrichtlinien erstellt werden sollten. Der nächste Schritt war die Formulierung der Titel der zu erstellenden speziellen Kodierrichtlinien anhand dieser Liste. Dabei ergaben sich 89 spezielle Kodierrichtlinien. Durch inhaltlich sinnvolle Ergänzungen der Zuordnung der dreistelligen ICD-Kodes zu den nun geplanten 89 speziellen Kodierrichtlinien ergaben sich letztendlich 484 Dreisteller beziehungsweise insgesamt 4.503 endständige ICD-Kodes, für die es im speziellen Teil der AKR Regeln geben sollte.

Im Prozess der Erstellung der speziellen Kodierrichtlinien reduzierte sich die Gesamtzahl auf 59 Kodierrichtlinien, weil für 13 vorgegebene Richtlinien letztendlich kein Regelungsbedarf gesehen wurde, 18 Richtlinien mit anderen speziellen Kodierrichtlinien zusammengefasst wurden und eine vorgegebene Richtlinie in zwei neue aufgeteilt wurde.

Plausibilitätskriterien

Zur Validierung der Diagnosestellung nach § 295 SGB V enthalten 20 spezielle Kodierrichtlinien Plausibilitätskriterien, die jeweils unter der entsprechenden Kodierrichtlinie aufgeführt sind. Die Plausibilitätskriterien beziehen sich ausschließlich auf gesicherte Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“. Sie benennen bestimmte Mindestanforderungen, die zur Kodierung einer Diagnose vorliegen müssen. Zur Erfüllung dieser Mindestanforderungen können sowohl bestimmte diagnostische Verfahren als auch die (Mit-)Behandlung durch einen speziellen Facharzt gefordert sein.

Bei den Diskussionen zu den Plausibilitätskriterien war der Konsensprozess im Vergleich zu allen anderen Diskussionen im Rahmen der Erstellung der AKR am schwierigsten. Zur Sicherung der Nachvollziehbarkeit aller Entscheidungen wurde vom Institut des Bewertungsausschusses hierfür eine Historie für jedes einzelne Plausibilitätskriterium zusammengestellt.

Das Kommentierungsverfahren zur Version 2010 der Ambulanten Kodierrichtlinien

Bereits im Verlauf der Erarbeitung der Kodierrichtlinien hatte die AG KR beschlossen, die Erstversion der AKR 2010 einem Kommentierungsverfahren zuzuführen. Als Zeitraum für die Kommentierungen konnten in Anbetracht des engen Zeitrahmens nur drei Wochen vorgesehen werden. Die Zielstellung des Kommentierungsverfahrens war das Erkennen und Korrigieren inhaltlicher und formaler Fehler in der Erstversion der AKR 2010. Eine Korrektur der grundsätzlichen Regeln und Definitionen sowie eine Erweiterung dieser Kodierrichtlinien in Inhalt oder Anzahl waren nicht vorgesehen (Berger und Grimm 2010).

Insgesamt wurden 93 Einrichtungen zur Teilnahme am Kommentierungsverfahren eingeladen. Diese Einrichtungen waren: 68 ärztliche und psychologisch/psychotherapeutische Berufsverbände und -gesellschaften, alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die KBV, die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die Abteilung Medizin des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Durch die beiden Letztgenannten erfolgte eine weitere interne Verteilung der Kommentierungsunterlagen (Berger und Grimm 2010).

Analyse der Kommentierungen

Von den 93 eingeladenen Einrichtungen beteiligten sich 50 (54 Prozent) am Kommentierungsverfahren. Hierbei entfielen 36 Rückmeldungen auf die ärztlichen und psychologisch/psychotherapeutischen Berufsverbände und -gesellschaften, acht auf die KVen und sechs auf die weiteren Einrichtungen (Berger und Grimm 2010).

Die Antworten aller rückmeldenden Einrichtungen enthielten insgesamt 220 einzelne Kommentare. Die zwei folgenden Tabellen zeigen die

Verteilung dieser Kommentare auf die einzelnen Teile der AKR (Tabelle 1) und ihre Verteilung in Bezug auf ihre Bearbeitung in der AG Kodierrichtlinien (Tabelle 2) (Berger und Grimm 2010).

Tabelle 1: Kommentare zu den Ambulanten Kodierrichtlinien (nach Teilen)

Teil der Ambulanten Kodierrichtlinien	Anzahl	prozentualer Anteil
Gesamtwerk	21	9,5
allgemeiner Teil	57	25,9
spezieller Teil	137	62,3
sonstige Teile	5	2,3

Quelle: eigene Berechnung

Tabelle 2: Kommentare zu den Ambulanten Kodierrichtlinien (nach Bearbeitung)

Bearbeitung in der AG Kodierrichtlinien	Anzahl	prozentualer Anteil
Kommentar wurde in den AKR 2010 umgesetzt	104	47,3
Kommentar wurde in den AKR 2010 noch nicht umgesetzt, aber in die Arbeitsliste für die Erstellung der Version 2011 aufgenommen	14	6,4
Kommentar wurde nicht umgesetzt, weil seine Aussagen nicht zutrafen oder er sich nicht auf die AKR bezog, sondern auf gesetzliche Grundlagen oder die ICD-10-GM	81	36,8
Kommentar konnte nicht umgesetzt werden, da er sich nicht auf fehlerhafte oder problematische Inhalte der AKR bezog, sondern nur eine allgemeine oder prinzipielle Stellungnahme zu den AKR war	21	9,5

Quelle: eigene Berechnung

Ausblick

Am 24. März 2010 wurde durch die Partner der Bundesmantelverträge vereinbart, dass die AKR in der Version 2011 ab 1. Januar 2011 in sämtlichen KV-Bezirken Deutschlands flächendeckend und verbindlich in Kraft gesetzt werden. Die Version 2010 der AKR wurde am 18. Mai 2010 auf der Homepage der KBV und wenige Tage später auf der Homepage des GKV-SV veröffentlicht. Im dritten Quartal 2010 wird diese Version im Bezirk der KV Bayerns einem Praxistest unterzogen (KBV 2010).

Neben der Testung in Bayern dient die Version 2010 der AKR vor allem der Schulung und Vorbereitung der Anwender. Die Erstellung der Version 2011 wird in der zweiten Jahreshälfte 2010 durch die AG Kodierrichtlinien erfolgen. Basierend auf der 2010er AKR-Version werden dabei die Ergebnisse des Praxistests, die noch nicht umgesetzten Vorschläge aus dem Kommentierungsverfahren und die 2011er Version der ICD-10-GM einfließen.

Literatur

- Berger, I., D. Horenkamp-Sonntag, K. Leipnitz, P. Reschke und H. Tillmanns (2009): Bericht zur Schätzung der Morbiditätsveränderung 2008/2009 und zur Repräsentativität und Plausibilität der Datengrundlage des Bewertungsausschusses. Berlin. S. 120-182, 209-214. institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/Bericht_SchaetzungMorbiditaetsveraenderung.pdf (Download 22. Mai 2010).
- Berger, I., und W. Grimm (2010): Das Kommentierungsverfahren zur Version 2010 der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR). Berlin. institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/AKR2010_Abschlussbericht_Komentierungsverfahren.pdf (Download 4. Juni 2010).
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2009): Bekanntmachung gemäß §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 2. November 2009. Bonn. www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/bundesanzeiger/ba_gm_2010.htm (Download 29. April 2010).

- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2010): Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien nach § 295 Absatz 3 SGB V vom 24. März 2010. daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLA VE&SystemType=2&LogonId=90122edbe086b9deb8bf11739593f4f9&DocId=003761382&Page=1 (Download 22. Mai 2010).
- Partner der Bundesmantelverträge – P-BMV (2010): Ambulante Kodierrichtlinien 2010. www.kbv.de/kodieren/word-download.php (Download 22. Mai 2010).
- Sozialgesetzbuch SGB Fünftes Buch V – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) geändert worden ist. www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_295.html (Download 17. April 2010).