



Ambulante Kodierqualität – der Nutzen einer guten Kodierqualität für Ärzte und Krankenkassen

107. Jahrestagung der DGKJ 2011 in Bielefeld
Wissenschaftliche Sitzung Diagnoseverschlüsselung
24. September 2011
Dr. Ramin Tavakolian, GKV-Spitzenverband

Ambulante Kodierrichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband



Übersicht

- Warum Kodieren?
- Verlangen wir zuviel? – Geschichtliches
- Kodiervorgaben
- Ambulante Kodierrichtlinien
- Kodierqualität prüfen?

Ambulante Kodierrichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband

18.01.2012 2

Warum kodieren?



- Versorgungsforschung und QS
- Einnahmenseite der Krankenkasse: Morbi-RSA
- Plausibilität der Abrechnung
- Pharmakovigilanz
- Gesundheitssystemsteuerung
- Umweltrisiken, Gefahrenabwehr (z.B. Bioterrorismus),
Infektionsepidemiologie
- ...

Ambulante Kodierrichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband

18.01.2012

3

Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung?



- International einzigartiger Ansatz
- „den Bock zum Gärtner gemacht“
- methodische Probleme
 - schleppende Bereitstellung der Datensätze
 - divergente Kodiervorgaben (HÄ,FÄ)
 - AKR ausgesetzt
 - komplexe Bereinigung der Selektivverträge
 - Grupperanpassung bisher ohne Stabilitätsnachweis

Ambulante Kodierrichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband

18.01.2012

4

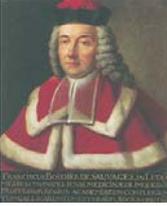


Geschichtliches 1 / 3

Nosologie – Lehre der Erscheinungsformen der Krankheiten von Thomas Sydenham (1624, Dorsetshire –1689, London)



Klassifikation der Krankheiten von François Bossier de Sauvage de Lacroix (1706–1777), Etablierung der Hierarchie (4 Ebenen mit 10 Hauptgruppen bis herab zu 2400 Krankheiten)



Ambulante Kodierichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband18.01.20125



Geschichtliches 2 / 3

- ➔ 1853: Der Statistische Weltkongress beauftragt William Farr (1807–1883) und Marc d'Espine (1806–1860) mit der Erstellung einer einheitlichen Klassifikation der Todesursachen.
- ➔ 1885: Keimzelle der ICD als Klassifikation der Todesursachen der Stadtverwaltung Paris durch Jacques Bertillon (1851–1922); internationale Synthese verschiedener nationaler Klassifikationen (DE, GB, F, CH).
- ➔ 1938: Mit der 5. Revision der „International List of Causes of Death“ wurde der Anspruch zur Aufnahme von Erkrankungen formuliert.
- ➔ 1946: Mit der 6. Revision Erweiterung zur „International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death“ (ICD).
- ➔ 1990: Verabschiedung der 10. Revision der ICD.

<http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>

Ambulante Kodierichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband18.01.20126



Geschichtliches 3/3

Die Kodierqualität war schon immer ein Problem...

William Cullen (1710–1790), Autor von *Synopsis Nosologicae Medicae* (1785):

The advantages of a uniform statistical nomenclature, however imperfect, are so obvious, that it is surprising no attention has been paid to its enforcement in Bills of Mortality. Each disease has, in many instances, been denoted by three or four terms, and each term has been applied to as many different diseases: vague, inconvenient names have been employed, or complications have been registered instead of primary diseases.

Ambulante Kodierrichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband

18.01.2012 7



Ist kodieren eine Zumutung?

- Ärztliches kodieren ist eine ureigene historisch gewachsene Aufgabe
- Wissenschaftliche und gesellschaftliche Errungenschaft
- Zentrale Bedeutung bei historischen Erfolgen in der Medizin (z.B. Berufskrankheiten, Infektionsbekämpfung, Umweltgifte)

Ambulante Kodierrichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband

18.01.2012 8

Chronologie der gescheiterten AKR- Einführung



- § 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen
 - Verpflichtung zur Übermittlung von ICD-10 Diagnosen mit der Abrechnung seit 2000
 - ursprünglich gesetzliche Vorgabe zur Einführung von Kodierrichtlinien zum **30.6.2009**
- wiederholte Aufschübe der AKR aufgrund ärztlicher Widerstände
- Streichung der AKR im Kabinettsentwurf des Versorgungsstrukturgesetzes (3.8.2011)
- Aussetzung der AKR-Einführung durch GKV-SV und KBV bis zur endgültigen gesetzlichen Klärung

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)



- Umfang: 177 Seiten
- kostenloser Download von KBV und GKV-SV
- Gebundene Fassung vom Deutschen Ärzteverlag
- kommentierte Versionen verschiedener Verlage
- Gliederung der AKR
 - allgemeine Kodierrichtlinien A1-A11
 - spezielle Kodierrichtlinien B01-B2101 (61)
 - Anhang
 - Schlagwortverzeichnis



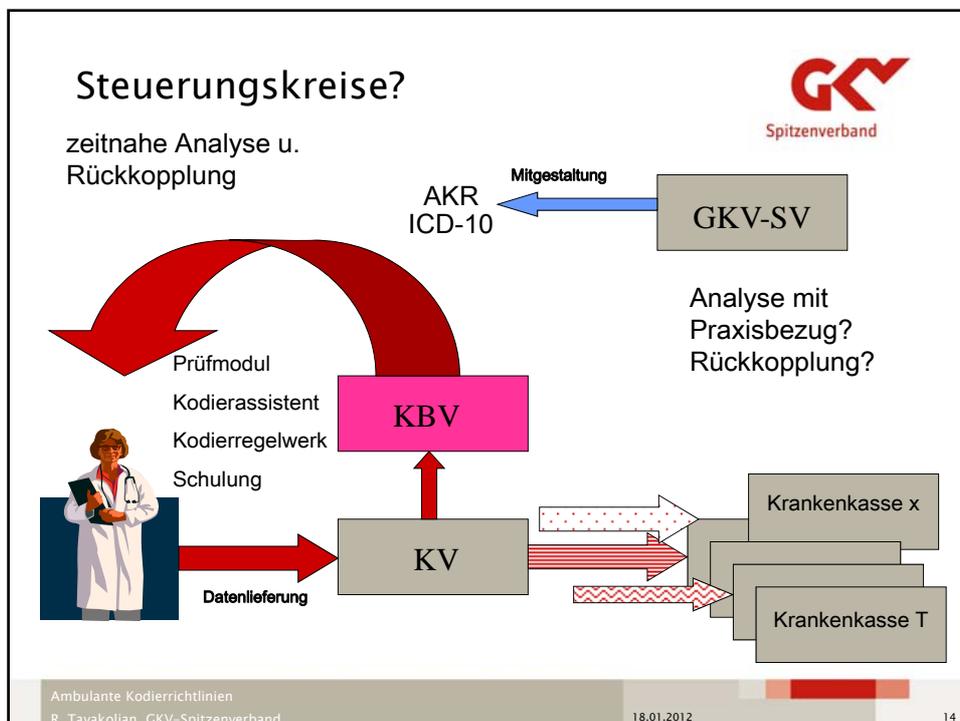
- ### Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) – Einbettung in QS
-
- GKV**
Spitzenverband
- Eine unmittelbar vergütungsrelevante Nutzung der Diagnosen erfordert ein Qualitätssicherungssystem
 - AKR sind **ein Bestandteil** der Qualitätssicherung ärztlicher Diagnosen
 - Einvernehmliche Abstimmung der weitergehenden Anwendungsvorgaben für die Ambulanten Kodierrichtlinien
 - Bzgl. der Implementierung im Praxisverwaltungssystem muss vollständige Transparenz hergestellt werden
 - Einheitliche Vorgaben und deren Anwendung bei primären Plausibilitätsprüfungen im PVS
 - Einbeziehung von vereinheitlichten Eingangsprüfungen bei den KVen
 - Eingabeunterstützung durch Schlagwortkataloge unter Reduktion des ICD-Auswahlbereiches nur im Einvernehmen und unter wissenschaftlicher Evaluierung
 - Gemeinsame übergeordnete Positionen zu Auslegungsfragen und zu einzelnen Kodierregeln
- Ambulante Kodierrichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband
- 18.01.2012
- 12

ambulante Kodierqualität prüfen?



- ca. 24 Diagnosen pro Versichertenjahr (2008) in der vertragsärztlichen Versorgung (Abschätzung auf Basis der InBA-Stichprobe)
- ca. 70 Mio. GKV-Versicherte incl. mitversicherte Familienmitglieder
- ca. 1,7 Mrd. ICD-10 Diagnosen werden jährlich in der vertragsärztlichen Versorgung produziert
- Auf Basis der Gesamtvergütung 2008 ca. 17 € pro Diagnose
– dem Krankenhaussektor vergleichbare Prüfungen nicht vorstellbar

Ambulante Kodierrichtlinien
R. Tavakolian, GKV-Spitzenverband
18.01.2012
13



Einvernehmlicher Aufbau empirischer Analyseverfahren



- Entwicklung und Bereitstellung von ausgewogenen Analysemöglichkeiten für KBV/KVen und Kassenseite
- Regelmäßige Berichte zu Kodierqualität und Kodiereffekten
- Etablierung von aufwandsreduzierten Rückkopplungsverfahren an Ärzte
- Synergistische transparente Anpassungen der Patientenklassifikationssysteme und Kodierrichtlinien auf Basis von allen Verhandlungspartnern zu Verfügung stehenden Daten.

Fazit



- Die Morbiditätskodierung ist eine ureigene ärztliche Aufgabe.
- Hierfür steht mit der ICD-10 eine bewährte Klassifikation zur Verfügung.
- Falls eine vergütungsrelevante Nutzung der Diagnosen erfolgen soll, muss die Diagnosenvergabe zusätzlich qualitätsgesichert werden.
- Der Umfang dieser Qualitätssicherung muss der Verwendung und den Risiken angepasst werden.