

Patientenklientel und Diagnosespektrum in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin

Ausgewählte Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung

Michael Zinke, Heinz Koch, Hedy Kerek-Bodden, Bernd Graubner, Gerhard Brenner

Seit dem 1.1.2000 besteht für den ambulanten und klinischen Bereich des Gesundheitswesens im Rahmen der Abrechnung ärztlicher Leistungen die gesetzliche Pflicht¹ zur Kodierung der Diagnosen unter Anwendung der ICD-10-SGBV. Um die Diagnosenangaben zu präzisieren, werden Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit (Verdacht, Ausschluss, Zustand nach) und zur Seitenlokalisation (rechts, links, beiderseits) empfohlen, was für die Epidemiologie von Infektionskrankheiten und die Analyse bestimmter Erkrankungsrisiken von großer Bedeutung ist.

Vom Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), werden seit dem III. Quartal 1998 aus der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Abrechnungsdaten patienten- und diagnosenbezogen ausgewertet. Basis dafür ist ein Arzt-Patienten-Panel, welches auf anonymisierter Basis je Patient Diagnosen, Alter, Geschlecht, Arzt-/Praxiskontakte sowie ärztliche Leistungen und angefordertes Punktzahlvolumen nach Fachgebieten beinhaltet.

¹ Gemäß § 295 SGB V

² Rund 70 % aller Praxen im KV-Bereich und im Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde rechnen in der KV Nordrhein per Datenträger ab (Quelle: KBV-Statistik installierter DV- Abrechnungssysteme v. 30.9.2000).

³ Hausärztlich tätig sind in Deutschland etwa 99 % aller Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Quelle: KBV - Bundesarztregister, 31.12.2000).

⁴ Die Leistungsstruktur der Panel-Praxen (wie Behandlungsfälle und Leistungsbedarf je Praxis) stimmt zudem mit der Leistungsstruktur aller Praxen des Fachgebietes im KV-Bereich überein.

⁵ Bezogen auf alle Patienten mit Geschlechtsangabe (37.927). Diese fehlt in den Abrechnungsdaten häufiger, da sie dort nur als „Kanngröße“ verfügbar ist.

Das Panel erfasst je Quartal ca. 600.000 Patienten und ca. 2 Millionen Diagnosen aus 450 Praxen 14 verschiedener Fachrichtungen, die mittels Datenträger mit ihrer KV abrechnen.² Dabei sind ca. 40.000 Patienten aus 30 Praxen von hausärztlich tätigen³ Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin. Da die Praxen im Panel je Fachgebiet auf einer Zufallsauswahl aller Praxen der Region basieren, können die Ergebnisse als repräsentativ angesehen werden.⁴ Sie wurden vom ZI und dem Berufsverband gemeinsam am 30.5.2001 auf einer Sitzung in Köln diskutiert und interpretiert.

Eine Auswahl besonders interessanter und relevanter Ergebnisse soll hier vorgestellt werden. Das betrifft zum einen patientendemografische Aspekte und zum anderen Diagnosenstellungen, denen im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen von Kuration und Prävention besondere Bedeutung zukommt.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich mit einer Ausnahme (Tab. 7) auf das I. Quartal 2000, das Quartal mit der größten Pati-

entenzahl im Jahr, und ausschließlich auf die „Behandlungsmorbidität“. Die Bezugsgröße ist dabei immer die Zahl der behandelten Patienten und nicht die Bevölkerung.

Patientenklientel

Im I. Quartal 2000 wurden von den Kinder- und Jugendärzten im ZI-Panel insgesamt 40.086 Patienten behandelt, jeweils zur Hälfte Jungen und Mädchen.⁵

Mit einem Anteil von 29,5 % sind Patienten der Altersgruppe von 2–4 Jahren (11.820) am häufigsten vertreten, gefolgt von Patienten im Alter von 5–6 Jahren mit 16,6 % (6.655). Mit 2,3 % ist der Anteil von Patienten im Alter von über 16 Jahren (922) dabei am geringsten vertreten (Abb. 1).

Der hohe Anteil von Patienten im Alter von 2–4 Jahren hängt größtenteils mit dem in dieser Altersgruppe erfolgenden Eintritt in einen Kindergarten zusammen, was erfahrungsgemäß zu einer deutlichen Zunahme von Infektionen und damit zu erkrankungsbedingten Arztkonsultationen führt.

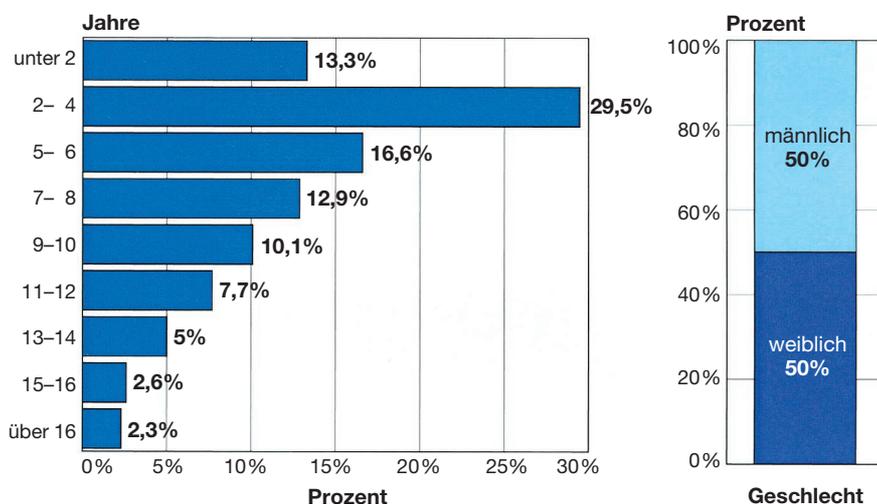


Abb. 1: Alter und Geschlecht der Patienten in Prozent bei Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin

ZI-Panel-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe, Quartal I/2000

Am „behandlungsintensivsten“⁶ sind allerdings nicht die „Kindergartenkinder“, sondern die „Kleinkinder“ unter 2 Jahren. Sie sind mit 13,3 % die drittstärkste Altersgruppe (5.338)⁷. Diese Patientengruppe weist mit einem angeforderten Leistungsbedarf von 1.945 Punkten, 3,8 Arzt-/Praxiskontakten, 5,7 Diagnose-Einträgen und 11,8 Leistungen je Patient in diesem Quartal jeweils die höchsten Werte (Tabelle 1) auf.

Der angeforderte Leistungsbedarf liegt bei diesen Patienten um rund 75 % über dem Gesamtdurchschnitt aller Patienten (1.114 Punkte).

Diagnosenspektrum

Die auf der dreistelligen ICD-10-Ebene und über alle Altersgruppen zusammengefasste Diagnosenstatistik (siehe Tabelle 2) des Zentralinstituts lässt gut erkennen, welche Diagnosen bzw. Behandlungsschwerpunkte die Praxis niedergelassener Kinder- und Jugendärzte bestimmen bzw. welchen davon im Rahmen von Kuration und Prävention besondere Bedeutung zukommt.

⁶ Gemessen an den in Tabelle 1 aufgeführten Behandlungsindikatoren.

⁷ In den Quartalen II-IV/2000 ist das jeweils die zweitstärkste Gruppe nach den 2-4-jährigen Patienten.

Stellenwert der Prävention

Erwartungsgemäß wird „akute Infektion der oberen Luftwege (ICD: J06)“ bei Patienten von Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin am häufigsten dokumentiert und zwar bei etwa einem Viertel der Patienten aller Altersgruppen (23,9%) bzw. knapp einem Drittel aller Kontakte (29,2%).

Doch bereits an zweiter Stelle steht die Vorsorge (ICD-10: Z00), die bei 12,8% der Patienten durchgeführt wird (Tabelle 2) und auf die 18,2% aller Patientenkontakte entfallen. Die Impfungen,

deklariert als Einzel- und Kombinationsimpfung, liegen auf dem 6. (7,7 % der Patienten), 12. (5,1 % der Patienten) und 13. Rang (5,0 % der Patienten), wobei natürlich viele Patienten Mehrfach- und Einfachimpfung gleichzeitig erhalten haben (Tabelle 2). Damit wird ein erheblicher Teil des ärztlichen Handelns im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin durch Prävention bestimmt (ca. 40%).

Stellenwert ausgewählter akuter und chronischer Erkrankungen

Neben den akuten Infektionserkrankungen der oberen Luftwege und der Prävention behandeln Kinder- und Jugendärzte eine Vielzahl von chronischen und akuten Erkrankungen, über deren Häufigkeit das ZI-Panel Aufschluss gibt.

Akute eitrige Otitis media

Über alle Altersgruppen wurden in den Praxen 10% der Patienten wegen akuter eitriger Otitis media (H66) vorgestellt. Das ist die dritthäufigste Diagnosenstellung und entspricht 14,6% aller Patientenkontakte (Tabelle 2).

Bei Kindern unter 2 Jahren sind das rund 11,8 % der Patienten (16,1 % der Kontakte), bei Kindern von 2-4 Jahren sind es 15,2 % (21,3 % der Kontakte) und

Alter der Patienten in Jahren	Patienten		angeforderter Leistungsbedarf in Punkten	Arzt- und Praxiskontakte	Anzahl Diagnosen-Einträge des Versicherten im Quartal	Leistungen (EBM-Ziffern)
	Anzahl absolut	Anteil in %	absolut je Patient	absolut je Patient	absolut je Patient	absolut je Patient
unter 2	5 338	13,3%	1 945	3,8	5,7	11,8
2- 4	11 820	29,5%	1 137	3,0	4,1	8,8
5- 6	6 655	16,6%	1 100	2,8	4,1	8,9
7- 8	5 160	12,9%	844	2,4	3,3	7,6
9-10	4 044	10,1%	812	2,2	3,0	7,3
11-12	3 087	7,7%	834	2,3	3,1	7,4
13-14	2 024	5,0%	877	2,3	3,3	7,7
15-16	1 036	2,6%	820	2,1	2,9	7,3
über 16	922	2,3%	732	1,8	2,7	6,2
Gesamt	40 086	100,0%	1 114	2,8	3,9	8,6

Tab. 1: Leistungsbedarf, Arzt-/Praxiskontakte, Diagnose-Einträge und Leistungen als Behandlungsindikatoren nach Patientenalter in Praxen von Kinder- und Jugendärzten

ZI-Panel-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe, Quartal I/2000

	ICD-10-Schlüsselnummer und Kurztext*	RANG bezogen auf den Patientenanteil	in % aller Patienten	in % aller Arzt-/ Praxiskontakte
J06	Akut. Infekt an mehr. od. n.n.bez. Lokal. d. ober. Atemwege	1	23,9	29,2
Z00	Allgemeinunters./Abklär. b. Person oh. Beschwerd./Diagn.	2	12,8	18,2
H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	3	10,0	14,6
J20	Akute Bronchitis	4	9,7	14,0
R50	Fieber unbekannter Ursache	5	8,2	11,4
Z27	Notwendigk. d. Impfung geg. Kombinat. v. Infektionskrankh.	6	7,7	10,6
J03	Akute Tonsillitis	7	7,5	9,7
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	8	5,8	7,4
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9	5,8	8,8
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	10	5,3	7,8
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	11	5,1	7,0
Z26	Notwendigk. d. Impfung geg. and. einzelne Infektionskrankh.	12	5,1	5,9
Z24	Notwendigk. d. Impfung geg. best. einzelne Viruskrankh.	13	5,0	5,6
J00	Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen)	14	4,5	6,6
B99	Sonstige und nicht näher bez. Infektionskrankheiten	15	4,5	6,1
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	16	4,4	6,0
L20	Atopisches (endogenes) Ekzem	17	4,4	5,6
H65	Nichteitrige Otitis media	18	4,2	6,4
F80	Umschriebene Entwicklungsstör. d. Sprechens u. d. Sprache	19	4,2	5,3
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	20	4,1	6,8
H10	Konjunktivitis	21	4,0	6,1
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts ni. klassif.	22	3,9	5,7
F82	Umschriebene Entwicklungsstörungen d. motor. Funktionen	23	3,8	5,5
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	24	3,7	4,6
J45	Asthma bronchiale	25	3,6	4,9
J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	26	3,6	4,8
R11	Übelkeit und Erbrechen	27	3,5	5,2
A09	Diarrhoe u. Gastroenteritis, vermutl. infekt. Ursprungs	28	3,4	5,0
R62	Ausbleiben d. erwarteten normalen physiolog. Entwickl.	29	3,3	4,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	30	3,3	4,4

* Mehrfachzählungen je Tabellenzeile bzw. ICD-10-Schlüsselnummer

Tab. 2: Die 30 häufigsten ICD-10-Diagnoseschlüsselnummern („Dreisteller“) in Praxen von Kinder- und Jugendärzten

ZI-Panel-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe, Quartal I/2000

bei Kindern von 5–6 Jahren 12% (16,3 % der Kontakte) der Patienten in dieser Altersgruppe (Tabelle 3).

Im Alter von 13–14 Jahren wird die Diagnose akute Otitis nur noch für 3,5 % der Patienten (4,9% der Kontakte) gestellt.

Im Alter von 2–6 Jahren steht diese Diagnose nach den akuten Luftwegsinfekten an vorderster Stelle. Hier könnte mit einer frühen flächendeckenden Impfung gegen Pneumokokken nachweislich über ein Drittel der Erkrankungen verhindert und erhebliche Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden.

Adipositas

Die Diagnose Adipositas (E66) tritt unter den 50 häufigsten Dia-

gnosen der Patienten von Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin erst im Alter von 7-8 Jahren auf (Tabelle 4) und steigt hier von der 43. Stelle der Häufigkeit (2,0 %

der Patienten und 2,3 % der Kontakte in dieser Altersgruppe) auf Rang 12 bei Patienten im Alter von 13–14 Jahren (5,0 % der Patienten und 6,2 % der Kontakte).

Alter in Jahren	RANG bezogen auf den Patientenanteil	in % aller Patienten	in % aller Arzt-/ Praxiskontakte
unter 2	8.	11,8	16,1
2-4	2.	15,2	21,3
5-6	2.	12,0	16,3
7-8	5.	6,5	8,4
9-10	7.	5,2	6,6
11-12	20.	3,7	4,5
13-14	22.	3,5	4,9
15-16	26.	2,5	4,6
über 16	26.	2,4	3,9

Tab. 3: Diagnosenstellung Eitrige Otitis media (H66) nach Altersgruppen in Praxen von Kinder- und Jugendärzten

ZI-Panel-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe, Quartal I/2000

Alter in Jahren	RANG bezogen auf den Patientenanteil	in % aller Patienten	in % aller Arzt-/Praxiskontakte
7-8	43.	2,0	2,3
9-10	22.	3,1	3,9
11-12	21.	3,7	4,2
13-14	12.	5,0	6,2
15-16	15.	3,9	4,9
über 16	29.	2,1	3,0

Bei unter 7-jährigen Patienten nicht unter den 50 häufigsten Diagnosen

Tab. 4: Diagnosenstellung Adipositas (E66) nach Altersgruppen in Praxen von Kinder- und Jugendärzten

ZI-Panel-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe, Quartal I/2000

Bei über 16-Jährigen fällt die Häufigkeit auf den 29. Rang zurück (2,1 % der Patienten und 3,0% der Kontakte), da die Jugendlichen im Alter von 15 bis 18 Jahren insgesamt – und mit dieser Erkrankung – zunehmend seltener die Praxen von Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin aufsuchen.

Mit diesen Zahlen wird die Dimension dieses Gesundheitsproblems und die Herausforderung für eine verstärkte Prävention im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin deutlich.

Asthma bronchiale

Über alle Altersgruppen gesehen, steht Asthma bronchiale (J45) an 25. Stelle der führenden Diagnosen. Sie wird bei 3,6 % aller Patienten gestellt, und darauf entfallen 4,9% aller Patientenkontakte (Tabelle 2).

Mit zunehmendem Alter gewinnt das Bronchialasthma immer mehr an Bedeutung (Tabelle 5). Dabei ist der Patientenanteil im Alter von 9–10 Jahren mit 5,6 % am häufigsten (Rang 5 mit 7,2% aller Kontakte in dieser Altersgruppe). Bei Kindern unter 2 Jahren fehlt die Diagnose „Asthma bronchiale“, dafür steht hier die „sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit“ (J44) auf Rang 20 (6,7% der Patienten und 10,1% der Kontakte).

Obwohl Jugendliche über 16 Jahren in deutlich geringerer Zahl Praxen von Kinder- und Jugendärzten aufsuchen, steht hier die Diagnose Asthma immer noch an 10. Stelle (4,2 % der Patienten und 5,4 % der Kontakte), was die vertrauensvolle Bindung der chronisch kranken Patienten bis zum 18. Lebensjahr an den Kinder- und Jugendarzt unterstreicht.

Alter in Jahren	RANG bezogen auf den Patientenanteil	in % aller Patienten	in % aller Arzt-/Praxiskontakte
2-4	40.	2,4	3,4
5-6	27.	3,5	5,2
7-8	10.	4,9	7,6
9-10	5.	5,6	7,2
11-12	6.	5,4	7,5
13-14	11.	5,3	7,1
15-16	5.	5,2	7,3
über 16	10.	4,2	5,3

Bei unter 2-jährigen Patienten nicht unter den 50 häufigsten Diagnosen

Tab. 5: Diagnosenstellung Asthma bronchiale (J45) nach Altersgruppen in Praxen von Kinder- und Jugendärzten

ZI-Panel-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe, Quartal I/2000

Atopisches Ekzem

Insgesamt stellen Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin bei 4,4% aller Patienten (Rang 17) die Diagnose atopisches Ekzem (L20).

Die Häufigkeit der Erkrankung liegt für das Alter bis zum 10. Lebensjahr ziemlich konstant bei 4,6% aller Patienten (Tabelle 6) und fällt ab dem 11. Lebensjahr kontinuierlich ab auf 1,7% (Jugendliche im Alter über 16 Jahren). Eine der Ursachen dieser abfallenden „Morbidität“ liegt sicher an der häufigen Spontanheilung und teilweise auch am weniger ausgeprägten Krankheitsbewusstsein im Pubertätsalter.

Die größte Bedeutung für die Praxis besteht vor allem im Alter von 9–10 Jahren. Hier steht das atopische Ekzem an 10. Stelle der häufigsten Diagnosen (4,5 % der Patienten und 5,0 % der Kontakte in dieser Altersgruppe).

Vasomotorische und allergische Rhinopathie

Die Pollinose (J30) tritt am häufigsten in den Monaten April, Mai und Juni auf. Während sie im I. Quartal 2000 unter den 30 häufigsten Diagnosen nicht vorkommt (siehe Tabelle 2), rangiert sie im II. Quartal 2000 auf Platz 15. Sie findet sich hier bei 4,8% aller Patienten bzw. bei 6,3% aller Patientenkontakte, wobei Jungen häufiger betroffen sind (Rang 12) als Mädchen (Rang 19).

Bezogen auf die Altersverteilung (Tabelle 7) liegt das Minimum der Erkrankungshäufigkeit im Alter von 2–4 Jahren (Rang 47–2,1 % der Patienten und 3,2 % der Kontakte) und steigt kontinuierlich bis zum Alter von 13 bis 18 Jahren (Rang 1 mit 14–16% aller Patienten und 21–23 % der Kontakte).

Abgesehen von den überraschend hohen Morbiditätszahlen zeigt dies wieder, dass gerade der chronisch kranke Jugendliche die Arztbindung an den Kinder- und Jugendarzt aufrecht erhält.

Alter in Jahren	RANG bezogen auf den Patientenanteil	in % aller Patienten	in % aller Arzt-/Praxiskontakte
unter 2-4	27.	4,6	6,4
2-4	18.	4,7	6,0
5-6	17.	4,6	5,9
7-8	13.	4,7	5,5
9-10	10.	4,5	5,0
11-12	17.	4,0	4,8
13-14	28.	2,9	3,0
15-16	32.	2,0	2,7
über 16	35.	1,7	2,0

Tab. 6: Diagnosenstellung atopisches Ekzem (L20) nach Altersgruppen in Praxen von Kinder- und Jugendärzten

ZI-Panel-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe, Quartal I/2000

Angeborene Deformität der Hüfte

Wie wichtig die Verwendung von Zusatzkennzeichen bei der Verschlüsselung der Diagnosen ist, zeigt das Beispiel der Hüftgelenkdysplasie (Q65). Diese Diagnose steht im Zeitrahmen des Hüftscreenings (Alter unter 2 Jahre) an 4. Stelle aller Diagnosen (12,5% aller Patienten, 13,9% aller Patientenkontakte). Ohne die bislang zu selten angegebene Zusatzkodierung⁸ Verdacht oder Ausschluss ist diese Diagnosenangabe kaum zu bewerten. Diese Tatsache belegt jedoch nicht, dass die übrigen oben aufgeführten Diagnosen statistisch ähnlich unsicher sind, da diese als Verdachts- und Ausschluss-Diagnosen deutlich seltener verwendet werden und nicht zuletzt auch deswegen hier ausgewählt worden sind.

Diskussion

Die auf anonymisierten Abrechnungsdaten basierenden Panel-daten des Zentralinstituts aus dem KV-Bereich Nordrhein ergeben aufschlussreiche Fakten für die Praxis des Kinder- und Jugendarztes.

Die Daten stammen aus dem Einführungsjahr der ICD-10-SGBV-Diagnosenverschlüsselung. Es ist daher noch zu früh, sie als absolut sicher einzuordnen. Dennoch lassen sich eindeutige Behandlungsschwerpunkte des Fachgebietes und altersbezogene Morbiditätsmuster erkennen.

Das ist ein besonderes Verdienst des Zentralinstituts, welches diese Möglichkeit mit dem Aufbau des Arzt-Patienten-Panels geschaffen hat.

Alter in Jahren	RANG bezogen auf den Patientenanteil	in % aller Patienten	in % aller Arzt-/Praxiskontakte
2-4	47.	2,1	3,2
5-6	14.	5,7	9,7
7-8	5.	8,7	13,1
9-10	2.	11,1	17,1
11-12	3.	13,4	19,5
13-14	1.	15,5	21,4
15-16	1.	16,3	20,9
über 16	1.	13,9	22,5

Bei unter 2-jährigen Patienten nicht unter den 50 häufigsten Diagnosen

Tab. 7: Diagnosenstellung Vasomotorische allergische Rhinopathie (J30) nach Altersgruppen in Praxen von Kinder- und Jugendärzten

ZI-Panel-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe, Quartal II/2000

Wo findet man sonst einen Nachweis, dass die Prävention an 2. Stelle aller Patientenkontakte steht oder dass allergische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter einen solch hohen Stellenwert haben?

Mit der ICD-10-SGBV-Verschlüsselung von Diagnosen besteht die ideale Möglichkeit, über die nächsten Jahre die Entwicklung der Behandlungsmorbidität im Patientenkontext von Kinder- und Jugendärzten zu verfolgen. Auf diese Weise erhalten wir ein Instrument, um z.B. die Häufigkeit von Masern-Erkrankungen in einzelnen Regionen zu erfassen und gezielt Impfstrategien zu entwickeln. Auch die Fragen, ob die Häufigkeit der Adipositas weiter so rasant ansteigt und im welchem Umfang allergische Erkrankungen zunehmen, lassen sich damit beantworten. Die zunehmende Bedeutung der Sozialpädiatrie in den Praxen von Kinder- und Jugendärzten könnte ebenfalls aufgezeigt werden. Insgesamt lässt sich hier nachweisen, über welch breites Diagnosespektrum unser Fachgebiet verfügt.

Es liegt an allen Kinder- und Jugendärzten, die in der Praxis verschlüsseln: Durch die präzisierende Zusatzkodierung von Verdacht, Ausschluss und Zustand nach können diese Daten in Zukunft sicherer werden und lassen sich dann auch gezielter zur Entwicklung von Strategien gegenüber der Gesundheitspolitik verwenden. Das trägt zu einer Stärkung der Kompetenz des Fachgebietes bei und führt möglicherweise auch zu einer besseren Honorierung.

Es soll hier deshalb noch einmal an alle der Appell gerichtet sein, die Kodierung der Diagnosen sorgfältig vorzunehmen.

Zwischen Berufsverband und ZI wurde diskutiert, möglichst auf

⁸ Im ZI-Panel werden die Diagnoseeinträge bei der geringen Verwendung bislang nicht in der Auswertung berücksichtigt, auch wenn die Zusatzkennzeichenverwendung im Laufe des Jahres 2000 von 5 % auf 10 % gestiegen ist.

alle Softwarefirmen Einfluss zu nehmen, die Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit (Verdacht, Ausschluss, Zustand nach) und zur Seitenlokalisation (rechts, links, beiderseits) bei der Diagnoseeingabe automatisch zu berücksichtigen, damit diese nicht immer manuell als Zusätze V, A, Z, R, L, B hinter die Schlüsselnummer angehängt werden müssen. Einige Softwarefirmen haben dies bereits arbeitserleichternd umgesetzt. Ein Großteil der Praxen wird davon profitieren, da der Anteil manuell abrechnender Praxen auch im Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde weiter abnimmt (z.Zt. 20%).

Ausgewählte Literatur:

Brenner, G., Heuer, J., Kerek-Bodden, H., Koch, H., Lang, A. „5 Prozent der Patienten verursachen 20 Prozent der hausinternistischen Behandlungskosten“, in: Der Internist, 2/2001, S. 35-41

Kerek-Bodden, H., Koch, H., Brenner, G., Flatten, G. „Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenkontexts“, in: ZaeFQ (2000) 94, S. 21-30

Brenner, G., Koch, H., Kerek-Bodden, H., Heuer, J. „Was kostet welche Krankheit? Morbiditäts- und Kostenbelastung durch chronisch kranke Dauerpatienten“, in: Der Allgemeinarzt, 16/2000, S. 1204-1210

Kerek-Bodden, H., Brenner, G., Koch, H., „Morbiditäts- und versichertenbezogene Leistungsanalyse auf der Basis von Routineabrechnungsdaten niedergelassener Ärzte – Probleme und Potenziale der Sekundäranalyse“ in: Das Gesundheitswesen, 2000; 62, A72-A73 (Kurzfassung der Beiträge zur Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Berlin 2000)

Brenner, G., Koch, H., Kerek-Bodden, H., Graubner, B., „The Patient Panel of The Central Research Institute of Ambulatory Health Care in the Federal Republic of Germany – Perspectives and Limitations of Patient-related Follow-up Analysis“, in: Victor, N. u.a. (Hrsg.), „Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology for Efficient Health Care and

Medical Research. Contributions from the 44th Annual Conference of the GMDS“, S. 93-96, Heidelberg 1999

Aufruf

Das Zentralinstitut (ZI) bittet alle Kinder- und Jugendärzte, die an der Weiterentwicklung der Diagnosenverschlüsselung interessiert sind, um Mitteilung über Erfahrungen und Änderungsvorschläge zur ICD-10 SGBV. Diese sollen in einem neuen Band einer Schriftenreihe des ZI publiziert werden. Anschrift siehe unten.

Dr. Michael Zinke
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Hamburg
Tangstedter Landstr. 77
22415 Hamburg

Dr. Heinz Koch und Dr. Bernd Graubner
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Höninger Weg 115
50969 Köln

Red.: Gritz