

Aktualisierte DEGAM-Stellungnahme zur Diagnosen- Kodierung

(Stand 22.6.2011)

Derzeit ist im Versorgungsgesetzentwurf nicht mehr vorgesehen, die Erstellung und Nutzung einer ambulanten Kodierrichtlinie (AKR) gesetzlich zu verankern. Dem zu Folge gelten nach wie vor gemäß SGB V die Regeln der deutschen ICD-10-Version; allerdings ohne Ergänzung durch die bisher vorgesehene vereinfachte hausärztliche Kodierung.

Wenn in Zukunft zur besseren Erfassung regionaler Morbidität im RSA eine vollständigere und präzisiertere Kodierung gefordert wird, dann bedeutet das mit oder ohne AKR erhebliche Mehrarbeit in der Praxis. Nach vorliegenden Forschungsergebnissen ist die derzeitige ICD-10 GM zur Abbildung z.B. hausärztlicher Tätigkeit ungeeignet.

Die DEGAM fordert deswegen:

1. In Zukunft sollen bei der Kodierung besonders Praktikabilität, aber auch internationale Übertragbarkeit und Vergleichbarkeit sowie Eignung für sektorenübergreifende Versorgungsforschung im Fokus stehen.
2. Basis der Kodierung bleibt die ICD-10. Allerdings sollte – angelehnt an die ICPC-2 – eine verkürzte Diagnosen-Liste für die hausärztliche Versorgungsebene, die Versorgung in Notfällen bzw. im ärztlichen Bereitschaftsdienst und für Spezialisten außerhalb ihres Fachgebietes gelten.
3. Zur Vermeidung von Informationsverlusten sind alle behandlungs-relevanten Diagnosen als ICD-10-Kodierung und zusätzlich im Klartext zu übertragen.
4. Analog dem klinischen Bereich sollen „Behandlungsdiagnosen“ nur noch als „vorrangige“ Behandlungsbegründungen verstanden werden, die ggf. durch Dauerdiagnosen und anamnestische Diagnosen ergänzt werden können.
5. Diagnosen können analog der ICPC-2 als Ereignis bzw. Episode dokumentiert werden mit Datum des Beginns und ggf. zusätzlich für das Ende der Erkrankung.
6. „Anamnestische“ Diagnosen sind fakultativ (mit oder ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal), separat von Behandlungsdiagnosen und möglichst mit Datum zu erfassen und zu übertragen.
7. Die bisher nur im deutschen ambulanten Bereich geltenden Zusatzkennzeichen A („Ausschluss von“), V („Verdacht auf“), Z („Zustand nach“) sind (vorübergehend) noch möglich, aber für Zwecke der Morbiditätserfassung unbrauchbar. Da diese Zusätze im Ausland als gesicherte Diagnosen fehlgedeutet werden, sollten sie zugunsten gesicherter Diagnosen (z.B. Kodierung auf Symptomebene oder gemäß ICPC-2) vermieden werden.
8. Endstellige Doppelkodierungen z.B. im +/* System der ICD-10 sollen durch parallele Verwendung unspezifischerer Codes ersetzt werden können. Eine Zusammenführung für die Bewertung im Morbi-RSA erfolgt dann auf der Ebene des Bundesversicherungsamtes durch spezielle Grouper-Programme; dafür sind die Definitionen der HMG zu ergänzen.
9. Eintragungen im Notfalldatensatz (Allergien und Unverträglichkeiten) sollen als fakultativ und nicht als abschließend gelten; sie sollten vorrangig als Freitext sowie ggf. zusätzlich kodiert hinterlegt bzw. übertragen werden.
10. Definitionen der häufigsten Diagnosen sollen – wenn sinnvoll und erforderlich – in Zusammenarbeit mit DIMDI und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften jeweils für die betreffenden Versorgungsebenen erarbeitet werden.

Erläuterungen finden sich in der DEGAM-Stellungnahme zu den AKR vom 20.12.2010
(http://www.degam.de/uploads/media/101216_DEGAM-Stellungnahme_zu_Kodierrichtlinien.pdf)