Start der neuen Kodierhilfen
Was unterstützt und was behindert

von Dr. Jana Husemann

Zum 1. Januar 2022 ist in einigen Praxisverwaltungssystemen (PVS) die neue Kodierunterstützung der KBV gestartet. Diese soll es Praxen erleichtern, den richtigen Kode für den Beratungsanlass zu dokumentieren. Erste Anwender:innen haben aber bereits vor allem bei den Funktionen zu den Dauerdiagnosen Zeitfresser ausgemacht. Davor hat der Deutsche Hausärzteverband schon früh gewarnt, denn wir fordern von den Kodierhilfen eine Entlastung. Im Folgenden erkläre ich Ihnen das Grundgerüst mit Konzentration auf den Kodiercheck und die Dauerdiagnosenverwaltung.

Zur Klarstellung vorweg: Die Kodierunterstützung im PVS sind lediglich neue Softwarefunktionen. Es handelt sich dabei nicht um eine Kodier-Richtlinie, neue verpflichtende Regeln oder Vorgaben.

Hintergrund

Seit 2000 sind Vertragsärzt:innen und Psychotherapeut:innen verpflichtet, Behandlungsdiagnosen möglichst genau zu verschlüsseln (Paragraf 295 SGB V). Als Kodiergrundlage dient der ICD-10-GM mit rund 16.000 Kodes in 22 Kapiteln. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 11. Mai 2019 wurde die KBV verpflichtet, verbindliche Kodierregeln zum 1. Januar 2022 einzuführen.

"Wer kann, der muss!“

Für Vertragsärzt:innen gelten auch weiterhin beim Kodieren die bekannten Regeln des ICD-10. Neu ist, dass die Regeln nicht nur im Kollektivvertrag gelten, sondern auch in den Selektivverträgen und bei ambulanten Behandlungen im Krankenhaus. Das Ziel ist eine bessere Vergleichbarkeit der dann einheitlich verschlüsselten Diagnosen. Zudem sollen Praxen die bereits bestehenden Regeln der Kodierung mit möglichst wenig Aufwand einhalten können, so die KBV.

Jedoch halten noch nicht alle PVS die Kodierunterstützung vor, deshalb die Übergangsregelung: Praxen, deren Software die technischen Voraussetzungen bietet, starten sofort (eine Liste dazu im Anhang). Praxen, deren Software noch nicht von der KBV zertifiziert ist, können die Kodierhilfe spätestens ab 30. Juni 2022 nutzen.

Die Unterstützungssoftware gliedert sich in die inhaltlichen Bereiche:

- Kodesuche (freiwillige Nutzung)
- Benutzungshinweise etwa zu Meldepflichten oder Hinweisen nach dem IfSG (Software zeigt Hinweise wie bisher an)

- **NEU:** Hinweise aus der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Verschlüsselungsanleitung (freiwillige Nutzung)
- **NEU:** Kodiercheck als Überprüfung der eingegebenen ICD-Kodes auf Plausibilität, um Fehlkodierungen zu vermeiden (freiwillige Nutzung)
- **NEU:** Weitere Funktionen bei der Dauerdiagnosenverwaltung: Prüfung eines Kodes auf Eignung als Dauerdiagnose und quartalsübergreifender Dauerdiagnosen-Check (freiwillige Nutzung)

Der Kodiercheck

Bei der Überprüfung der ICD-Kodes, dem sogenannten Kodiercheck, wird ein eingegebener Kode mit dem gesamten Datensatz des Patienten abgeglichen, ob er dazu passt. Wenn dies nicht der Fall ist, beispielsweise wegen Implausibilität mit anderen eingegebenen Kodes oder auch wenn ein spezifischerer Kode vorhanden ist, erscheint ein entsprechender Hinweis. Bei Implausibilität eines Kodes gibt die Software unter anderem Alternativvorschläge. Diesen Hinweisen kann man, muss man aber nicht folgen. Der Vorschlag eines etwa fünfstelligen Kodes kann folgenlos ignoriert werden.

Auch bei progressiven Krankheitsverläufen kann auf zusätzlichen Kodierungen hingewiesen werden. Wird bei einem Diabetiker erstmalig eine Überweisung zum Neurologen ausgestellt, kommt die Meldung, dass eventuell zusätzlich der Kode G63.2 (diabetische Polyneuropathie) möglich ist.

Zunächst gibt es diesen Kodiercheck nur für vier Krankheitsbilder:

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Diabetes mellitus und
- Bluthochdruckfolgen.

DIESER KODIERCHECK LÄUFT PERMANENT IM HINTERGRUND UND KANN NICHT ABGESCHALTET WERDEN. Jedoch lässt sich die Software so einstellen, dass der Check nicht direkt beim Kodieren, sondern erst zur Testabrechnung aktiv wird. Zudem soll es laut KBV die Einstellung geben, denselben Hinweis bei demselben Patienten nur einmal pro Quartal anzuzeigen. Man sollte sich also überlegen, wann man die Zeit investieren will: zwischendurch in der Sprechstunde oder am Ende des Quartals gebündelt, ist dann allerdings zeitaufwändiger.
Für Hausärzt:innen gilt ab dem 1. Januar 2022 weiterhin die Vorgabe, dass eine vierstellige Kodierung ausreicht: X00.0. Ebenso trifft dies für den Notdienst zu.

Wichtig: Die exakte Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen ist für uns alle wichtig, um die Morbidität unserer Patient:innen möglichst genau widerspiegeln und dokumentieren zu können. Die Kodierung ist ein entscheidendes Kriterium dafür, wieviel Geld die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante Versorgung zur Verfügung stellen. Beispiel: Es macht einen

großen Unterschied, ob man als Dauerdiagnose nur einen Diabetes mellitus oder einen Diabetes mellitus mit Nephropathie oder mit multiplen Komplikationen verschlüsselt. Auch wenn es zunächst Mehrarbeit bedeutet, es lohnt sich! Mithilfe einer möglichst exakten Kodierung bilden Sie Ihren Arbeitsaufwand in der Praxis bestmöglich ab.

Langfristig ist diese Basis der Vergütung natürlich auch nicht unendlich sinnhaft, wenn wir alle eines Tages sämtliche Diagnosen unserer Patienten detailliert verschlüsselt haben. Allerspätestens dann muss eine grundlegende Reformierung der Vergütungssystematik durchgeführt werden! Momentan steht diese leider jedoch noch nicht auf der Agenda. Und dennoch können wir alle durch eine exaktere Kodierung mehr finanzielle Ressourcen für die ambulante Versorgung aktivieren. Helfen Sie mit! Für sich und für Ihre Kolleg:innen im Fachgebiet!

Die Dauerdiagnosenverwaltung

NEU im Bereich der Dauerdiagnosenverwaltung ist die ergänzende Funktion zur Kennzeichnung von anamnestischen Diagnosen (wie etwa Z.n. Strumektomie). Diese Unterscheidung ist laut KBV freiwillig.

Bisher habe ich noch nie etwas von anamnestischen Diagnosen als Alternative zu Dauerdiagnosen gehört. Eine Medikamentenallergie zählt im Übrigen auch zu einer anamnestischen Diagnose, muss ich als Ärztin nicht wirklich verstehen, da es ja auch eine Dauerdiagnose sein könnte.

NEU: Während Dauerdiagnosen von der Software bereits vorausgewählt werden, müssen anamnestische Diagnosen vom Arzt aktiv angewählt werden, um sie zu übernehmen. Hier scheint bereits einer der ganz großen Haken zu sein bei der Umsetzung. So zumindest erste Rückmeldungen von Quincy-Anwendern: Bei Quincy müssen wohl alle Dauerdiagnosen jedes Quartal bei jedem Patienten neu aktiviert werden.

Wichtig, denn hier liegt ein Risiko: Werden etwa Dauerdiagnosen im laufenden Quartal nicht aktiviert, steigt bei der Dauerverordnung von Medikamenten im Rahmen einer chronischen Grunderkrankung das Risiko insbesondere für Medikamenten-Einzelfallregresse (Beispiel: Statin verordnet, aber KHK im laufenden Quartal nicht als Dauerdiagnose aktiviert). **Denn es gilt unverändert das Credo: KEINE REZEPTVERORDNUNG OHNE PASSENDE AKUT- BZW. DAUERDIAGNOSE.**

NEU hinzu kommt eine Prüfung auf Tauglichkeit eines Kodes als Dauerdiagnose. So würde ein Kode J02.8 (Akute Pharyngitis) als Dauerdiagnose abgelehnt.

Ebenfalls **NEU** ist eine quartalsübergreifende Überprüfung von Diagnosen auf deren Tauglichkeit als Dauerdiagnose. Dabei werden zunächst für die Diagnosegruppen Herzinfarkt und Schlaganfall Diagnosen quartalsübergreifend geprüft, ob als Akutdiagnosen abgerechnete Kodes auch weiterhin als Dauerdiagnosen abgerechnet werden können. Zurückliegende Diagnosen werden dabei laut KBV nicht angepasst, sondern nur die des aktuellen Quartals.

Software gibt nur Hinweise

Wichtig für die Nutzung im Alltag wird sein, dass es sich bei diesen Kodierunterstützungen lediglich um Hinweise handelt, die eine korrektere Kodierung ermöglichen sollen. So werden etwa zunächst implausibel erscheinende Konstellationen nachgefragt, wenn bei einem Patienten beispielsweise gleichzeitig ein Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 verschlüsselt wird. Es bleibt dem Anwender überlassen, ob er den Hinweis beachtet oder nicht.

Ein weiteres Beispiel ist die nicht nachvollziehbare Übernahme einer Akutdiagnose als Dauerdiagnose, da in der weiteren Behandlung andere Kodes zutreffen wie etwa:

- I21.0-G Akuter Myokardinfarkt (bis zu 28 Tage)
- I25.2G Alter Myokardinfarkt (ab dem 29. Tag nach Infarkt)

Wichtig: Beide Kodes werden mit dem Zusatzkennzeichen „G“ verschlüsselt; eine Kodierung I21.-Z sollte möglichst vermieden werden. Denn "Z" zeigt an, dass die Krankheit folgenlos ausgeheilt ist, keine weitere Therapie (und damit auch keinerlei Dauermedikation) und/oder Kontrolluntersuchungen (etwa im Rahmen von DMP) nötig sind. Dies ist nach Myokardinfarkt nicht der Fall. Ein Zustand nach Appendektomie wäre hingegen eine anamnestische Diagnose und kann als solche mit Z.n. hinterlegt werden, wenn die Erkrankung postoperativ komplett und folgenlos ausgeheilt ist. Denn die Information über die stattgehabte Operation ist im Falle von unklaren Abdominalschmerzen ja dennoch nicht uninteressant und daher durchaus wert hinterlegt zu werden.

Um es noch einmal deutlich zu sagen: Es sind lediglich Hinweise, bei deren Nichtbeachtung durch den Sie keine Abrechnung gestoppt oder verhindert wird.

Praktische Umsetzung

Alle in den Praxen gespeicherten individuellen Diagnosefavoriten mit den entsprechenden ICD-Kodes, alle selbst erstellten Listen und auch alle vom individuellen PVS zur Verfügung gestellten Thesauri bleiben erhalten, heißt es seitens der KBV.

Neu hinzu kommen vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ausgearbeitete Thesauri für Haus- und Fachärzte, die in die Kodierunterstützung integriert sind.

Quellen:
https://www.kbv.de/html/1150_55971.php
https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Kodierunterstuetzung.pdf
https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/