

Diagnosen-Kodierung in der hausärztlichen Praxis

Ergebnisse einer Befragung auf der Practica 2011

Diagnostic Coding in General Practice

Results of a Survey

Christoph Claus¹, Jean-François Chenot², Uwe Popert³

Einführung: Die geplante Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien und der neuesten, deutschen Modifikation der ICD-10 (GM 2011) lässt einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand beim Kodieren erwarten. Detaillierte Daten zur Kodierpraxis in deutschen Praxen liegen bisher nicht vor. Ziel dieser Befragung war es, den bisherigen Zeitaufwand für die Kodierung abzuschätzen und die am häufigsten verwendeten, praxisinternen Kodierungsstrategien zu erfassen.

Methode: Mit Hilfe eines Fragebogens wurden 150 Teilnehmer der hausärztlichen Fortbildungsveranstaltung Practica befragt, welche Personen in den Praxen die Kodierung mit welchen Hilfsmitteln durchführen, wieviel Zeit dafür benötigt wird und ob eine Umstellung auf ein einheitliches, hausärztliches System gewünscht wird.

Ergebnisse: Die Kodierung der Diagnosen in den befragten Praxen wird überwiegend durch Ärzte unter Zuhilfenahme der Praxis-EDV mit einer Standard-Diagnoseliste durchgeführt. Der Zeitaufwand wird pro Konsultation bei der Mehrheit auf 1 bis 30 Sekunden geschätzt. Eine Umstellung auf eine einheitliche, ICPC-2-analoge Liste für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird von der deutlichen Mehrheit (68 %) der befragten Hausärzte begrüßt.

Schlussfolgerungen: Ein kleines Zeitfenster für die Kodierung kann die nachgewiesene schlechte ICD-10 Kodierqualität erklären. Von den meisten hausärztlichen Praxen wird eine übersichtliche und dem Versorgungsbereich angepasste Kodierungssystematik wie ICPC-2 gewünscht. Weil die Mehrzahl der Praxen mit Hilfe der EDV – insbesondere mit Diagnosen-Thesaurus – verschlüsselt, ist vermutlich eine solche EDV-Implementierung auch bei einer vereinfachten Kodierung für eine gute Umsetzbarkeit entscheidend. Weitere Untersuchungen zur Kodierweise und zu einer gleichzeitigen Optimierung von Kodierqualität und Kodierzeit sind dringend erforderlich.

Schlüsselwörter: ICD-10, ICPC, Kodierung

Introduction: The projected implementation of the Ambulant Coding Guideline (AKR) and the recent German modification of The International Coding of Diseases 10th revision (ICD 10) to ICD-10-GM version 2011 will presumably increase the burden of bureaucracy for practicing physicians. So far, no detailed information on coding procedures in German practices is available. The aim of this survey was to estimate current time requirements for coding and prevailing coding strategies.

Methods: A questionnaire was handed out to 150 participants of the Practica, a nationwide family practitioner's (FPs) postgraduate training event. Items were methods and allocation of coding, the estimated average coding time and if conversion to a simplified standard coding system like ICPC-2 was desired.

Results: The results indicate an average coding time of only a few seconds. Doctors were mostly involved in coding procedures which was mainly done with computerized support. The vast majority of FPs welcome an implementation of electronic coding tools with ICPC surface and direct mapping to ICD-10.

Conclusions: Short time slots might explain the low quality of ICD-10-coding. Practices need a codingsystem like ICPC-2, which is more accessible and adapted to primary care. As existing coding procedures are mainly electronically-based, a future coding system should also provide this. Further research on improving coding quality and time required for coding is urgently needed.

Keywords: ICD-10, ICPC, Coding

¹ Niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, Grebenstein

² Niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

³ Niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, Kassel

Peer reviewed article eingereicht: 28.12.2010, akzeptiert: 10.01.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.084

Einleitung

In Hausarztpraxen müssen Behandlungsanlässe nicht nur zur Dokumentation, sondern auch zu Abrechnungszwecken kodiert werden. Die Umsetzung der „Ambulanten Kodierrichtlinie“ (AKR) [1] durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist im Sozialgesetzbuch V im Paragraphen 295 verankert [2]. Ziel der Richtlinie ist es, die Morbiditätslast besser zu erfassen und über einen morbiditätsgewichteten Risikostrukturausgleich die Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem besser zu steuern. Allerdings ließ sich eine verlässliche Kodierqualität mit der ICD-10 [3] bisher in keiner Studie nachweisen. Nach den vorliegenden Untersuchungen zur Kodierungsreliabilität scheint die bisher vorgeschriebene Kodierung „wenig geeignet, um unselektierte, hausärztliche Beratungsanlässe einfach und valide abzubilden“ [4, 5]. Ein Vergleich parallel durchgeführter Kodierungen durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte zeigte eine signifikante Übereinstimmung nur noch auf der Kapitelebene [5]. Einigkeit unter Experten herrscht also nur bezüglich der Zuordnung einer Erkrankung zum Organsystem. Wenn die Qualität der Kodierung merklich verbessert werden soll, so ist mit einem erheblichen zeitlichen Mehraufwand zu rechnen. Dies gilt erst recht, wenn die in den AKR angestrebte maximale Verschlüsselungstiefe bei der Kodierung von Behandlungsdiagnosen gemäß ICD 10 GM – Version 2011 [3] umgesetzt werden soll. Zwar wird die Forderung der maximalen Verschlüsselungstiefe im allgemeinen Teil der AKR für Hausärzte, im Notdienst und für Spezialisten außerhalb ihres Kernbereiches eingeschränkt, doch wird dies im höherrangigen, speziellen Teil in einigen Bereichen wieder zurückgenommen. So wird zum Beispiel von allen Fachgruppen bei gelenkbezogenen bzw. rheumatischen Erkrankungen eine fünfstellige Kodierung gefordert, das heißt, eine Verschlüsselung jeglicher von der Erkrankung betroffener Regionen. Ziel dieser Befragung war es, den bisherigen Zeitaufwand für Kodierung abzuschätzen, die am häufigsten verwendeten, praxisinternen Kodierungsstrategien zu erfassen und die Akzeptanz einer typisch hausärztlichen, nämlich der International Classification

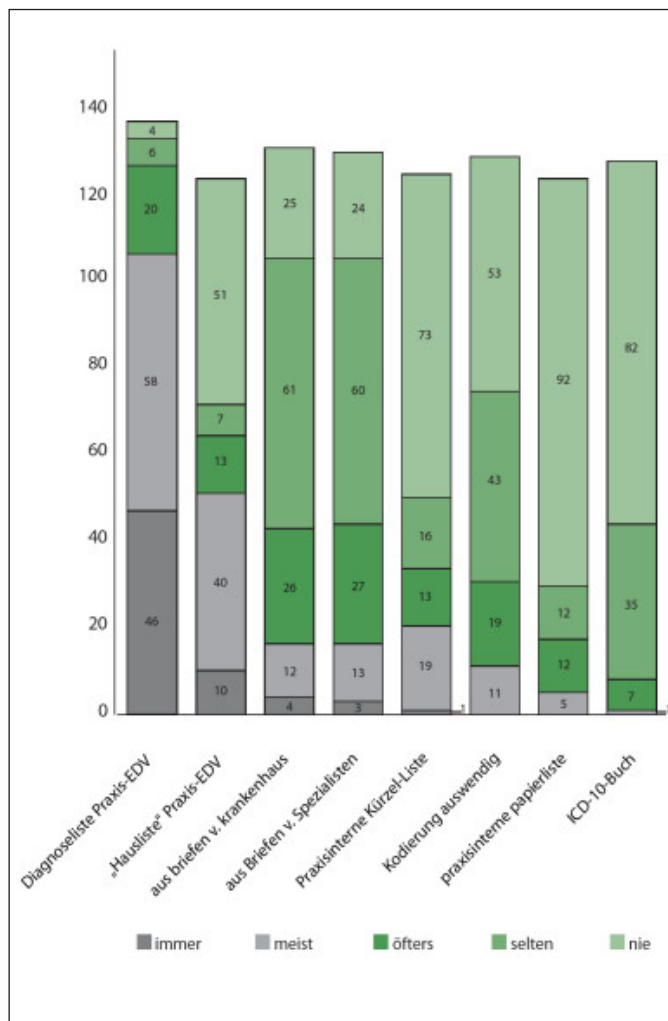


Abbildung 1

Mit welchen Hilfsmitteln kodieren Sie?

of Primary Care [6] (ICPC-2), analogen Kodierung zu erfragen.

Methode

Dies ist eine Befragung mit einem selbstentwickelten Fragebogen, der an 150 teilnehmende Praxen der Practica am 29.10.2010 ausgegeben wurde. Er besteht aus 4 Fragen zur Kodierweise in der Praxis, deren erste 2 Fragen aufgrund des subjektiven Charakters der Fragestellung 5 Antwortmöglichkeiten (von *nie*, *selten*, *öfters* und *meist* bis *immer*) zum Auswählen vorgaben, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Eine Pilotierung des Fragebogens erfolgte durch 3 hausärztliche Praxen in Kassel und weitere 30 Praxen in ganz Deutschland (ausgewählt aus Allg-Med-L, einem virtuellen E-Mail-Diskussionsforum für Allgemeinmediziner, moderiert von Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, Universität Marburg).

Zunächst wurde die Frage gestellt, wie bzw. unter Zuhilfenahme welcher Mittel (*auswendig*, *ICD-Buch*, *Praxis-interne Papierliste*, *Standardliste in der EDV*, *„Diagnosen-Hausliste“ der EDV*, *Kürzel-System in der EDV*) in der befragten Praxis üblicherweise kodiert wird. (Die „Diagnosen-Hausliste“ meint dabei – analog einer Medikamenten-Hausliste – eine in der Praxis-EDV hinterlegte Auswahl der Diagnosen-Stammdatei, üblicherweise gegenüber der thesaurierten ICD-10 auf die am häufigsten verwendeten Diagnosen reduziert. Sie wird auf unterschiedliche Weise eingebunden und nicht für alle Praxis-EDV-Programme angeboten.) Ergänzend wurde eruiert, ob Kodierungen aus Arztbriefen von Spezialisten bzw. Krankenhäusern übernommen werden. Dann wurde erfragt, wer die Kodierung wie oft durchführt: *Ärztinnen/Ärzte*, *medizinische Fachangestellte (MFA)* bzw. *besonders geschulte MFA* oder *andere*. Im dritten Schritt wurde die subjektive Einschätzung der jeweils Kodierenden zur übli-

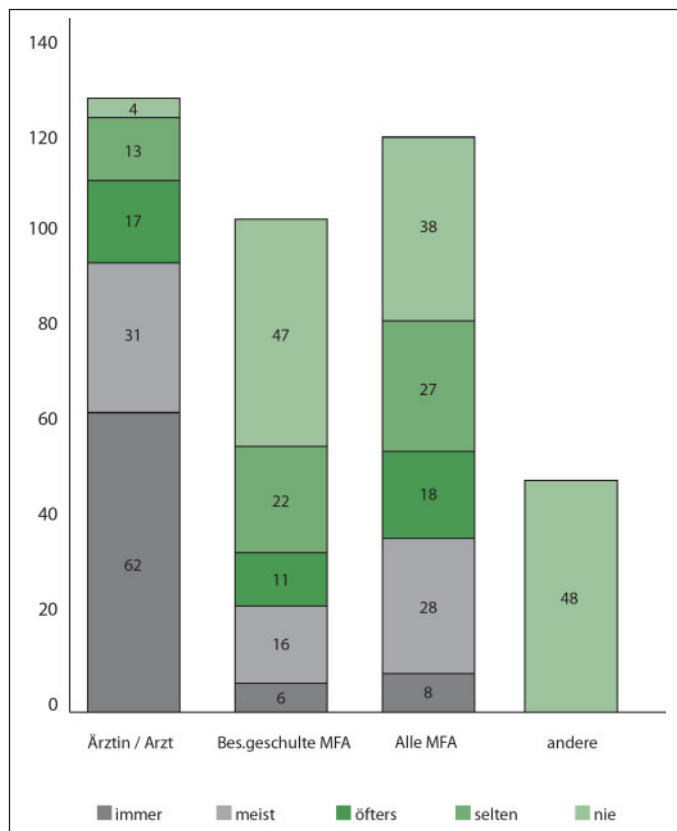


Abbildung 2
Wer kodiert?

chen Dauer des Kodiervorgangs in den Fokus genommen; hier wurden 5 Antwortmöglichkeiten vorgegeben: 0 Sekunden, 1–30 Sekunden, 31–60 Sekunden bzw. 1–2 Minuten oder über 2 Minuten. Abschließend wurde, ebenfalls mit 5 abgestuften Antwortmöglichkeiten (*nein, ungerne, vielleicht* und *gerne bis sofort*) erfragt, ob Arzt oder MFA auf eine einheitliche, verkürzte, hausärztliche Diagnosenliste als Grundlage einer EDV-internen Diagnosen-„Hausliste“ umstellen würden, wenn dabei durch eine ICD-10 Kompatibilität die Schnittstelle zu bisherigen Diagnosen sowie zu ambulanten und stationären Spezialisten gewahrt bliebe. Als Basis einer derartigen Liste wurde eine Klassifikation analog ICPC-2 benannt.

Ergebnisse

Von 150 Teilnehmern auf der Practica-Veranstaltung verteilten Fragebögen wurden 139 Fragebögen bearbeitet und zurückgegeben, entsprechend liegt die Rücklaufquote bei 93 %. Eine Differenzierung der Teilnehmer nach Ärztin/Arzt oder MFA erfolgte nicht explizit. Anhand der Antworten auf Frage 4 lässt

sich ableiten, dass bei 63 Fragebögen ausschließlich Ärztinnen bzw. Ärzte geantwortet haben, bei 72 Fragebögen Ärztinnen, Ärzte und MFA und bei 8 Fragebögen ausschließlich MFA.

Frage 1: Wie kodieren Sie derzeit in der Praxis?

Als Basis für die Auswahl der richtigen Kodierung nutzen 74 % überwiegend die Standard-Diagnosenliste ihrer Praxis-EDV, 36 % eine „Hausliste“ im Rahmen der EDV. Auch gaben die meisten (69 %) an, Kodierungen selten oder nie auswendig zu wissen. In einem ICD-10 Buch schlagen nur 16 % nach, 25 % verwenden eine Papierliste. Ein praxisinternes Kürzel-System wird nur von 14 % verwendet. Die Übernahme von Diagnosen aus Arztbriefen von Gebietsfachärzten („Spezialisten“) oder dem Krankenhaus wurde gleichermaßen selten genutzt, 60 % lehnen dies überwiegend ab, nur 11 % tun dies meist oder immer.

Frage 2: Wer führt bei Ihnen in der Praxis die Kodierungen durch?

Die Kodierung wird überwiegend von Ärzten durchgeführt (67 %), teils von al-

len MFA (26 %), gelegentlich auch von besonders geschulten MFA (16 %).

Frage 3: Wie viel Kodierzeit benötigen Sie derzeit durchschnittlich pro Konsultation?

Als durchschnittlicher Zeitaufwand je Kodierung wurde von den Ärzten mehrheitlich weniger als 30 Sekunden (56 %) angegeben, 15 % benötigten mehr als eine Minute. Für die MFA wurden bei 29 % durchschnittlich weniger als 30 Sekunden und bei 12 % mehr als eine Minute angesetzt; bei den besonders geschulten MFA in 32% weniger als 30 Sekunden und in 7 % mehr als eine Minute. Mehrheitlich wurde in allen Gruppen ein Zeitaufwand von 1–30 Sekunden als realistisch eingeschätzt.

Frage 4: Wären Sie bereit, ihre „Diagnosen-Hausliste“ auf eine einheitliche hausärztliche Liste von etwa 700 ICD-10 Diagnosen (entsprechend ICPC-2-Systematik) umzustellen?

Diese Frage beantworteten 68 % der befragten Ärzte und 37 % der MFA positiv mit *gerne* oder *sobald*. 4 % der Ärzte und 1 % der MFA würden eine Änderung nur ungerne durchführen. Lediglich 1 % der Ärzte und 6 % der MFA lehnten eine Umstellung ab. Bei den Ergebnissen in Abbildung 4 muss bei der Interpretation die Möglichkeit von Mehrfachnennungen berücksichtigt werden.

Diskussion

Die Kodierung der Diagnosen in den befragten Praxen wird überwiegend durch Ärzte unter Zuhilfenahme der Praxis-EDV mit einer Standard-Diagnosenliste durchgeführt. Der Zeitaufwand wird pro Konsultation bei der Mehrheit auf 1 bis 30 Sekunden geschätzt. Eine Umstellung auf eine einheitliche, ICPC-2-analoge Liste für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird von der deutlichen Mehrheit (68 %) der befragten Hausärzte begrüßt.

Der von den Ärzten angegebene Zeitaufwand für die Kodierung scheint angesichts der vorliegenden Zahlen zur Kontakthäufigkeit bzw. der durchschnittlichen Konsultationsdauer im hausärztlichen Bereich von wenigen Mi-

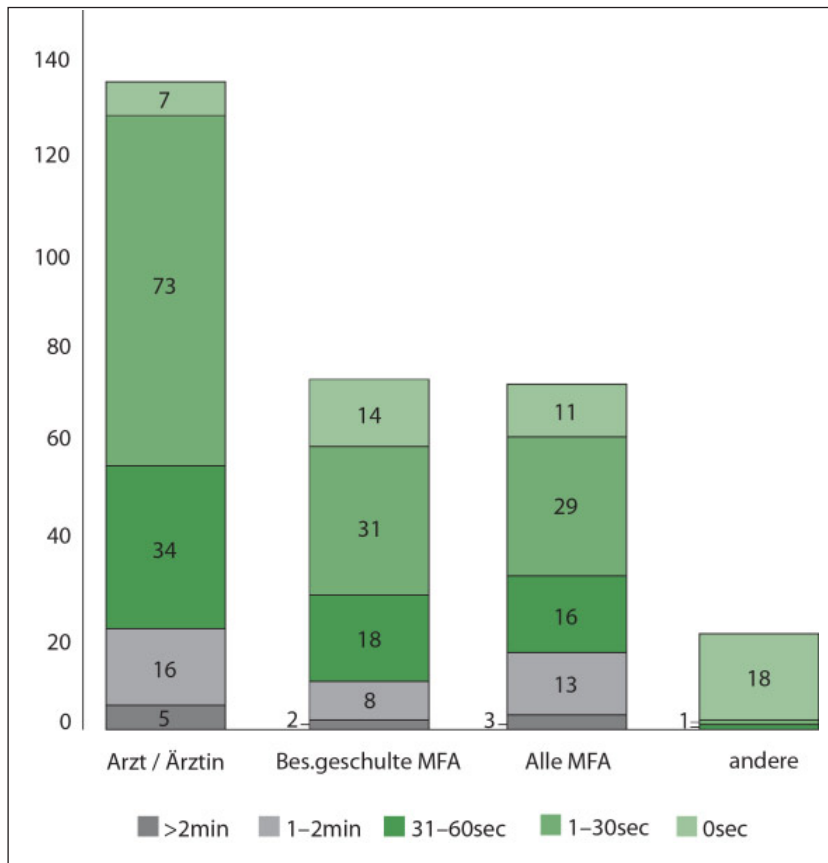


Abbildung 3 Zeit für die Kodierung pro Konsultation.

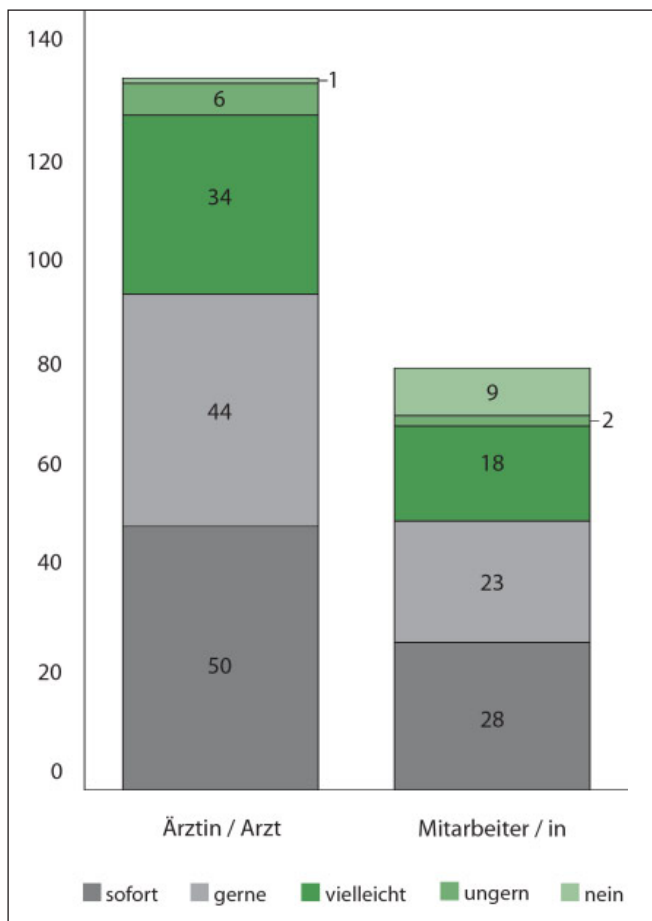


Abbildung 4 Bereitschaft, auf einheitliche hausärztliche Liste umzustellen.

nuten [7, 8] durchaus realistisch zu sein. Dieses geringe Zeitkontingent ist eine plausible Ursache für ungenaue Kodierung. Eine weitere Ursache ist das ICD-Kodiersystem selbst. Die ICD-10 hat nachweislich nur eine geringe Reliabilität [9], daher ist durch eine detailliertere Kodierung, wie sie die AKR vorsehen, keine Verbesserung der Anwendbarkeit und Qualität der Kodierung zu erwarten [5]. Die ICD-10 ist bereits jetzt zu komplex und bietet zu viele uneindeutige Optionen. In der Konsequenz nutzen die Hälfte der Befragten individuelle Diagnosenlisten, die ein sinnvolles Zusammenführen der Daten stark behindern. Die Absicht der KBV, durch die AKR die Morbidität der ambulant versorgten Patienten besser abzubilden, ist im Hinblick auf das vom Gesetzgeber im § 295 SGB V vorgegebene Ziel eines morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches durchaus nachvollziehbar [10]. Derartige Daten sind aber nicht nur aus administrativer Sicht, sondern auch für die Versorgungsforschung wichtig, wenn die Qualität stimmt. Alternativen zur ICD-10 und den AKR wären z. B. ICPC-2 [11] und SNOMED [12], die in anderen europäischen Ländern ihre Eignung für eine valide Kodierung in der ambulanten Primärversorgung bereits nachgewiesen haben und die auch der KBV-Vorsitzende Dr. Köhler für den hausärztlichen Sektor für qualitativ geeigneter hält [10]. Unsere Befragung zeigt eine Bereitschaft auf ein für die Primärversorgung geeigneteres Kodiersystem, analog ICPC-2, umzustellen. Ein weiterer, wesentlicher Nachteil der AKR ist die gegenüber z. B. ICPC-2 völlig unzureichende Erprobung. An der Testphase in Bayern haben insgesamt 78 Praxen, davon nur 18 hausärztliche und 20 internistische Praxen nicht näherer Spezifikation teilgenommen, obwohl diese Fachgruppen die Hauptlast der Umsetzung der AKR tragen müssen. Die offizielle Auswertung der Ergebnisse bestätigt die Unzufriedenheit mit der Richtlinie im Allgemeinen und den bislang angebotenen Kodierhilfen im Speziellen [13]. Da zumindest in einer Übergangsphase mit einer starken Zunahme des Zeitaufwands für Kodierung zu rechnen ist, könnte dies zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führen. Die Ergebnisse der Befragung geben die Selbsteinschätzung einer mittelgroßen Gruppe von hausärztlichen Praxen wie-

Christoph Claus ...



... Jahrgang 1967, Medizinstudium in Marburg, seit 2000 niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Gemeinschaftspraxis mit seinem Bruder Ullrich. Mitarbeiter der „Kasseler Kodiergruppe“, die eine Übersetzung von ICPC-2 in ICD-10-GM 2011 erarbeitet hat.

der. Das Thema „Kodierung“ ist derzeit durch die Einführung der ambulanten Kodierrichtlinie zum 01.01.2011 sehr aktuell. Die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung war dementsprechend mit 93 % sehr hoch. Somit kann von einer guten, internen Repräsentativität ausgegangen werden. Bezüglich der externen Repräsentativität gibt es mehrere Unsicherheitsfaktoren. Die Practica-Fortbildungsteilnehmer kommen erfahrungsgemäß aus dem ganzen Bundesgebiet, allerdings mit deutlicher Schwerpunktbildung in Hessen und Bayern. Eine Übertragbarkeit auf andere Bundesländer ist wahrscheinlich, angesichts fehlender, vergleichbarer Untersuchungen aber nicht belegbar. Ebenso ist eine Selektion von Praxen durch die Bereitschaft zur Seminar-Fortbildung möglich. Der größte Unsicherheitsfaktor ist sicher die Frage nach der Genauigkeit der Selbsteinschätzung. Hierzu sind weitere Untersuchungen mit präziseren Messmethoden notwendig, vor allem um den

tatsächlichen zeitlichen Mehraufwand zu quantifizieren, der durch die „Ambulanten Kodierrichtlinien“ und die dort geforderte, detailliertere Verschlüsselung entsteht. Ein solcher Mehraufwand ist wahrscheinlich, auch wenn damit zu rechnen ist, dass der Aufwand bei Dauerdiagnosen eventuell nur einmal entsteht und nach einer Einarbeitung die neue Kodierung rascher gelingt.

Schlussfolgerungen

Derzeit werden die Morbidität der Patienten und die Versorgungsleistung der Hausarztpraxen durch das Kodiersystem nur unzureichend und ungenau wiedergegeben. Es besteht eine sehr hohe Veränderungsbereitschaft in den allgemeinmedizinischen Praxen hin zu einer einfacheren, zeitsparenden und einheitlichen, hausärztlichen Kodierung mit ICPC-2-Oberfläche. Von einem zukünftigen, hausärztlichen Kodiersystem z. B.

auf ICPC-2-Basis ist zu fordern, dass es deren Systematik zwar beibehält, jedoch ICD-10 kompatibel ist. Dafür ist einerseits ein möglichst eindeutiges „Mapping“, also eine Übersetzung in beide Richtungen der jeweils besten Kodierungszuordnungen, andererseits möglicherweise auch eine Ergänzung des Diagnosetexts erforderlich. Darüber hinaus sind ausreichende Schulungen und Einarbeitungszeiten sowie eine Einbindung in die Praxis-EDV erforderlich. Vor diesem Hintergrund ist die Einführung der AKR ohne ausreichende Pilotierung zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll.

Interessenkonflikt: Die Autoren sind als voll- oder teilzeitniedergelassene Hausärzte von der AKR-Einführung und den zunehmenden bürokratischen Anforderungen unmittelbar betroffen.

Danksagung: Die Autoren danken allen Teilnehmern der Befragung.

Korrespondenzadresse

Christoph Claus
Udenhäuserstraße 14
34393 Grebenstein
Tel.: 05674 99850
E-Mail: christoph@praxis-claus.de

Literaturverzeichnis

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ambulante Kodierrichtlinien, Version 2011, <http://www.kbv.de/kodieren/25222.html> (12.12.2010)
2. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983), http://www.bundesrecht.juris.de/sgb_5/BJNR024820988.html (12.12.2010)
3. Deutsches Institut für Dokumentation und Information (DIMDI). ICD-10-GM Version 2011, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm> (12.12.2010).
4. Erler A, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Brennecke R. Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen, Gesundheitswesen 2009; 71: 822–831
5. Wockenfuss R, Frese T, Herrmann K, Claussnitzer M, Sandholzer H. Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2009; 27(3): 131–136
6. WICC – WONCA International Classification Committee, WONCA – World Organization of Family Doctors, ICPC-2 – International classification of primary care, 2nd Ed. New York: Oxford University Press, 1998. <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/index.html> (12.12.2010).
7. Popert U.: Neue Kodierrichtlinien. Der Allgemeinarzt, 23. Jg., 19/2010: 69–70
8. Koch, Klaus; Gehrman, Ulrich; Sawicki, Peter T. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. Dtsch Arztebl 2007; 104(38): A-2584 / B-2282 / C-2214.
9. Stausberg J, Lehmann N, Kaczmarek D, Stein M. Reliability of diagnoses coding with ICD-10. Int J Med Inform. 2008 Jan; 77(1): 50–7.
10. Pressemitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bericht des Vorsitzenden an die Vertreterversammlung, 3.12.2010, <http://www.kbv.de/presse/37837.html>, (12.12.2010).
11. Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. BMC Health Serv Res. 2008 Jan 18; 8: 14.
12. Vikström A, Skånér Y, Strender LE, Nilsson GH. Mapping the categories of the Swedish primary health care version of ICD-10 to SNOMED CT concepts: rule development and intercoder reliability in a mapping trial. BMC Med Inform Decis Mak. 2007 May 2; 7: 9.
13. Auswertung des bayrischen AKR-Pilotversuches. Aussendung an die Mitglieder der KBV-VV am 13.11.2010.