

Die Proteste der Vertragsärzteschaft gegen die seit dem 1. Januar bestehende Pflicht zur Codierung der Diagnosen auf den Abrechnungsscheinen nach der ICD-10 zeigen erste Erfolge. So wurde den Kassenärzten zunächst bis zum 30.6.1996 eine Art Wahlfreiheit eingeräumt. Während dieser „Trainingsphase“ können sie entscheiden, ob sie sich im Einzelfall in der Lage sehen, die Codierung vorzunehmen oder nicht, ohne daß sie Sanktionen erleiden müssen.

Nach dem Gesundheitsstrukturgesetz sind die Vertragsärzte seit dem 1.1.1996 grundsätzlich verpflichtet, auf den Abrechnungsunterlagen und den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (International Classification of Diseases/ICD)“ zu verschlüsseln. Inzwischen hat Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer seine Zusage wiederholt, eine Einführungsphase von zwei bis drei Jahren einzuräumen, während der gesamte Klassifizierungskatalog in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Ärzten, Krankenkassenvertretern und Datenschützern überarbeitet werden soll.

Bereits auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 9. Dezember 1996 hatte Seehofer erklärt, daß am Ende der „Trainingsphase“ von einem halben Jahr überlegt werden soll, „was wir an Sinnvollem behalten können, was wir vom Unsinnigen weglassen können“. Dabei gelte es auch, manche Detailfragen des Datenschutzes noch einmal abzuklären. „Und wenn wir dann im Laufe von zwei, drei Jahren dazu kommen, daß er (der ICD-10-Code, d. Red.) flächendeckend und dann auch mit Sanktionen in der Bundesrepublik Deutschland realisiert wird, dann ist mehr erreicht, als wenn wir jetzt einen Schnellschuß machen, der nur im Keller landen kann“, so Seehofer vor der KBV-VV in Magdeburg. Er betonte ausdrücklich, daß dieses Vorgehen sowohl mit der Regie-

ICD-10: „Unsinniges weglassen“

Die aktuelle Fassung der grundsätzlich seit Jahresbeginn vorgeschriebenen Diagnoseverschlüsselung ist praxisuntauglich und soll während einer „Trainingsphase“ bis zum 30. Juni von Ärzten, Krankenkassen und Datenschützern überarbeitet werden.

von Ruth Bahners

rungskonkordanz als auch mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einvernehmlich abgeklärt worden sei. Die KBV ist gegenwärtig bemüht, eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit Vertretern der Kliniken und der Spitzenverbände der Krankenkassen einzurichten, um die ICD-10 praxis- und datenschutzgerecht zu überarbeiten.

Schützenhilfe für ihre Kritik erhalten die Vertragsärzte von den Datenschutzbeauftragten, die inzwischen auch von der Gefahr des „gläsernen Patienten“ sprechen, die sie durch die Möglichkeit des wesentlich einfacheren, nämlich EDV-gestützten Zusammenspiels von Einzeldiagnosen zu „Patientenkarrieren“ gegeben sehen. Auch die Fülle der Informationen, die über das Umfeld und das gesamte Le-

ben des Patienten Auskunft geben könnten, wird inzwischen zum Beispiel vom Bundesdatenschutzbeauftragten Joachim Jacob kritisch hinterfragt.

Der „gläserne Patient“ wäre allerdings auch unter der gegenwärtigen Gesetzeslage nur durch den Mißbrauch der erfaßten ICD-10-Codes zu erreichen. Darauf wies der Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. Rainer Hess, hin. Denn nach wie vor würde die Datenerfassung durch die KVen getrennt nach arztbezogenen Daten (Abrechnungsziffern etc.) und patientenbezogenen Daten (Versichertennummer etc.) erfolgen, und ein Zusammenspielen dieser getrennten Datensätze sei auch den Krankenkassen nicht erlaubt.

Ein Weg, der mehr Datensicherheit und zugleich auch weniger Bürokratie verspricht, scheint der Verringerung der zu codierenden Daten auf das für die Abrechnung wirklich Notwendige. Das bedeutet zuallererst die Ausklammerung jener Daten, die nicht Diagnosen, sondern das psychosoziale Umfeld des Patienten betreffen.



Die Vertragsärzte müssen sich jetzt mit der ICD-10-Codierung beschäftigen, jedoch möchte der Bundesgesundheitsminister „einen Schnellschuß vermeiden“.

THEMA

Diese Daten sind in der ICD-10 vor allem unter dem Kapitel XXI. („Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“) subsumiert. Allerdings – und darauf wies Hess ebenfalls hin – ist dieses Kapitel bereits jetzt von der Codierung durch den behandelnden Arzt ausgenommen. Im Dezember 1995 hat das Bundesgesundheitsministerium eine entsprechende Bekanntmachung im Bundesanzeiger veröffentlicht. Also schon jetzt gilt: Diese Angaben haben auf einem Abrechnungsschein nichts zu suchen.

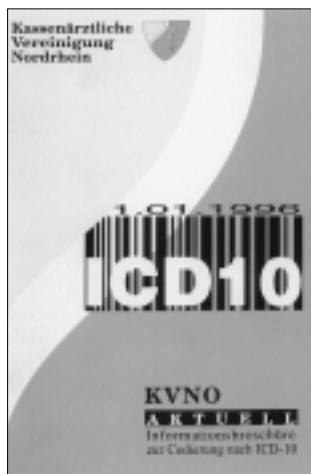
Es wird aber Aufgabe der einzurichtenden Arbeitsgruppe sein, auch die anderen Kapitel vor allem nach diesen sensiblen Angaben zu durchforsten und sie gegebenenfalls zu tilgen. Denn auch Angaben wie „F 70“ (Verminderte Intelligenz) aus dem Kapitel V. „Psychische und Verhaltensstörungen“ gehören nicht auf einen Abrechnungsschein.

Ebenfalls dringend gelöst werden muß das Problem der unterschiedlichen Codierung im ambulanten und stationären Bereich. Denn während die Vertragsärzte nach ICD-10 codieren sollen, wird in den Krankenhäusern mit der ICD-9 gearbeitet. Dem wird zwar Rechnung getragen, indem Krankenhauseinweisungen durch niedergelassene Ärzte nach wie vor im Klartext zu erfolgen haben. Aber Belegärzte und ermächtigte Ärzte müssen mit diesen unterschiedlichen Klassifikationen gleichzeitig arbeiten.

Dabei bergen diese unterschiedlichen Codierungssysteme neben der nicht gegebenen Kompatibilität weitere Gefahren wie die der Verwechslung. Darauf wies Dr. Maximilian Zollner, Bundesvorsitzender des NAV-Virchowbundes, hin. So stehe zum Beispiel „179“ nach der ICD-9 für einen „bösartigen Uterus-Tumor“, während die damit leicht zu verwechselnde Codierung „D 17.9“ nach der ICD-10 für einen „gutartigen Fettgewebstumor“ stehe.

Insgesamt seien die aufgelisteten Diagnosen der ICD-10 viel zu fein untergliedert und damit wenig praxisgerecht, so die KBV. Allerdings könnten die Vertragsärzte auch heute schon auf allgemeiner gehaltene Befunde zurückgreifen, etwa indem statt der vierstelligen Codes der Subkategorien auf die dreistellige Kategorieebene zurückgegriffen werde.

Auch die Möglichkeit der Bestimmung von Verdachtsdiagnosen ist jetzt schon möglich. Dafür hat die KBV die Kürzel „V“ für Verdachtsdiagnose, „A“ zum Ausschluß einer Diagnose, „G“ für die klinisch oder anderweitig gesicherte Diagnose und „Z“ für einen symptomlosen, nicht akuten Zustand nach der betreffenden Diagnose eingeführt. Diese zusätzliche, fünfte Stelle kann an die Schlüsselnummern des ICD-10-Codes an-



Eine Broschüre der KV Nordrhein informiert aktuell über die Codierung nach der ICD-10. Sie wurde vor Weihnachten an alle Vertragsärzte verteilt und kann kostenlos bei den Bezirksstellen der KV angefordert werden.

gehängt werden. Zum Beispiel: „C61V“ für „Verdacht auf bösartige Neubildung der Prostata“. Allerdings ist dies bisher nur eine KV-interne Regelung, die mit den Krankenkassen noch nicht abgestimmt ist.

Ärzte, die während der jetzt laufenden halbjährlichen Trainingsphase die Codierung bereits anwenden, machen sich keinesfalls strafbar, weil die verschlüsselte Angabe der Diagnose einen Verstoß gegen die Schweigepflicht darstellen würde, wie es von einzelnen Kollegen in einem Kettenfax behauptet wird. Darauf weist die KBV ausdrücklich hin. Denn nicht erst mit der Einführung der ICD-10 werden Diagnosen auf Abrechnungsscheinen festgehalten. Die Verpflichtung zur Angabe von Diagnosen sei ausdrücklich durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bestätigt worden. „Unter keinen Umständen kann sich ein Arzt wegen der Codierung der Diagnosen mit der ICD-10 strafbar machen, da die Diagnoseverschlüsselung nach wie vor ab dem 1.1.1996 grundsätzlich gesetzlich vorgeschrieben ist und die getroffene Übergangsregelung lediglich die gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen bei Nichtcodierung aussetzt“, so die KBV. Einzelne Vertragsärzte haben inzwischen den Klageweg beschritten, weil sie in der gesetzlich vorgeschriebenen Codierung einen verfassungswidrigen Eingriff in die „Grundrechte auf freie Berufsausübung und informationelle Selbstbestimmung“ sehen.

Ob diese langwierigen Klagen erfolgreich sein werden, ist ungewiß. Die KBV jedenfalls geht davon aus, daß eine Codierung grundsätzlich nicht zu verhindern sein wird. Es komme jetzt darauf an, die ICD-10-Klassifikation so zu verändern, daß sie tatsächlich praxistauglich werde und den Erfordernissen des Datenschutzes genüge.

Letzte Meldung

ICD-10 erst ab Januar 1998 verbindlich

Die Verschlüsselung nach der ICD-10 soll erst zum 1. Januar 1998 verbindlich eingeführt werden. Das haben der Bundesbeauftragte für den Datenschutz, Dr. Joachim Jacob, und der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Baldur Wagner, am 25. Januar vereinbart. Jacob und Wagner begrüßten die Absicht von Krankenkassen, Vertragsärzten und Krankenhäusern, die ICD-10 „im Hinblick auf die Zwecke und Bedürfnisse der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel einer besseren Anwendung zu überarbeiten“. Dadurch solle erreicht werden, daß ab 1. Januar 1998 die Diagnoseverschlüsselung für den ambulanten und den stationären Bereich verbindlich eingeführt werde. Die seit dem 1. Januar im ambulanten Bereich vorgeschriebene Verschlüsselung nach der ICD-10 werfe im Hinblick auf Umfang und Feinheit der darin enthaltenen Diagnosen Fragen auf, die überprüft werden müßten, so der Datenschutzbeauftragte und der Staatssekretär. Gegen die Angabe von Diagnosen und ihre Verschlüsselung im Rahmen der geltenden Regelungen des Krankenversicherungsrechts bestünden aus datenschutzrechtlicher Sicht jedoch keine grundsätzlichen Bedenken. Die Verschlüsselung der Diagnosen sei im Interesse einer Modernisierung und Rationalisierung des Abrechnungs- und Prüfverfahrens unentbehrlich.

BMG/RhÄ