

— **Stellungnahme**

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zu den

— **Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V**

vom 20. März 2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil I „Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V“	5
Zu: Vorwort.....	5
§ 1 Grundregeln.....	5
Zu (1): Grundlage ICD-10_GM.....	5
Zu (2): Geltungsbereich	6
Zu (3): Verantwortlichkeit	6
§ 2 Definition und Vorgaben.....	6
§ 3 Definition und Vorgaben.....	7
Zu (1): Zusatzkennzeichen.....	7
Zu (2): Abweichung von der 5-stelligen Kodierung.....	8
Zu (3): Befreiung von der Kodierungspflicht:	8
§ 4 Inkrafttreten und Schritte zur Einführung.....	9
Besonderer Teil II „Anlagen“	10
Zu Prüfregele: Allgemeines.....	10
Zu Inhalten der Prüfregele:	10
Zu: Prüfregele ID01-02-029 bis ID01-02-033	11
Zu: Prüfregele ID03-02-035 bis ID03-02-046	12
Zu: Codes für „...nicht näher bezeichnet“	12
Zu: Prüfregele aus dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen.....	14

Allgemeiner Teil

Das am 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verpflichtet nach § 295 Absatz 4 Satz 3 und 5 SGB V alle an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen zur Verschlüsselung ambulanter Diagnosen. Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) umfasst dies, für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, verbindliche Regeln zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie Prüfmaßstäbe vorzugeben. Dies hat im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information zu erfolgen. Erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022, danach sind die Regelungen jährlich zu aktualisieren.

Die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie von Prüfmaßstäben und die jährliche Aktualisierung sind im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu beschließen, wenn die Schlüssel wesentlich von Ärzten in Krankenhäusern vergeben werden, welche an der ambulanten Versorgung teilnehmen.

Die Regelungen sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen.

Mit Schreiben vom 28. Februar 2020 übermittelte die KBV der DKG eine Entwurfsfassung der vorgesehenen Kodiervorgaben und Prüfregeln mit der Bitte um Stellungnahme. Mit der Erstellung der „Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V“ einschließlich erster Prüfregeln sei die KBV ihrem gesetzlichen Auftrag nachgekommen. Sämtliche Regelungen wären als verbindliche Hinweise zur sachgerechten Verwendung von Diagnoseschlüsseln und zusätzlichen Kennzeichnungen zu verstehen.

Die KBV weist darauf hin, dass die dargestellten Prüfregeln „Auszüge aus den jeweiligen Stammdateien mit den wesentlichen Regelungsinhalten“ seien. Auf eine Darstellung der darüber hinaus enthaltenen technischen Vorgaben für die Integration der Regeln in die Softwaresysteme wäre „aus Gründen der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit“ verzichtet worden.

Insgesamt betrachtet unterscheiden sich die Kodierregeln für den ambulanten Bereich deutlich von den Kodierrichtlinien für die stationäre Versorgung (z. B. hinsichtlich Umfang, Regelungsgegenstände, Regelungstiefe). Zudem zeigen sich Regelungen in en-

ger Anlehnung zu der ICD-10-SGB V. Darüber hinaus ist ein Augenmaß im Hinblick auf bürokratische Anforderungen erkennbar.

Die in § 4 formulierte Passage zu Softwarezertifizierungen ist u.E. missverständlich. Hieraus könnte in Verbindung mit § 1 Abs. 2 abgeleitet werden, dass auch Softwaresysteme, die gemäß § 301 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V zur Direktabrechnung der Krankenhäuser mit den gesetzlichen Krankenkassen genutzt werden, einer Zertifizierung durch die KBV unterliegen. Dies betrifft insbesondere die Abrechnung von Einrichtungen nach §§ 116b, 117-119 und 120 1a SGB V.

Hier bedarf einer Klarstellung, da ein solches Vorgehen von uns in keiner Weise akzeptiert werden könnte. Die Vorgaben zur Direktabrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen werden zwischen DKG und GKV-Spitzenverband vereinbart, einer Zertifizierung durch Dritte bedarf es hierbei nicht.

Besonderer Teil I „Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V“

Zu: Vorwort

Beabsichtigte Regelung

Nach Wiedergabe der gesetzlichen Grundlage findet sich am Schluss des Vorwortes folgende Aussage: „...Mit diesen Kodiervorgaben wird der Auftrag des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen festzulegen, umgesetzt....“

Stellungnahme

Die vorgelegten Prüfreden lösen erste Probleme der ambulanten Verschlüsselung von Diagnosen. Der vorliegende Entwurf der jährlich zu aktualisierenden Kodiervorgaben wird sukzessiv weiterentwickelt.

Änderungsvorschlag

Entfällt

§ 1 Grundregeln

Zu (1): Grundlage ICD-10 GM

Beabsichtigte Regelung

Zusätzlich zu der Aussage, dass die Kodiervorgaben auf der ICD-10-GM basieren, gibt es hier eine Vorrangregel, welche besagt, dass bei Widersprüchen zwischen den Kodiervorgaben und den Regeln der ICD-10-GM die Kodiervorgaben vor den Regeln der ICD-10-GM gelten. Die Kodiervorgaben zur sachgerechten Anwendung der ICD-10-GM sind für ausgewählte, häufig vorkommende Krankheiten als verpflichtende Prüfreden aus der Kodierregelwerk(KRW)-Stammdaten in die Softwaresysteme zu integrieren.

Stellungnahme

Bei Widersprüchen zwischen den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für den stationären Bereich und den Regeln der ICD-10-GM haben auch die DKR Vorrang. Diese Regel sichert in bestimmten Fällen von der ICD-10-GM abweichen zu können. Dies erscheint schlüssig.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu (2): Geltungsbereich

Beabsichtigte Regelung

Hier werden in erster Linie die in § 295 Abs. 4 SGB V gemachten Aussagen zum Geltungsbereich wiedergegeben. Zusätzlich zu den im § 295 Abs. 4 Satz 5 SGB V aufgeführten Paragraphen ist auch der § 311 SGB V enthalten.

Stellungnahme

Wie ist der zusätzlich aufgeführte § 311 SGB V begründet?

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu (3): Verantwortlichkeit

Beabsichtigte Regelung

Für die korrekte Dokumentation, unter Anwendung der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V, sind die im Absatz „Geltungsbereich“ aufgeführten Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verantwortlich. Die Kodiervorgaben sind verbindlich anzuwenden, egal, ob der Einzelne selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Kodierung übernimmt.

Stellungnahme

Die Regelung entspricht der Regelungen in den DKR, wonach die Kodierung in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegt.

§ 2 Definition und Vorgaben

Beabsichtigte Regelungen

(1) Behandlungsdiagnosen

Der Absatz enthält Vorgaben zur Kodierung von Behandlungsdiagnosen. Dies sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal eine Behandlung oder sonstige ärztliche Leistungen durchgeführt wurden.

(2) Dauerdiagnosen

Hier wird auf die ebenfalls nur für den vertragsärztlichen Bereich relevanten Dauerdiagnosen eingegangen.

(3) Anamnestische Diagnosen

Für anamnestische Diagnosen werden im abzurechnenden Quartal keine diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen durchgeführt. Sie sind daher in den Abrechnungsdaten nicht zu übermitteln. Wenn sie behandlungsrelevant werden, sind sie unter Berücksichtigung der Kodiervorgaben nach § 295 Abs.4 SGB V anzugeben.

Stellungnahme

Behandlungs- und Dauerdiagnosen spielen für die Kodierung stationärer Aufenthalte keine Rolle. Die Regelung zu den anamnestischen Diagnosen erinnert an den zur Angabe einer (Neben-)Diagnose obligatorischen Ressourcenaufwand gemäß DKR. Die beabsichtigten Regelungen beziehen sich auf vertragsärztlich relevante Inhalte und stehen den DKR nicht entgegen. Sie scheinen zudem eine geeignete Umsetzung im ambulanten Bereich darzustellen.

Änderungsvorschlag

Entfällt

§ 3 Definition und Vorgaben

Zu (1): Zusatzkennzeichen

Beabsichtigte Regelung

Beschreibung der in der ICD-10-GM hinterlegten Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und Seitenlokalisation.

Stellungnahme

Diese Regelung entspricht den in der ICD-10-GM bereits etablierten, dementsprechenden Vorgaben. In der ambulanten Versorgung (§ 295 SGB V) sind die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit obligatorisch. In der stationären Versorgung (§ 301 SGB V) sind die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit verboten, d.h. sie dürfen nicht verwendet werden. Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation dürfen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung verwendet werden. Die Regelung ist somit sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu (2): Abweichung von der 5-stelligen Kodierung

Beabsichtigte Regelung

Für die hausärztliche Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes ist die Angabe der vierstelligen ICD-Schlüsselnummer ausreichend.

Stellungnahme

Hier wird eine etablierte Regelung aus der „Anleitung zur Verschlüsselung“ des DIMDI in der ICD-10-GM wiedergegeben. Im stationären Bereich hingegen ist grundsätzlich endstellig zu kodieren, was zu einer besseren Abbildungsqualität führt. Es ist mit Blick auf die im stationären Bereich geltenden deutlich zahlreicheren Kodiervorgaben und –prüfungen zu bedenken, ob im Interesse der Qualität der Erhebung medizinischer Daten die Vorgabe der endstelligen Kodierung nicht für den gesamten vertragsärztlichen Bereich sinnvoll wäre.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu (3): Befreiung von der Kodierungspflicht:

Beabsichtigte Regelung

Hier sind Fälle aufgeführt, in denen gemäß § 57a Bundesmantelvertrag-Ärzte anstelle des jeweils spezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM regelhaft im Sinne eines Ersatzwertes der ICD-Kode Z01.7 „Laboruntersuchung“ (+ Zusatzkennzeichen „G“) angegeben wird. Soweit von den betroffenen Ärzten anhand der durchgeführten Diagnostik eine spezifische Diagnose gestellt werden kann, ist diese zu kodieren.

Stellungnahme

Diese Regelung bezieht sich auf Vorgaben des Bundesmantelvertrag-Ärzte, die es für den stationären Bereich nicht gibt.

Änderungsvorschlag

Entfällt

§ 4 Inkrafttreten und Schritte zur Einführung

Beabsichtigte Regelung

Die Kodiervorgaben nach § 295 Absatz 4 SGB V sollen zum 1. Juli 2020 bekannt gegeben werden. Die in Anlage 1 und 2 enthaltenen Prüfregeln zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung sind von den Softwareherstellern bis zum 31. Dezember 2021 in ihre Systeme zu integrieren. Entsprechende Softwarezertifizierungen der KBV werden im Zeitraum vom 15. Januar 2021 bis November 2021 stattfinden, um sie fristgerecht zur verbindlich vorgeschriebenen Anwendung ab dem 1. Januar 2022 allen betroffenen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Stellungnahme

Der Zeitplan entspricht den in § 295 SGB V Absatz 4 SGB V gemachten Vorgaben.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Besonderer Teil II „Anlagen“

ANLAGE I ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

Prüfregeln aus der Kodierregelwerk-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10-GM.

Zu Prüfregeln: Allgemeines

Beabsichtigte Regelung

Laut KBV sind die vorliegenden Regeln „Auszüge aus den jeweiligen Stammdateien mit den wesentlichen Regelungsinhalten.“ Jede Prüfregel der Anlage 1 ist mit einer ID-Nummer versehen, von der offensichtlich auch die Reihenfolge der Prüfregeln abhängt.

Stellungnahme

Informationen darüber, welcher Systematik die ID-Nummern folgen, wurden nicht zur Verfügung gestellt. Die vorliegende Reihenfolge der Regeln entspricht nicht den Kapiteln der ICD-10. Die in den Auszügen aus den Stammdateien vorhandenen Regeln sind nicht nach Kapiteln geordnet. Aus Anwendersicht wäre es besser eine klarere Strukturierung in Analogie zur Kapitelreihenfolge von ICD-10 bzw. DKR, welche weitgehend identisch ist.

Unter „Regelanwendung“ gibt es „obligate Regeln“ (z.B. beim Myokardinfarkt) oder „fakultative Regeln“ (z.B. Kreuz-Stern-Kodierung bei Diabetes mellitus). Erläuterungen oder Definition der Merkmale „Obligate Regel“ bzw. „Fakultative Regel“ und Hinweise auf Unterschiede in der praktischen Umsetzung der Regelanwendung fehlen und sollten ggf. ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

Gliederung der Prüfregeln in Analogie zur Kapitelreihenfolge von ICD-10-GM.

Zu Inhalten der Prüfregeln:

Beabsichtigte Regelung

Die im vorliegenden Entwurf zur Verfügung gestellten Prüfregeln der Kodierregelwerk-Stammdatei beziehen sich in erster Linie auf Regelungsinhalte der ICD-10-GM, wie beispielsweise die vollständige Kodierung nach der Stern-Kreuz-Systematik bei Diabetes mellitus mit Komplikationen.

Prüfparameter sind die in den jeweiligen Regeln hinterlegten ICD-10-GM Codes. Bei Identifikation der entsprechenden Codes durch die Informationssysteme erfolgt ein Hinweis auf die Inhalte der Prüfregel und es werden Kodiervorschläge unterbreitet.

Stellungnahme

Die Mehrzahl der Prüfregeln sind, wie viele DKR, aus der ICD-10-GM abgeleitet. So unterscheiden sich die Regelungsinhalte nicht wesentlich von den für die Kodierung stationärer Aufenthalte geltenden Regeln. Hier besteht kein Änderungsbedarf.

Für zwei der übermittelten Prüfregeln trifft dies nicht zu. Auf diese beiden Regeln wird im Folgenden näher eingegangen.

Zu: Prüfregeln ID01-02-029 bis ID01-02-033

Beabsichtigte Regelung

Die 5 fakultativen Prüfregeln beziehen sich auf das Kapitel IX der ICD-10 „Krankheiten des Kreislaufsystems“. Geprüft wird die vollständige Kodierung bei hypertensiver Herz- und/oder Nierenerkrankung, gleichzeitig wird auf fehlende Codes für die Art der Herz- und/oder Nierenerkrankung hingewiesen.

Stellungnahme

Abweichend von in den der ICD-10-GM 2020 zu den Codes aus I11.- gemachten Vorgaben „Benutze, sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnummern aus I50.- oder I51.4-I51.9, um die Art der Herzkrankheit anzugeben“ sind im Kodiervorschlag zur Regel ID 01-02-029 die Codes aus I51.4-I51.9 nicht aufgeführt. Hier gibt es ausschließlich Codes aus I50.-. Gleichmaßen bleiben im Kodiervorschlag der Regel ID01-02-030 die Codes aus N00.- – N07.- und N26 unberücksichtigt, obwohl diese in der ICD-10-GM explizit genannt sind. Alle genannten Codes fehlen auch in den auf die oben genannten Regeln ID 01-02-029 und ID 01-02-030 aufbauenden Regeln ID-02-031, ID-02-032 und ID-02-033. In allen Kodierregeln dieses Themenbereichs wird also von den Kodiervorgaben der ICD-10-GM und auch der DKR abgewichen.

Zusätzlich fehlen bei allen 5 Regeln die Hinweise aus den DKR 0904 und 0905, dass für die hier vorgeschlagene Kodierung ein kausaler Zusammenhang zwischen hypertensiver Herz- und/oder Nierenerkrankung und Hypertonie bestehen muss.

Änderungsvorschlag

Angleichung der Regeln an die klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10-GM. Für die Frage eines kausalen Zusammenhangs zwischen hypertensiver Herz- und/oder Nie-

renerkrankung und Hypertonie erfolgt aus medizinischen Gründen eine Angleichung an die DKR.

Zu: Prüfregeln ID03-02-035 bis ID03-02-046

Beabsichtigte Regelung

Diese 12 fakultativen Regeln beziehen sich auf Dauerdiagnosen (siehe §2.2 der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V) aus dem Kapitel IX der ICD-10 „Krankheiten des Kreislaufsystems“. Sie prüfen fallbezogen bzw. für den Patientenstamm einer Praxis das Verwenden eines Kodes für eine akute Erkrankung über mehrere Quartale hinweg. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit. Diese sind in der ambulanten Versorgung (§ 295 SGB V) obligatorisch, in der stationären Versorgung (§ 301 SGB V) sind sie allerdings verboten, d.h. sie dürfen nicht verwendet werden. Zu jeder dort aufgeführten Kodiervorgabe gibt es jeweils zwei nahezu identische Regeln, eine für die fallbezogene Prüfung und die andere für den Patientenstamm einer Praxis. Diese beiden Regeln zur Prüfung der Kodes unterscheiden sich jeweils durch den Prüfzeitpunkt. Für die fallbezogene Prüfung ist dieser „bei_Kodierung“, für den Patientenstamm „zur_Abrechnung“.

Stellungnahme

Die hier hinterlegten Zeitvorgaben entsprechen den Regelungen der ICD-10-GM. Quartalsbezug und Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit spielen bei der Kodierung von stationären Aufenthalten keine Rolle, so dass es im Krankenhausbereich auch keine vergleichbaren Kodiervorgaben gibt.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu: Kodes für „...nicht näher bezeichnet“

Beabsichtigte Regelung

In den „Vorschlägen“ für die korrekte Kodierung werden auch sogenannte „9-Kodes“, d.h. „...“, nicht näher bezeichnet („n.n.bez.“) angeboten.

Stellungnahme

Im Sinne einer guten Kodierqualität sollte so genau wie möglich kodiert und „9-Kodes“ vermieden werden. In speziellen Sonderfällen ist allerdings die Verwendung von „9-Kodes“ unvermeidbar.

Änderungsvorschlag

Entfällt

ANLAGE II ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

Zu: Prüfregeleln aus dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen.

Beabsichtigte Regelung

Die Anlage II enthält lediglich eine (obligate) Regel, ohne ID. Die Regel prüft, ob in der ICD-Stammdatei eine Diagnose mit dem Kennzeichen „nicht geeignet als Dauerdiagnose“ versehen ist. Prüfparameter sind ICD-10-GM-Kodes aus dem Kapitel IX „Krankheiten des Kreislaufsystems“. Die gleichen Kodes sind auch Prüfparameter von gleichartigen Prüfregeleln der Anlage 1 (siehe u.a. Zu: Prüfregeleln ID03-02-035 bis ID03-02-046).

Stellungnahme

Die bisher einzige Regel in Anlage II ist speziell auf die vertragsärztliche Versorgung ausgerichtet. Dauerdiagnosen wurden im Jahr 2005 als EDV-technische Unterstützung in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) etabliert, um Behandlungsdiagnosen aus einem Vorquartal in ein Folgequartal zu übernehmen. Die Begriffe „Akutdiagnose“ und insbesondere „Dauerdiagnose“ gibt es nur im ambulanten Bereich. Die Prüfregeleleitet sich aus dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen ab.

Anlage 1 enthält ebenfalls Prüfregeleln zu Dauerdiagnosen, welche sich auf „Prüfregeleln aus der Kodierregelwerk-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10-GM“ beziehen.

Mit den „Prüfregeleln aus der Kodierregelwerk-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10-GM“, dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der „ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen“ gibt es drei unterschiedliche Regelwerke der KBV für die Ableitung von Prüfregeleln. Alle drei spielen für die Kodierung stationärer Fälle keine Rolle und sind in den Krankenhäusern weitgehend unbekannt. Allerdings wurde bisher aus den beiden letztgenannten Werken nur eine Regel abgeleitet.

Änderungsvorschlag

Entfällt



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DKG

Stand: 07.04.2020

Tabelle 1: Stellungnahme der DKG e.V. vom 19.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
1.) Vorwort: Die vorgelegten Prüfregeleln lösen erste Probleme der ambulanten Verschlüsselung von Diagnosen. Der vorliegende Entwurf der jährlich zu aktualisierenden Kodiervorgaben wird sukzessiv weiterentwickelt.	Zu 1.) Kommentierung: Der Kommentar wird für eine Änderung berücksichtigt. Änderung "Mit diesen Kodiervorgaben wird der Auftrag des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen festzulegen, umgesetzt." in: "Mit diesen Kodiervorgaben wird der Auftrag des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen erstmal bis zum 30.06.2020 festzulegen, umgesetzt."
2.) § 1 Grundregeln: (1) Grundlage ICD-10_GM: Bei Widersprüchen zwischen den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für den stationären Bereich und den Regeln der ICD-10-GM haben auch die DKR Vorrang. Diese Regel sichert in bestimmten Fällen von der ICD-10-GM abweichen zu können. Dies erscheint schlüssig.	Zu 2.) Kenntnisnahme.
3.) § 1 Grundregeln: (2) Geltungsbereich: Wie ist der zusätzlich aufgeführte § 311 SGB V begründet?	Zu 3.) Kommentierung: Die im Abschnitt "Geltungsbereich" zusätzlich aufgelisteten Paragraphen 105 und 311 SGB V ergeben sich aus Querverweisen des SGB V auf die in § 295 Abs 4 Satz 1 SGB V genannten Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Nennung von § 105 SGB V soll klarstellen, dass die Kodiervorgaben auch für die in Abs 1c genannten Eigeneinrichtungen der KVen gelten. Diese Einrichtungen dienen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Damit besteht ein Querverweis auf § 295 Abs 4 Satz 1. Die Nennung von § 311 SGB V soll klarstellen, dass die Kodiervorgaben auch für die in Abs 2 Satz 1 genannten Gesundheitseinrichtungen des Beitrittsgebietes gelten. In § 311 Abs 2 Satz 2 heißt es: "Im Übrigen gelten für die Einrichtungen nach Satz 1 die Vorschriften dieses Buches, die sich auf medizinische Versorgungszentren beziehen, entsprechend." Der § 295 Abs 4 Satz 1 schließt medizinische Versorgungszentren ein.
4.) § 1 Grundregeln: (3) Verantwortlichkeit: Die Regelung entspricht der Regelungen in den DKR, wonach die Kodierung in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegt.	Zu 4.) Kenntnisnahme



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DKG

Stand: 07.04.2020

Tabelle 1: Stellungnahme der DKG e.V. vom 19.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
5.) § 2 Definition und Vorgaben: Behandlungs- und Dauerdiagnosen spielen für die Kodierung stationärer Aufenthalte keine Rolle. Die Regelung zu den anamnestischen Diagnosen erinnert an den zur Angabe einer (Neben-)Diagnose obligatorischen Ressourcenaufwand gemäß DKR. Die beabsichtigten Regelungen beziehen sich auf vertragsärztlich relevante Inhalte und stehen den DKR nicht entgegen. Sie scheinen zudem eine geeignete Umsetzung im ambulanten Bereich darzustellen.	Zu 5.) Kenntnisnahme
6.) § 3 Ergänzende Regelungen: (1) Zusatzkennzeichen: Diese Regelung entspricht den in der ICD-10-GM bereits etablierten, dementsprechenden Vorgaben. In der ambulanten Versorgung (§ 295 SGB V) sind die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit obligatorisch. In der stationären Versorgung (§ 301 SGB V) sind die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit verboten, d.h. sie dürfen nicht verwendet werden. Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung dürfen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung verwendet werden. Die Regelung ist somit sachgerecht.	Zu 6.) Kenntnisnahme
7.) § 3 Ergänzende Regelungen: (2) Abweichung von der 5-stelligen Kodierung: Hier wird eine etablierte Regelung aus der „Anleitung zur Verschlüsselung“ des DIMDI in der ICD-10-GM wiedergegeben. Im stationären Bereich hingegen ist grundsätzlich endstellig zu kodieren, was zu einer besseren Abbildungsqualität führt. Es ist mit Blick auf die im stationären Bereich geltenden deutlich zahlreicheren Kodiervorgaben und –prüfungen zu bedenken, ob im Interesse der Qualität der Erhebung medizinischer Daten die Vorgabe der endstelligen Kodierung nicht für den gesamten vertragsärztlichen Bereich sinnvoll wäre.	Zu 7.) Kommentierung: Der Grundsatz der endständigen Kodierung gilt auch im vertragsärztlichen Bereich. Die mit den Ausnahmen von der endständigen Kodierung geregelte Öffnung ist weiterhin erforderlich, um bestimmte Situationen und Belange, unter denen die Kodierung erfolgt, zu berücksichtigen, z.B. bei noch ungeklärter Diagnose im Notdienst. Eine endständige Kodierung kann daher nicht für den gesamten vertragsärztlichen Bereich vorgegeben werden.
8.) § 3 Ergänzende Regelungen: (3) Befreiung von der Kodierungspflicht: Diese Regelung bezieht sich auf Vorgaben des Bundesmantelvertrag-Ärzte, die es für den stationären Bereich nicht gibt.	Zu 8.) Kenntnisnahme.
9.) § 4 Inkrafttreten und Schritte zur Einführung: Der Zeitplan entspricht den in § 295 SGB V Absatz 4 SGB V gemachten Vorgaben.	Zu 9.) Kenntnisnahme



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DKG

Stand: 07.04.2020

Tabelle 1: Stellungnahme der DKG e.V. vom 19.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>10.) Anlage I Prüfregelein: Allgemeines: Informationen darüber, welcher Systematik die ID-Nummern folgen, wurden nicht zur Verfügung gestellt. Die vorliegende Reihenfolge der Regeln entspricht nicht den Kapiteln der ICD-10. Die in den Auszügen aus den Stammdateien vorhandenen Regeln sind nicht nach Kapiteln geordnet. Aus Anwendersicht wäre es besser eine klarere Strukturierung in Analogie zur Kapitelreihenfolge von ICD-10 bzw. DKR, welche weitgehend identisch ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: Gliederung der Prüfregelein in Analogie zur Kapitelreihenfolge von ICD-10-GM.</p>	<p>Zu 10.) Kommentierung: Es handelt sich um eine Lesefassung aus der KRW-Stammdatei zur inhaltlichen Offenlegung im Rahmen der Beschlussfassung und nicht um systematisch gegliederte, für den Anwender sichtbare, Kodiervorgaben. Die Regeln sollen derart in die PVS-Systeme integriert werden, dass softwareseitig auf ein bestimmtes (Kodier)ereignis reagiert wird; die Einhaltung der ICD-Systematik ist hierbei nicht relevant. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.</p>
<p>11.) Anlage I Prüfregelein: Allgemeines: Unter „Regelanwendung“ gibt es „obligate Regeln“ (z.B. beim Myokardinfarkt) oder „fakultative Regeln“ (z.B. Kreuz-Stern-Kodierung bei Diabetes mellitus). Erläuterungen oder Definition der Merkmale „Obligate Regel“ bzw. „Fakultative Regel“ und Hinweise auf Unterschiede in der praktischen Umsetzung der Regelanwendung fehlen und sollten ggf. ergänzt werden.</p>	<p>Zu 11.) Kommentierung: Der Unterschied zwischen obligater und fakultativer Regel ist folgender: Eine "fakultative" Regel kann vom Anwender deaktiviert werden, eine "obligate" Regel dagegen nicht. Die Vorgaben zur praktischen Umsetzung der Prüfregelein werden im "Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM" hinterlegt. Einer Erläuterung bzw. Definition von "obligater Regel" bzw. "fakultativer Regel" bedarf es daher in den Kodiervorgaben nicht.</p>
<p>12.) Inhalten der Prüfregelein: Die Mehrzahl der Prüfregelein sind, wie viele DKR, aus der ICD-10-GM abgeleitet. So unterscheiden sich die Regelungsinhalte nicht wesentlich von den für die Kodierung stationärer Aufenthalte geltenden Regeln. Hier besteht kein Änderungsbedarf.</p>	<p>Zu 12.) Kenntnissnahme</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DKG

Stand: 07.04.2020

Tabelle 1: Stellungnahme der DKG e.V. vom 19.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>13.) Prüfregeln ID01-02-029 bis ID01-02-033: Abweichend von in den der ICD-10-GM 2020 zu den Kodes aus I11.- gemachten Vorgaben „Benutze, sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnummern aus I50.- oder I51.4-I51.9, um die Art der Herzkrankheit anzugeben“ sind im Kodiervorschlag zur Regel ID 01-02-029 die Kodes aus I51.4-I51.9 nicht aufgeführt. Hier gibt es ausschließlich Kodes aus I50.-. Gleichmaßen bleiben im Kodiervorschlag der Regel ID01-02-030 die Kodes aus N00.- – N07.- und N26 unberücksichtigt, obwohl diese in der ICD-10-GM explizit genannt sind. Alle genannten Kodes fehlen auch in den auf die oben genannten Regeln ID 01-02-029 und ID 01-02-030 aufbauenden Regeln ID-02-031, ID-02-032 und ID-02-033. In allen Kodierregeln dieses Themenbereichs wird also von den Kodiervorgaben der ICD-10-GM und auch der DKR abgewichen.</p> <p>Zusätzlich fehlen bei allen 5 Regeln die Hinweise aus den DKR 0904 und 0905, dass für die hier vorgeschlagene Kodierung ein kausaler Zusammenhang zwischen hypertensiver Herz- und/oder Nierenerkrankung und Hypertonie bestehen muss.</p> <p>Änderungsvorschlag: Angleichung der Regeln an die klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10-GM. Für die Frage eines kausalen Zusammenhangs zwischen hypertensiver Herz- und/oder Nierenerkrankung und Hypertonie erfolgt aus medizinischen Gründen eine Angleichung an die DKR.</p>	<p>Zu 13.) Kommentierung: Die Regeln beinhalten eine erste Auswahl aus dem Bereich I11 bis I13 der ICD-10-GM und beziehen sich zunächst auf die spezifischen Viersteller aus diesem Bereich. Daraus folgt die Kombination mit den entsprechend in diesen Kodes benannten Erkrankungen. Beispiel: Herzinsuffizienz in Kombination mit I11.0-. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt. Im Rahmen der jährlichen Anpassungen ist jedoch eine Erweiterung/Angleichung der Regeln möglich.</p>
<p>14.) Prüfregeln ID03-02-035 bis ID03-02-046: Die hier hinterlegten Zeitvorgaben entsprechen den Regelungen der ICD-10-GM. Quartalsbezug und Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit spielen bei der Kodierung von stationären Aufhalten keine Rolle, so dass es im Krankenhausbereich auch keine vergleichbaren Kodiervorgaben gibt.</p>	<p>Zu 14.) Kenntnisnahme.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DKG

Stand: 07.04.2020

Tabelle 1: Stellungnahme der DKG e.V. vom 19.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>15.) Kodes für „...nicht näher bezeichnet“: Beabsichtigte Regelung In den „Vorschlägen“ für die korrekte Kodierung werden auch sogenannte „9-Kodes“, d.h. „....., nicht näher bezeichnet („n.n.bez.“) angeboten. Im Sinne einer guten Kodierqualität sollte so genau wie möglich kodiert und „9-Kodes“ vermieden werden. In speziellen Sonderfällen ist allerdings die Verwendung von „9-Kodes“ unvermeidbar.</p>	<p>Zu 15.) Kommentierung: Die Vermeidung unspezifischer Kodes ist sicher anzustreben. Jedoch sind für die erste Version der Kodiervorgaben zunächst grundlegende Probleme im Zusammenhang mit einer sachgerechten Kodierung priorisiert worden. Beispiel: Der Kode für einen akuten Myokardinfarkt sollte in einen Kode für einen alten Myokardinfarkt überführt werden, wenn ein akuter Zustand nicht mehr zutreffend ist. Die Vorgabe einer spezifischen Kodierung wurde in diesem Falle niedriger priorisiert und der Kode I25.29 Alter Myokardinfarkt nicht näher bezeichnet, zugelassen. Regelungen, die sich auf „9-Kodes“ beziehen, wurden daher vorerst nicht aufgenommen.</p>
<p>16.) Anlage 2 Prüfregele aus dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen: Die bisher einzige Regel in Anlage II ist speziell auf die vertragsärztliche Versorgung ausgerichtet. Dauerdiagnosen wurden im Jahr 2005 als EDV-technische Unterstützung in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) etabliert, um Behandlungsdiagnosen aus ei-nem Vorquartal in ein Folgequartal zu übernehmen. Die Begriffe „Akutdiagnose“ und insbesondere „Dauerdiagnose“ gibt es nur im ambulanten Bereich. Die Prüfregele leitet sich aus dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen ab. Anlage 1 enthält ebenfalls Prüfregele zu Dauerdiagnosen, welche sich auf „Prüfregele aus der Kodierregelwerk-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagno-severschlüsselung nach ICD-10-GM“ beziehen. Mit den „Prüfregele aus der Kodierregelwerk-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10-GM“, dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der „ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen“ gibt es drei unterschiedliche Regelwerke der KBV für die Ablei-tung von Prüfregele. Alle drei spielen für die Kodierung stationärer Fälle keine Rolle und sind in den Krankenhäusern weitgehend unbekannt. Allerdings wurde bisher aus den beiden letztgenannten Werken nur eine Regel abgeleitet.</p>	<p>Zu 16.) Kenntnisaahme.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DKG

Stand: 07.04.2020

Tabelle 1: Stellungnahme der DKG e.V. vom 19.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>17.) § 4 Inkrafttreten und Schritte zur Einführung: Die in § 4 formulierte Passage zu Softwarezertifizierungen ist u.E. missverständlich. Hieraus könnte in Verbindung mit § 1 Abs. 2 abgeleitet werden, dass auch Softwaresysteme, die gemäß § 301 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V zur Direktabrechnung der Krankenhäuser mit den gesetzlichen Krankenversicherungen genutzt werden, einer Zertifizierung durch die KBV unterlägen. Dies betrifft insbesondere die Abrechnung von Einrichtungen nach §§ 116b, 117-119 und 120 1a SGB V. Hier bedarf einer Klarstellung, da ein solches Vorgehen von uns in keiner Weise akzeptiert werden könnte. Die Vorgaben zur Direktabrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen werden zwischen DKG und GKV-Spitzenverband vereinbart, einer Zertifizierung durch Dritte bedarf es hierbei nicht.</p>	<p>Zu 17.) Verweis auf § 295 Abs. 4 Satz 6 SGB V: "Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu Anwendung kommen sollen." Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt. Eine entsprechende Rücksprache mit der DKG ist geplant.</p>

EINGEGANGEN
 KBV VORSTAND
30. März 2020
 Dr. A. Gassen

DIMDI | Waisenhausgasse 36-38a | 50676 Köln

Waisenhausgasse 36-38a
 50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-1
 Fax: +49 221 4724-444
 posteingang@dimdi.de
 www.dimdi.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung KdÖR

**Herbert-Lewin-Platz 2
 10623 Berlin**

**Postfach 12 02 64
 10592 Berlin**

Ihr Zeichen: §295 SGB V
 Ihre Nachricht vom: 28.02.2020

Aktenzeichen DIMDI: K10.135
 (Bei allen Antworten bitte angeben!)
 Nachricht vom: 24.03.2020

Ansprechpartner/in:
 Dr. Stefanie Weber

Benehmensherstellung nach § 295 Abs. 4 SGB V

Sehr geehrter Herr Dr. Gassen,

24.03.2020

vielen Dank für die Übersendung des Entwurfs für die Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V und die Möglichkeit zur Kommentierung.

Als Referenz für die Prüfung ist die derzeit gültige amtliche ICD-10-GM 2020 zu Grunde gelegt.

In Anhang 1 dieses Schreibens sind die Kommentare des DIMDI zu dem Entwurf für die Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V aufgeführt.

Für Rückfragen und den weiteren Austausch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Karl Broich

(Kommissarischer Leiter)

Vorstandsbüro Dr. Gassen:						
<input checked="" type="checkbox"/>	m.d.B. um UN	VV	VQA	RA	Hofmeister	VD
<input type="checkbox"/>	AE bis	PR	VQS	JUS	Kriedel	PD
<input type="checkbox"/>		GB	FC	VG	TuF	POL
		SVS	IT	ISI	AZO	KVTG
		AVL	KOM	ZI	GIMO	
zur Kenntnis						
<input checked="" type="checkbox"/>		VV	VQA	X	Helme	er
		PR	VQS	JUS	Kriedel	PD
		GB	FC	VG	TuF	POL
		SVS	IT	ISI	AZO	KVTG
		AVL	KOM	ZI	GIMO	

Anlagen:

- Anhang 1: Kommentierung des Entwurfs für die Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
 für Gesundheit

Anhang 1: Kommentierung des Entwurfs für die Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V

Vorwort

Wir haben keine Anmerkungen.

§ 1 Grundregeln

(1) Grundlage der ICD-10-GM

Gemäß § 295 Abs. 4 SGB V werden die Kodiervorgaben zum 1. Januar 2022 wirksam. Wir beabsichtigen, in der ICD-10-GM 2022 in der „Anleitung zur Verschlüsselung“ unter „1. Was ist zu verschlüsseln?“ einen Satz zu ergänzen: Im Geltungsbereich von § 295 sind die Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen, die von der KBV erstellt und jährlich aktualisiert werden.

(2) Geltungsbereich

Wir haben keine Anmerkungen.

(3) Verantwortlichkeit

Wir haben keine Anmerkungen.

§ 2 Definitionen und Vorgaben

(1) Behandlungsdiagnosen

Behandlungsdiagnosen sind so spezifisch wie möglich (endständig) zu kodieren. Abweichungen hiervon werden unter „§ 3 Ergänzende Regelungen“ aufgeführt. In diesem Absatz könnte noch ein Hinweis auf die Verwendung der Restklassen ergänzt werden (siehe ICD-10-GM „Anleitung zur Verschlüsselung“ 2.): Die Restklassen "Sonstige ..." oder "Sonstige näher bezeichnete ..." sollen nur dann verwendet werden, wenn eine spezifische Diagnose dokumentiert ist, aber keiner der spezifischen Codes der übergeordneten Kategorie passt. Die Restklasse "..., nicht näher bezeichnet" soll nur dann verwendet werden, wenn die dokumentierte Diagnose keine hinreichende Spezifität für eine Zuordnung zu einer der spezifischeren Schlüsselnummern der übergeordneten Kategorie aufweist.

(2) Dauerdiagnosen

Dabei sind die folgenden Vorgaben zu beachten: Dauerdiagnosen sind in jedem Quartal vor der Übernahme in die Abrechnungsunterlagen auf ihre Behandlungsrelevanz zu überprüfen. Dabei sind gegebenenfalls die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.

In diesem Absatz könnte der Umgang mit Dauerdiagnosen erläutert werden durch folgende Ergänzung (siehe ICD-10-GM „Anleitung zur Verschlüsselung“ 1.):

Auf den Abrechnungsunterlagen nach § 295 SGB V müssen Sie sich auf die Diagnosen beschränken, derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die Sie Leistungen abrechnen. Dauerdiagnosen und chronische Zustände, die keine Leistungen nach sich gezogen haben, dürfen Sie aus Gründen des Datenschutzes nicht übermitteln: bei einem Patienten mit grippalem Infekt, der vor 10 Jahren auch einen Myokardinfarkt erlitten hatte, dürfen Sie z.B. nicht zusätzlich "Zustand nach Myokardinfarkt" kodieren, wenn Sie nur Leistungen für den grippalen Infekt abrechnen.

(3) Anamnestische Diagnosen

S. Anmerkung zu (2).

§ 3 Ergänzende Regeln nach § 295 SGB V für die Verschlüsselung

(1) Zusatzkennzeichen

Obligatorisch anzugebende Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit:

- **V** für eine Verdachtsdiagnose
- **G** für eine gesicherte Diagnose

Bei dem Zusatzkennzeichen **V** könnte noch ergänzt werden: bzw. auszuschließende Diagnose.

Bei dem Zusatzkennzeichen **G** könnte noch ergänzt werden: (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)

(2) Abweichung von der spezifischen endständigen Kodierung

Wir haben keine Anmerkungen.

(3) Befreiung von der Kodierpflicht

Wir haben keine Anmerkungen.

§ 4 Inkrafttreten und Schritte zur Einführung

Wir haben keine Anmerkungen.

ANLAGE I ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“: PRÜFREGELN AUS DER KODIERREGELWERK-STAMMDATEI ZUR GEWÄHRLEISTUNG EINER SACHGERECHTEN DIAGNOSEVERSCHLÜSSELUNG NACH ICD-10-GM

ID	Textstelle	Anmerkungen DIMDI
01-01-001		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-002		Wir haben keine Anmerkungen
01-02-010	Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte die Codes:	Da in diesem Vorschlag nur N08.3 angegeben ist, sollte der Text angepasst werden.
01-02-011	Vorschlag: Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte die Codes: [...]	Dieser Text könnte dahingehend interpretiert werden, dass beide Codes angegeben werden müssen. Er sollte aber so zu verstehen sein, dass je nach vorliegender Augenkomplikation entweder der eine oder der andere Code angegeben werden soll. Nur wenn beide Zustände vorliegen, sind beide Codes anzugeben. Diese Textstelle findet sich auch in weiteren Vorschlägen und sollte generell überprüft werden. Änderungsvorschlag: „Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere der folgenden Codes:“
01-02-012		Wir haben keine Anmerkungen
01-02-013	Hinweis: Für die Abbildung von peripheren vaskulären Komplikationen bei Diabetes mellitus sieht die ICD-10 einen spezifischen Kode vor.	Das Problem besteht darin, dass mit der Kreuz-Sternkodierung (E10-E14†, vierte Stelle .5 I79.2*) eine diabetische Mikroangiopathie verschlüsselt wird. Eine Makroangiopathie (z.B. die Atherosklerose der Extremitätenarterien) steht klassifikatorisch "neben" dem Diabetes mellitus. Für die Kodierung bedeutet das, dass die Atherosklerose, die ja auch eine „vaskuläre Komplikation“ darstellt, nicht mit der o. g. Kreuz-Stern-Verschlüsselung, sondern mit einem Kode aus I70.2- so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln ist. Wir schlagen deshalb vor den Hinweis zu spezifizieren: Für die Abbildung von peripheren vaskulären Komplikationen diabetischen Angiopathien bei Diabetes mellitus sieht die ICD-10 einen spezifischen Kode vor.
01-02-014	Hinweis: Für die Abbildung von sonstigen Komplikationen bei Diabetes mellitus sieht die ICD-10 spezifische Codes vor.	Der Klassentitel von E10-E14†, vierte Stelle .6 lautet „Mit sonstigen <u>näher bezeichneten</u> Komplikationen“. Wir schlagen deshalb vor, den kompletten Klassentitel zu übernehmen.
01-02-047		Nach unserer Einschätzung ist diese Kodierregel inhaltlich identisch mit 01-02-015
01-02-015	Vorschlag: Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte mindestens einen weiteren Kode:	Die Kodierung eines Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen setzt mindestens 2 Komplikationen voraus. Das geht aus dem Vorschlag u. E. nicht hervor. Wir schlagen deshalb folgenden Text vor: „Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte mindestens einen zwei weiteren Codes:“

ID	Textstelle	Anmerkungen DIMDI
01-02-016	Vorschlag:	<p>Aus klassifikatorischer Sicht wird ein diabetisches Fußsyndrom mit E10-E14†, fünfte Stelle .4 oder.5 verschlüsselt.</p> <p>In den bisher aufgeführten Regeln zur Kodierung von diabetischen Komplikationen (01-02-010 bis 01-02-015) sind ausschließlich Schlüsselnummern der Kreuz-Stern-Systematik aufgeführt. Dieses Prinzip wird hier verlassen und es werden in dem Vorschlag sowohl Sternschlüsselnummern (z.B. G59.0*, G63.2*) als auch primäre Schlüsselnummern (z. B. L02.4, L97) aufgeführt, die Krankheiten beinhalten, die zwar zusammen mit einem Diabetes auftreten können, aber auch ohne das Vorliegen eines Diabetes mellitus vorkommen können.</p> <p>Einige der angegebenen Codes, treten nach unserer Kenntnis nur selten als diabetische Komplikationen auf (z. B. M21.4 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Plattfuß [Pes planus](erworben); M21.57 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbene Klauenhand, Klumphand, erworbener Klauenfuß und Klumpfuß: Knöchel und Fuß; M21.60 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbener Hohlfuß [Pes cavus]; M21.61 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]; M21.62 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbener Spitzfuß [Pes equinus]; M21.63 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbener Spreizfuß).</p> <p>Diese Auflistung sollte unter dem Aspekt der Relevanz im Hinblick auf Diabetes mellitus überprüft werden bzw. es sollte klar dargestellt werden, dass diese Diagnosen nur dann als Kombinationsdiagnosen in Frage kommen, wenn sie als Komplikation des Diabetes und nicht durch andere Ursache entstanden sind.</p>
01-01-017		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-018		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-019		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-020	Hinweis: Der Kode für periphere vaskuläre Komplikationen ist laut ICD-10 nur in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus anzugeben.	<p>Der Klassentitel lautet I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</p> <p>Als Inklusivum ist aufgeführt: Periphere diabetische Angiopathie (E10-E14†, vierte Stelle .5)</p> <p>Da es sich bei Inklusiva grundsätzlich nicht um abschließende Listen handelt, sollte aus klassifikatorischer Sicht in dem Hinweis „nur“ gestrichen werden.</p>
01-01-021	Hinweis: Der Kode für diabetische Arthropathien ist laut ICD-10 nur in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus anzugeben.	Der Hinweis ist korrekt. Außer diabetischen Arthropathien gibt es allerdings auch neuropathische Arthropathien bei Diabetes mellitus. Dies Zustände werden bei M14.2-* exkludiert (s. entsprechendes Exklusivum) und mit M14.6-* Neuropathische Arthropathie

ID	Textstelle	Anmerkungen DIMDI
		kodiert. Aus klassifikatorischer Sicht sollte eine Ergänzung in den Prüfparametern erfolgen.
01-01-022		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-023		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-024		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-025	Hinweis: Unterschiedliche Typen des Diabetes mellitus schließen sich üblicherweise aus.	Im Hinblick auf die Verwendung der Codes E10 bis E14 bedeutet das, dass jeweils nur ein Kode aus dieser Gruppe anzugeben ist, je nachdem welche Form des Diabetes mellitus bei dem Patienten vorliegt. Wir schlagen hier eine Präzisierung der Prüfparameter im Hinblick auf die Verwendung von zwei Codes aus E10 bis E14 vor.
01-01-026	Hinweis: Unterschiedliche Typen des Diabetes mellitus schließen sich üblicherweise aus.	Im Hinblick auf die Verwendung der Codes E10 bis E14 bedeutet das, dass jeweils nur ein Kode aus dieser Gruppe anzugeben ist, je nachdem welche Form des Diabetes mellitus bei dem Patienten vorliegt. Wir schlagen hier eine Präzisierung der Prüfparameter im Hinblick auf die Verwendung von zwei Codes aus E10 bis E14 vor.
01-01-027	Hinweis: Unterschiedliche Typen des Diabetes mellitus schließen sich üblicherweise aus.	Im Hinblick auf die Verwendung der Codes E10 bis E14 bedeutet das, dass jeweils nur ein Kode aus dieser Gruppe anzugeben ist, je nachdem welche Form des Diabetes mellitus bei dem Patienten vorliegt. Wir schlagen hier eine Präzisierung der Prüfparameter im Hinblick auf die Verwendung von zwei Codes aus E10 bis E14 vor.
01-01-028	Hinweis: Unterschiedliche Typen des Diabetes mellitus schließen sich üblicherweise aus.	Im Hinblick auf die Verwendung der Codes E10 bis E14 bedeutet das, dass jeweils nur ein Kode aus dieser Gruppe anzugeben ist, je nachdem welche Form des Diabetes mellitus bei dem Patienten vorliegt. Wir schlagen hier eine Präzisierung der Prüfparameter im Hinblick auf die Verwendung von zwei Codes aus E10 bis E14 vor.
01-02-029	Vorschlag: Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte die Codes: I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden; I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung; I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe; I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden; I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung; I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit	Die ICD sieht im Hinweis bei I11.- die Angabe von weiteren Codes vor, die im Vorschlag nicht angegeben sind. Wir regen an zu prüfen, ob diese hier ergänzt werden sollten.

ID	Textstelle	Anmerkungen DIMDI
	Beschwerden in Ruhe; I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet; I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	
01-02-030	Vorschlag: Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte die Codes: N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1; N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2; N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3; N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4; N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5; N18.80 Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung; N18.89 Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet; N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet; N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	Die ICD sieht im Hinweis bei I12.- die Angabe von weiteren Codes vor, die im Vorschlag nicht angegeben sind. Wir regen an zu prüfen, ob diese hier ergänzt werden sollten.
01-02-031	Vorschlag: Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte die Codes: I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden; I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung; I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe; I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden; I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung; I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe; I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet; I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	Die ICD sieht im Hinweis bei I13.- die Angabe von weiteren Codes vor, die im Vorschlag nicht angegeben sind. Wir regen an zu prüfen, ob diese hier ergänzt werden sollten.
01-02-032	Vorschlag: Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte die Codes: N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1; N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2; N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3; N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4; N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5; N18.80 Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung; N18.89 Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet; N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher	Die ICD sieht im Hinweis bei I13.- die Angabe von weiteren Codes vor, die im Vorschlag nicht angegeben sind. Wir regen an zu prüfen, ob diese hier ergänzt werden sollten.

ID	Textstelle	Anmerkungen DIMDI
	bezeichnet; N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	
01-02-033	<p>Vorschlag: Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte mindestens zwei Codes: I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz; I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden; I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung; I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe; I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden; I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung; I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung; I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe; I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet; I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet; N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1; N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2; N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3; N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4; N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5; N18.80 Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung; N18.89 Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet; N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet; N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz</p>	<p>Der Hinweis in der ICD-10-GM bei I13.- lautet: Hinw.: Benutze, sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnummern aus I50.- oder I51.4-I51.9 sowie aus N00-N07, N18.-, N19 oder N26, um die Art der Herz- bzw. Nierenkrankheit anzugeben. Aus klassifikatorischer Sicht sollten in dem Vorschlag N00-N07 und N26 ergänzt werden. S. auch Hinweise unter N00-N08 und N26.</p>
03-02-035		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-036		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-037		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-038		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-039		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-040		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-041		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-042		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-043		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-044		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-045		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-046		Wir haben keine Anmerkungen

ANLAGE II ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

Wir haben keine Anmerkungen.



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DIMDI

Stand: 07.04.2020

Tabelle 2 Stellungnahme des DIMDI vom 24.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
1.) Vorwort: Wir haben keine Anmerkungen.	Zu 1.) Kenntnisnahme
2.) § 1 Grundregeln (1) Grundlagentext ICD-10-GM: Gemäß § 295 Abs. 4 SGB V werden die Kodiervorgaben zum 1. Januar 2022 wirksam. Wir beabsichtigen, in der ICD-10-GM 2022 in der "Anleitung zur Verschlüsselung" unter "1. Was ist zu verschlüsseln?" einen Satz zu ergänzen: Im Geltungsbereich von § 295 sind die Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen, die von der KBV erstellt und jährlich aktualisiert werden.	Zu 2.) Kenntnisnahme
3.) § 1 Grundregeln (2) Geltungsbereich: Wir haben keine Anmerkungen.	Zu 3.) Kenntnisnahme
4.) § 1 Grundregeln (3) Verantwortlichkeit: Wir haben keine Anmerkungen.	Zu 4.) Kenntnisnahme
5.) § 2 Definitionen und Vorgaben (1) Behandlungsdiagnosen: Behandlungsdiagnosen sind so spezifisch wie möglich (endständig) zu kodieren. Abweichungen hiervon werden unter "§ 3 Ergänzende Regelungen" aufgeführt. In diesem Absatz könnte noch ein Hinweis auf die Verwendung der Restklassen ergänzt werden (siehe ICD-10-GM "Anleitung zur Verschlüsselung" 2.): Die Restklassen "Sonstige ..." oder "Sonstige näher bezeichnete ..." sollen nur dann verwendet werden, wenn eine spezifische Diagnose dokumentiert ist, aber keiner der spezifischen Codes der übergeordneten Kategorie passt. Die Restklasse " ..., nicht näher bezeichnet" soll nur dann verwendet werden, wenn die dokumentierte Diagnose keine hinreichende Spezifität für eine Zuordnung zu einer der spezifischeren Schlüsselnummern der übergeordneten Kategorie aufweist.	<p>Zu 5.) Kommentierung:</p> <p>Auf nähere Erläuterungen zu den Restklassen wie auch auf entsprechende Fall-/Kodierbeispiele wurde in den Kodiervorgaben bewusst verzichtet. Sie sollen zunächst u. a. aus Akzeptanzgründen möglichst übersichtlich auf wesentliche, praxisnahe Grundregeln beschränkt werden.</p> <p>Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.</p> <p>Zum Umgang mit Restklassen sind flankierend Informations- und Schulungsmaterialien vorgesehen. Zudem ist vorgesehen, die ICD-10-GM komplett inkl. der "Anleitung zur Verschlüsselung" in die Softwaresysteme zu integrieren, damit diese allen Anwendern zur Verfügung steht.</p> <p>Vorab soll eine Abstimmung mit dem DIMDI gesucht werden, um entsprechende Querverweise auf die Kodiervorgaben in die Verschlüsselungshinweise aufzunehmen und ggf. punktuelle Anpassungen zu besprechen.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DIMDI

Stand: 07.04.2020

Tabelle 2 Stellungnahme des DIMDI vom 24.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>6.) § 2 Definitionen und Vorgaben (2) Dauerdiagnosen: Dabei sind die folgenden Vorgaben zu beachten: Dauerdiagnosen sind in jedem Quartal vor der Übernahme in die Abrechnungsunterlagen auf ihre Behandlungsrelevanz zu überprüfen. Dabei sind gegebenenfalls die Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit zu aktualisieren.</p> <p>In diesem Absatz könnte der Umgang mit Dauerdiagnosen erläutert werden durch folgende Ergänzung (siehe ICD-10-GM "Anleitung zur Verschlüsselung" 1.): Auf den Abrechnungsunterlagen nach § 295 SGB V müssen Sie sich auf die Diagnosen beschränken, derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die Sie Leistungen abrechnen. Dauerdiagnosen und chronische Zustände, die keine Leistungen nach sich gezogen haben, dürfen Sie aus Gründen des Datenschutzes nicht übermitteln: bei einem Patienten mit grippalem Infekt, der vor 10 Jahren auch einen Myokardinfarkt erlitten hatte, dürfen Sie z.B. nicht zusätzlich "Zustand nach Myokardinfarkt" kodieren, wenn Sie nur Leistungen für den grippalen Infekt abrechnen.</p>	<p>Zu 6.) Kommentierung: Die Dauerdiagnosen sind, vor allem in Abgrenzung zu den "anamnestischen" Diagnosen, ausreichend definiert. Die vorgeschlagene Ergänzung würde im Zusammenhang mit Punkt 7.) den Unterschied zwischen "Dauerdiagnose" und "anamnestischer Diagnose" nicht weiter klarstellen. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt. Zur Integration der "Anleitung zur Verschlüsselung" S. Kommentierung zu Punkt 5.)</p>
<p>7.) § 2 Definitionen und Vorgaben (3) Anamnestische Diagnosen: S. Anmerkung zu (2)</p>	<p>Zu 7.) S. Kommentierung zu Punkt 6.)</p>
<p>8.) § 3 Ergänzung Regeln nach § 295 SGB V für die Verschlüsselung (1) Zusatzkennzeichen: Obligatorisch anzugebende Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit: - V für eine Verdachtsdiagnose - G für eine gesicherte Diagnose Bei dem Zusatzkennzeichen V könnte noch ergänzt werden: bzw. auszuschließende Diagnose. Bei dem Zusatzkennzeichen G könnte noch ergänzt werden: (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)</p>	<p>Zu 8.) Kommentierung: Für die Beschreibung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit wird der Wortlaut der jährlichen Bekanntmachung des BMG im Bundesanzeiger verwendet. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt. Zur Integration der "Anleitung zur Verschlüsselung" S. Kommentierung zu Punkt 5.)</p>
<p>9.) § 3 Ergänzung Regeln nach § 295 SGB V für die Verschlüsselung (2) Abweichung von der spezifischen endständigen Kodierung: Wir haben keine Anmerkungen.</p>	<p>Zu 9.) Kenntnisnahme</p>
<p>10.) § 3 Ergänzung Regeln nach § 295 SGB V für die Verschlüsselung (3) Befreiung von der Kodierpflicht: Wir haben keine Anmerkungen.</p>	<p>Zu 10.) Kenntnisnahme</p>
<p>11.) § 4 Inkrafttreten und Schritte zur Einführung: Wir haben keine Anmerkungen.</p>	<p>Zu 11.) Kenntnisnahme</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DIMDI

Stand: 07.04.2020

Tabelle 2 Stellungnahme des DIMDI vom 24.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>12.) Anlage Prüfregeleln ID 01-02-010: Vorschlag: Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte die Codes: Da in diesem Vorschlag nur N08.3 angegeben Ist, sollte der Text angepasst werden.</p>	<p>Zu 12.) Kommentierung: Zur Vermeidung von Fehlerpotenzial bei den jährlichen Anpassungen wurden weitestgehend einheitliche Formulierungen erarbeitet. Der Änderungsvorschlag wird aufgegriffen und zusammen mit den unter 12.) und 13.) genannten Vorschlägen erfolgt eine Anpassung der Texte. Änderung des Vorschlagtextes "Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte die Codes:" in "Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Codes:"</p>
<p>13.) Anlage Prüfregeleln ID 01-02-011: Dieser Text könnte dahingehend interpretiert werden, dass beide Codes angegeben werden müssen. Er sollte aber so zu verstehen sein, dass je nach vorliegender Augenkomplikation entweder der eine oder der andere Code angegeben werden soll. Nur wenn beide Zustände vorliegen, sind beide Codes anzugeben. Diese Textstelle findet sich auch in weiteren Vorschlägen und sollte generell überprüft werden. Änderungsvorschlag: "Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere der folgenden Codes:"</p>	<p>Zu 13.) Kommentierung: Der Änderungsvorschlag wird, wie unter Punkt 12.) aufgeführt, berücksichtigt.</p>
<p>14.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-013: Das Problem besteht darin, dass mit der Kreuz-Sternkodierung (E10-E14†, vierte Stelle .5 I79.2) eine diabetische Mikroangiopathie verschlüsselt wird. Eine Makroangiopathie (z.B. die Atherosklerose der Extremitätenarterien) steht klassifikatorisch "neben" dem Diabetes mellitus. Für die Kodierung bedeutet das, dass die Atherosklerose, die ja auch eine vaskuläre Komplikation darstellt, nicht mit der o. g. Kreuz-Stern-Verschlüsselung, sondern mit einem Code aus I70.2- so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln ist. Wir schlagen deshalb vor den Hinweis zu spezifizieren: [Änderung von] "Für die Abbildung von peripheren vaskulären Komplikationen bei Diabetes mellitus sieht die ICD-10 einen spezifischen Kode vor." [in] "Für die Abbildung von diabetischen Angiopathien bei Diabetes mellitus sieht die ICD-10 einen spezifischen Kode vor."</p>	<p>Zu 14.) Kommentierung: Dem Änderungsvorschlag wird gefolgt. Änderung des Hinweistextes "Für die Abbildung von peripheren vaskulären Komplikationen bei Diabetes mellitus sieht die ICD-10 einen spezifischen Kode vor." in "Für die Abbildung von diabetischen Angiopathien sieht die ICD-10 einen spezifischen Kode vor."</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DIMDI

Stand: 07.04.2020

Tabelle 2 Stellungnahme des DIMDI vom 24.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>15.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-014: Der Klassentitel von E10-E14⁺, vierte Stelle .6 lautet "Mit sonstigen <u>näher bezeichneten</u> Komplikationen". Wir schlagen deshalb vor, den kompletten Klassentitel zu übernehmen.</p>	<p>Zu 15.) Kommentierung: Dem Änderungsvorschlag wird gefolgt.</p> <p>Änderung des Hinweistextes "Für die Abbildung von sonstigen Komplikationen bei Diabetes mellitus sieht die ICD-10 spezifische Codes vor." in "Für die Abbildung von sonstigen näher bezeichneten Komplikationen bei Diabetes mellitus sieht die ICD-10 spezifische Codes vor."</p>
<p>16.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-047: Nach unserer Einschätzung ist diese Kodierregel inhaltlich Identisch mit 01-02-015.</p>	<p>Zu 16.) Kommentierung: Die Regeln Nr. 01-02-47 und Nr. 01-02-15 unterscheiden sich in der Aussagenlogik. Dies ist im Detail in den Hinweistexten ersichtlich. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde in der Lesefassung auf die komplette Wiedergabe der Regelungsinhalte verzichtet. 01-02-047 prüft, dass kein Kode für die Komplikation vorliegt. Entsprechend ist der Vorschlag formuliert, mindestens zwei Codes zu ergänzen. 01-02-015 dagegen prüft, ob (höchstens) ein Kode für die Komplikation vorliegt. Entsprechend ist der Vorschlag formuliert, mindestens noch einen Kode zu ergänzen.</p>
<p>17.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-015: Die Kodierung eines Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen setzt mindestens 2 Komplikationen voraus. Das geht aus dem Vorschlag u. E. nicht hervor. Wir schlagen deshalb folgenden Text vor: "Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte mindestens zwei weitere Codes:"</p>	<p>Zu 17.) Kommentierung: Die Hinweis- und Vorschlagstexte berücksichtigen bereits die unterschiedliche Aussagenlogik der Regeln 01-02-047 und 01-02-015. S. Kommentierung zu 16.)</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DIMDI

Stand: 07.04.2020

Tabelle 2 Stellungnahme des DIMDI vom 24.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>18.) Anlage Prüfregele ID: 01-02-016: Aus klassifikatorischer Sicht wird ein diabetisches Fußsyndrom mit E10-E14+, fünfte Stelle .4 oder.5 verschlüsselt.</p> <p>In den bisher aufgeführten Regeln zur Kodierung von diabetischen Komplikationen (01-02-01 0 bis 01-02-015) sind ausschließlich Schlüsselnummern der Kreuz-Stern-Systematik aufgeführt. Dieses Prinzip wird hier verlassen und es werden in dem Vorschlag sowohl Sternschlüsselnummern (z.B. G59.0*, G63.2*) als auch primäre Schlüsselnummern (z. B. L02.4, L97) aufgeführt, die Krankheiten beinhalten, die zwar zusammen mit einem Diabetes auftreten können, aber auch ohne das Vorliegen eines Diabetes mellitus vorkommen können.</p> <p>Einige der angegebenen Codes, treten nach unserer Kenntnis nur selten als diabetische Komplikationen auf (z.B. M21.4 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Plattfuß [Pes planus](erworben); M21.57 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbene Klauenhand, Klumphand, erworbener Klauenfuß und Klumpfuß: Knöchel und Fuß; M21.60 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbener Hohlfuß [Pes cavus]; M21.61 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]; M21.62 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbener Spitzfuß [Pes equinus]; M21.63 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten: Erworbener Spreizfuß).</p> <p>Diese Auflistung sollte unter dem Aspekt der Relevanz im Hinblick auf Diabetes mellitus überprüft werden bzw. es sollte klar dargestellt werden, dass diese Diagnosen nur dann als Kombinationsdiagnosen in Frage kommen, wenn sie als Komplikation des Diabetes und nicht durch andere Ursache entstanden sind.</p>	<p>Zu 18.) Kommentierung: Die Erweiterung um Codes außerhalb des Kreuz-Stern-Systems ist in Anlehnung/Angleichung an die DKR 0401, Abschnitt "Diabetisches Fußsyndrom", erfolgt. Deshalb wurde das Prinzip, nur auf die innerhalb des Kreuz-Stern-Systems vorgesehenen Codes zu verweisen, ausnahmsweise verlassen.</p>
19.) Anlage Prüfregele ID: 01-01-017: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 19.) Kenntnisnahme
20.) Anlage Prüfregele ID: 01-01-018: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 20.) Kenntnisnahme
21.) Anlage Prüfregele ID: 01-01-019: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 21.) Kenntnisnahme



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DIMDI

Stand: 07.04.2020

Tabelle 2 Stellungnahme des DIMDI vom 24.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>22.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-020: Hinweis: Der Kode für periphere vaskuläre Komplikationen ist laut ICD- 10 nur in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus anzugeben. Der Klassentitel lautet I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Als Inklusivum ist aufgeführt: Periphere diabetische Angiopathie (E10-E14†, vierte Stelle .5) Da es sich bei Inklusiva grundsätzlich nicht um abschließende Listen handelt, sollte aus klassifikatorischer Sicht in dem Hinweis „nur“ gestrichen werden.</p>	<p>Zu 22.) Kommentierung: Dem Änderungsvorschlag wird gefolgt.</p> <p>Änderung des Hinweistextes "Der Kode für periphere vaskuläre Komplikationen ist laut ICD- 10 nur in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus anzugeben." in "Der Kode für periphere vaskuläre Komplikationen ist laut ICD- 10 unter anderem in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus anzugeben."</p>
<p>23.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-021: Hinweis: Der Kode für diabetische Arthropathien ist laut ICD-10 nur in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus anzugeben. Der Hinweis ist korrekt. Außer diabetischen Arthropathien gibt es allerdings auch neuropathische Arthropathien bei Diabetes mellitus. Diese Zustände werden bei M14.2-* exkludiert (s. entsprechendes Exklusivum) und mit M14.6-* Neuropathische Arthropathie kodiert. Aus klassifikatorischer Sicht sollte eine Ergänzung in den Prüfparametern erfolgen.</p>	<p>Zu 23.) Kommentierung: Da mit wenigen und möglichst eindeutigen Regeln gestartet wird, wurde auf die Prüfung von M14.6-* verzichtet, da dieser Kode außer einer diabetischen neuropathischen Arthropathie auch neuropathische Arthropathien anderer Genese inkludiert. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.</p>
<p>24.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-022: Wir haben keine Anmerkungen</p>	<p>Zu 24.) Kenntnisnahme</p>
<p>25.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-023: Wir haben keine Anmerkungen</p>	<p>Zu 25.) Kenntnisnahme</p>
<p>26.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-024: Wir haben keine Anmerkungen</p>	<p>Zu 26.) Kenntnisnahme</p>
<p>27.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-025: Hinweis: Unterschiedliche Typen des Diabetes mellitus schließen sich üblicherweise aus. Im Hinblick auf die Verwendung der Codes E10 bis E14 bedeutet das, dass jeweils nur ein Kode aus dieser Gruppe anzugeben ist, je nachdem welche Form des Diabetes mellitus bei dem Patienten vorliegt. Wir schlagen hier eine Präzisierung der Prüfparameter im Hinblick auf die Verwendung von zwei Codes aus E10 bis E14 vor.</p>	<p>Zu 27.) Kommentierung: Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde in der Lesefassung auf die Darstellung der kompletten Regelinhalte verzichtet. Die Prüflöglk berücksichtigt, ob jeweils ein zweiter Kode für einen Diabetes mellitus aus einem anderen dreistelligen Kodebereich existiert. Die im Änderungsvorschlag angesprochene Präzisierung ist bereits in der Prüflöglk berücksichtigt.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DIMDI

Stand: 07.04.2020

Tabelle 2 Stellungnahme des DIMDI vom 24.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
28.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-026: Hinweis: Unterschiedliche Typen des Diabetes mellitus schließen sich üblicherweise aus. Im Hinblick auf die Verwendung der Codes E10 bis E14 bedeutet das, dass jeweils nur ein Kode aus dieser Gruppe anzugeben ist, je nachdem welche Form des Diabetes mellitus bei dem Patienten vorliegt. Wir schlagen hier eine Präzisierung der Prüfparameter im Hinblick auf die Verwendung von zwei Kodes aus E10 bis E14 vor.	Zu 28.) S. Kommentierung zu 27.)
29.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-027: Hinweis: Unterschiedliche Typen des Diabetes mellitus schließen sich üblicherweise aus. Im Hinblick auf die Verwendung der Codes E10 bis E14 bedeutet das, dass jeweils nur ein Kode aus dieser Gruppe anzugeben ist, je nachdem welche Form des Diabetes mellitus bei dem Patienten vorliegt. Wir schlagen hier eine Präzisierung der Prüfparameter im Hinblick auf die Verwendung von zwei Kodes aus E10 bis E14 vor.	Zu 29.) S. Kommentierung zu 27.)
30.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-01-028: Hinweis: Unterschiedliche Typen des Diabetes mellitus schließen sich üblicherweise aus. Im Hinblick auf die Verwendung der Codes E10 bis E14 bedeutet das, dass jeweils nur ein Kode aus dieser Gruppe anzugeben ist, je nachdem welche Form des Diabetes mellitus bei dem Patienten vorliegt. Wir schlagen hier eine Präzisierung der Prüfparameter im Hinblick auf die Verwendung von zwei Kodes aus E10 bis E14 vor.	Zu 30.) S. Kommentierung zu 27.)
31.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-029: Die ICD sieht im Hinweis bei I11.- die Angabe von weiteren Kodes vor, die im Vorschlag nicht angegeben sind. Wir regen an zu prüfen, ob diese hier ergänzt werden sollten.	Zu 31.) Kommentierung: Die Regeln beinhalten eine erste Auswahl aus dem Bereich I11 bis I13 der ICD-10-GM und beziehen sich zunächst auf die spezifischen Viersteller aus diesem Bereich. Daraus folgt die Kombination mit den entsprechend in diesen Kodes benannten Erkrankungen. Beispiel: Herzinsuffizienz in Kombination mit I11.0-. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt. Im Rahmen der jährlichen Anpassungen ist eine Erweiterung/Angleichung der Regeln möglich.
32.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-030: Die ICD sieht im Hinweis bei I12.- die Angabe von weiteren Kodes vor, die im Vorschlag nicht angegeben sind. Wir regen an zu prüfen, ob diese hier ergänzt werden sollten.	Zu 32.) S. Kommentierung zu 31.)



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DIMDI

Stand: 07.04.2020

Tabelle 2 Stellungnahme des DIMDI vom 24.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
33.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-031: Die ICD sieht im Hinweis bei I13.- die Angabe von weiteren Kodes vor, die im Vorschlag nicht angegeben sind. Wir regen an zu prüfen, ob diese hier ergänzt werden sollten.	Zu 33.) S. Kommentierung zu 31.)
34.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-032: Die ICD sieht im Hinweis bei I13.- die Angabe von weiteren Kodes vor, die im Vorschlag nicht angegeben sind. Wir regen an zu prüfen, ob diese hier ergänzt werden sollten.	Zu 34.) S. Kommentierung zu 31.)
35.) Anlage Prüfregeleln ID: 01-02-033: Der Hinweis in der ICD-10-GM bei I13.- lautet: Hinw.: Benutze, sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnummern aus I50.- oder I51.4-I51.9 sowie aus N00-N07, N18.-, N19 oder N26, um die Art der Herz- bzw. Nierenkrankheit anzugeben. Aus klassifikatorischer Sicht sollten in dem Vorschlag N00-N07 und N26 ergänzt werden. S. auch Hinweise unter N00-N08 und N26.	Zu 35.) S. Kommentierung zu 31.)
36.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-035: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 36.) Kenntnisnahme
37.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-036: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 37.) Kenntnisnahme
38.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-037: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 38.) Kenntnisnahme
39.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-038: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 39.) Kenntnisnahme
40.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-039: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 40.) Kenntnisnahme
41.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-040: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 41.) Kenntnisnahme
42.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-041: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 42.) Kenntnisnahme
43.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-042: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 43.) Kenntnisnahme
44.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-043: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 44.) Kenntnisnahme
45.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-044: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 45.) Kenntnisnahme
46.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-045: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 46.) Kenntnisnahme
47.) Anlage Prüfregeleln ID: 03-02-046: Wir haben keine Anmerkungen	Zu 47.) Kenntnisnahme



Spitzenverband

GKV-Spitzenverband Reinhardtstr. 28 10117 Berlin
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Frau Anna Maria Raskop
Abteilungsleiterin
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Dr. Torsten Fürstenberg

Ambulante Versorgung

Ansprechpartner/-in: Frau Dr. Barsch/Herr Dr. Betzin
Abt. Ambulante Versorgung / Vertragsanalyse

Tel.: 030 206288-2117/2014

Fax: 030 206288-82117/82014

Antje.Barsch@

gkv-spitzenverband.de; Joerg.Betzin@gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband

Postfach 04 05 65 · 10063 Berlin

Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

27.03.2020

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Kodiervorgaben nach § 295 zum Zwecke der Benehmensherstellung

Sehr geehrte Frau Raskop,

mit Schreiben vom 28. Februar 2020 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den GKV-Spitzenverband über den Entwurf zu den gemäß § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V erstmals zum 30. Juni 2020 zu regelnden Vorgaben von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 5 SGB V sowie von Prüfmaßstäben (im Folgenden "Kodiervorgaben nach § 295" genannt) informiert und diese zum Zwecke der Benehmensherstellung zur Verfügung gestellt. Die Verpflichtung zur Kodierung von (Behandlungs-)Diagnosen für alle Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäuser sowie sonstigen Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, resultiert aus § 295 Abs. 1 SGB V. Mit dem vorgelegten Entwurf ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihrem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und hat die „Kodiervorgaben nach § 295“ einschließlich erster Prüfmaßstäbe erstellt. Zur Benehmensherstellung wird um Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes gebeten. Der GKV-Spitzenverband nimmt hiermit gemäß § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V im Zuge der Benehmensherstellung Stellung zum Entwurf der „Kodiervorgaben nach § 295“.



I. Allgemeine Bewertung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Entwicklung ambulanter Kodiervorgaben als einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Kodierqualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Ärztliche Diagnosen sind Bestandteil der abrechnungsbegründenden Unterlagen und vergütungsrelevant, da sie wesentliche Grundlage der Berechnung der Veränderungsrate der von den Krankenkassen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 sind. Vor diesem Hintergrund ist ein hohes Maß an Kodierqualität erforderlich, insbesondere, da gemäß § 87a Abs. 4 Satz 5 die Berechnung der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ab dem Jahr, in dem die Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 zur Ermittlung herangezogen werden, ausschließlich auf der Grundlage dieser diagnosebezogenen Veränderungsrate erfolgt und die bis dahin als Korrektiv vorgesehene demografische Veränderungsrate nicht mehr zur Verfügung steht.

Diagnosen sind jedoch nicht nur Grundlage für die Berechnung der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sondern auch im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) für die Zuweisung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds. Die bei der Verwendung im Morbi-RSA trotz der Möglichkeit der Validierung über Arzneimittel festgestellten Auffälligkeiten haben dazu geführt, dass der Gesetzgeber die Berücksichtigung ambulanter Diagnosen mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) verschärft hat (Schlussausgleich erst nach Streichung der Diagnosen mit auffälligen Prävalenzentwicklungen).

Auch vor dem Hintergrund der Nutzung in der Versorgungsforschung sieht der GKV-Spitzenverband die Verschlüsselung der behandelten Krankheiten, eingebettet in ein System zur Qualitätssicherung, als unerlässlich an. Vergleichbare Krankheitsbilder benötigen vergleichbar kodierte Diagnosen. Insofern verknüpft der GKV-Spitzenverband mit der Einführung ambulanter Kodiervorgaben insbesondere Erwartungen zu klaren Regelungen für die Definition und Interpretation der Behandlungsdiagnosen sowie deren ggf. notwendige Kennzeichnung als Dauer- oder anamnestische Diagnosen als zentral für die Morbiditätsmessung sowie zur Sicherstellung einer sachgerechten Vergütung.

Der vorliegende Entwurf kann aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes lediglich ein erster Einstieg zur Erreichung dieser Ziele sein und es werden noch deutliche Verbesserungspotenziale gesehen.

Auch der gewählte Grad der Verbindlichkeit der einzelnen Prüfregelein bleibt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes hinter den Erwartungen an eine Sicherstellung einheitlicher Kodierung zurück.

II. Stellungnahme zu einzelnen Punkten des Entwurfes der „Kodier- vorgaben gemäß § 295“

Im Folgenden wird entlang der Gliederung der Kodiervorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu einzelnen Punkten Stellung genommen.

Vorwort

Es ist keine gesetzlich ableitbare Aufgabe der beteiligten Körperschaften, eine Morbiditätsmessung durchzuführen. Insofern sollte der Begriff „*Morbiditätsmessung*“ durch die Formulierung „*Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur*“ ersetzt werden.

Neben der Aufgabe der Festlegung verbindlicher Regelungen ist in § 295 Abs. 4 Satz 3 auch die Vorgabe von Prüfmaßstäben gefordert. Insofern sollte der Satz „*Mit diesen Kodiervorgaben wird der Auftrag des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen festzulegen, umgesetzt.*“ zu „*Mit diesen Kodiervorgaben wird der Auftrag des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen festzulegen sowie Prüfmaßstäbe vorzugeben, umgesetzt.*“ geändert werden.

§ 1 Grundregeln

(3) Verantwortlichkeiten

Um die Beziehungen der Grundregeln zu den Definitionen und Vorgaben klarzustellen und gleichzeitig dem Anliegen der Kodiervorgaben zu genügen, soll folgender Satz angefügt werden: „Die verbindliche Anwendung der Kodiervorgaben soll sicherstellen, dass als Diagnosen lediglich Behandlungsdiagnosen gemäß § 2 Abs. 1 in die Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V Eingang finden.“ Die Kodiervorgaben gemäß § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V beziehen sich auf § 295 Abs. 4 Satz 1 SGB V, in dem es heißt: „*Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.*“ Notwendige Angaben zu Diagnosen im Sinne der „Abrechnung von Leistungen“ können nur Diagnosen sein, für die auch Leistungen erbracht wurden.

§ 2 Definitionen und Vorgaben

(1) Behandlungsdiagnosen

Die Definition der Behandlungsdiagnose beruft sich auf den Begriff der „Behandlung“. Gemäß § 28 Satz 1 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung, die gemäß § 12 SGB V dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterliegt, die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung ist in § 2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte geregelt. Insofern sollte zur

Spezifizierung des Begriffes „Behandlungsdiagnose“ der Satz *„Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal eine Behandlung oder sonstige ärztliche Leistungen durchgeführt wurden.“* wie folgt formuliert und ergänzt werden: *„Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal eine ärztliche Behandlung gemäß § 28 Satz 1 SGB V oder sonstige ärztliche Leistungen entsprechend dem gemäß § 2 BMV-Ärzte festgelegten Umfang der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt wurden.“*

Die Angabe zur Möglichkeit der Übernahme von Diagnosen aus der stationären Versorgung in die ambulante Kodierung ist überflüssig, da in Satz 1 von § 2 Absatz (1) definiert ist, was eine Behandlungsdiagnose ist und damit klar ist, dass Diagnosen aus der stationären Versorgung übernommen werden können, *„wenn im abzurechnenden Quartal auf diese Diagnosen bezogene ambulante Behandlungen durchgeführt werden.“*

Um eine automatische Übernahme von Diagnosen aus der stationären Versorgung zu verhindern, sollte man, wenn die entsprechende Formulierung in den Kodiervorgaben enthalten bleiben soll, wie folgt formuliert werden: *„Bei Übernahme eines Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung können die Haupt- und Nebendiagnosen dürfen Diagnosen aus der stationären Versorgung nur dann als Behandlungsdiagnosen übernommen werden, wenn im abzurechnenden Quartal auf diese Diagnosen bezogene ambulante Behandlungen durchgeführt werden.“*

Zur Klarstellung der Notwendigkeit einer möglichst spezifischen Kodierung sollte der Satz *„Behandlungsdiagnosen sind so spezifisch wie möglich (endständig) zu kodieren.“* wie folgt ergänzt werden: *„Daher sind nur in Ausnahmefällen unspezifische Codes (z. B. „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten“ und „Nicht näher bezeichnete Krankheiten“) anzuwenden“.*

(2) Dauerdiagnosen

Um die in den „Kodiervorgaben gemäß § 295“ formulierte Vorgabe *„Dauerdiagnosen sind in jedem Quartal vor der Übernahme in die Abrechnungsunterlagen auf ihre Behandlungsrelevanz zu überprüfen. Dabei sind gegebenenfalls die Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit zu aktualisieren.“* wirksam umzusetzen, sollten entsprechende Prüfregelel vorgegeben werden. Die gegenwärtig vorgesehenen Prüfregelel, insbesondere in Anlage 2 des Entwurfs der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, prüfen lediglich die Vergabe der Kennzeichnung eines Codes als Dauerdiagnose bei dessen Kodierung, sofern es sich um eine Kodierung handelt, die in der „ICD-10-Stammdatei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Umgang mit Dauerdiagnosen“ das Kennzeichen *„nicht geeignet als Dauerdiagnose“* trägt. Hingegen wird dies derzeit nicht bei der Übernahme der Kodierung aus dem Vorquartal geprüft. Hier sind verbindliche Prüfregelel darzustellen bzw. ist Transparenz herzustellen, die dies auch bei Übernahme von Dauerdiagnosen aus dem Vorquartal sicherstellen. Zusätzlich sind Prüfregelel darzustellen, die die Vorgabe der *„Behandlungsrelevanz“* bei Übernahme aus dem Vorquartal auch für diejenigen als Dauerdiagnosen gekennzeichneten Diagnosen prüft, die

in der ICD-10-Stammdatei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht die Kennzeichnung „*nicht geeignet als Dauerdiagnose*“ tragen.

Die Prüfredeln für ausgewählte Akutdiagnosen, die möglicherweise als Dauerdiagnosen verwendet werden, sind nur für eine begrenzte Anzahl von Akutdiagnosen formuliert. Die zugrunde gelegten Kriterien für diese Auswahl sollten auch vor dem Hintergrund der auf Arbeitsebene zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband intensiv geführten Beratungen zur Persistenz von Akutdiagnosen transparent gemacht und die Auswahl sukzessive erweitert werden.

(3) Anamnestische Diagnosen

Zur Klarstellung sollte der Satz „*Anamnestische Diagnosen können in der Patientenakte hinterlegt werden, bewirken jedoch im abzurechnenden Quartal keine diagnostische und/oder therapeutische Leistung.*“ wie folgt gefasst werden, „*Anamnestische Diagnosen sowie abnorme (Labor-) Befunde, die im abzurechnenden Quartal keine diagnostische und/oder therapeutische Leistung bewirken, können in der Patientenakte hinterlegt werden und sind mit der entsprechenden Kennzeichnung zu versehen.*“

§ 3 Ergänzende Regelungen nach § 295 SGB V für die Verschlüsselung

(1) Zusatzkennzeichen

Die Kennzeichnung einer Diagnose durch das Zusatzkennzeichen „G“ ist ein wesentliches Merkmal zur Übernahme der Diagnose in die Berechnung der Veränderungsrate zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Sie sollte daher nicht automatisch erfolgen, sondern vom Vertragsarzt aktiv gesetzt werden müssen. Zur Sicherstellung dieser Vorgabe sollten entsprechende Prüfmaßstäbe angegeben werden. Diese Prüfmaßstäbe sollten verbindlich und einheitlich durch die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme (PVS) umgesetzt werden, sodass im Sinne der Qualitätssicherung Transparenz für die entsprechende Zuordnung der Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit geschaffen wird.

Anhang Prüfredeln

Allgemeine Anmerkungen

Die in den Anlagen I und II zur Verfügung gestellten Prüfredeln sind vorhandene Prüfredeln aus der Kodierregelwerk-Stammdatei (KRW-Stammdatei) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die bereits seit mindestens 2012 existiert. Diese wird zur Einbindung in die PVS mit der Möglichkeit der **freiwilligen** Nutzung durch die Vertragsärzte an die PVS-Hersteller ausgeliefert.

Die in Anlage I und II ausgewählten Prüfredeln für eine teilweise verbindliche Nutzung (obligate vs. fakultative Regel) im PVS betreffen in überwiegendem Maße Kodierregeln zur Generierung zusätzlicher, bisher möglicherweise nicht sachgerecht „nicht angegebener“ Codes.

Neben diesen Regeln zur sachgerechten Kodierung multimorbider Krankheitsfälle enthält die ICD-10-GM eine Reihe von Kodierregeln, gemäß denen bei der Vergabe bestimmter Codes andere Codes nicht gleichzeitig vergeben werden dürfen. Nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes betreffen solche eigentlich "nicht zu vergebenden" Codes oft bis zu 5 %, seltener auch mehr, der derzeit tatsächlich insgesamt vergebenen Codes. So wird in der ICD-10-GM z. B. zu dem Diagnosekode B37.2 „Kandidose der Haut und der Nägel“ angegeben: „Exkl. Windeldermatitis (L22)“. Diese dürfte also im Behandlungsfall nicht mit auftreten. Tatsächlich tritt die Diagnose L22 im gleichen Behandlungsfall mit der Diagnose B37.2 in ca. 8 % der Fälle auf, die im Behandlungsfall die B37.2 kodiert bekommen. Diese „nicht zu vergebenden“ Codes begründen ebenfalls eine finanzwirksame Vergütung, die nicht gerechtfertigt ist. Hier bedarf es ebenfalls verbindlicher Prüfregele, die eine solche nicht sachgerechte Kodierung verhindern.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Umsetzung der „Kodiervorgaben nach § 295“ ist deren entsprechende Umsetzung in den PVS. Hier bedarf es mehr Transparenz, in welcher Art und Weise dies umgesetzt werden soll. In untenstehendem Beispiel wäre, sollte die Umsetzung in den PVS entsprechend dem Umsetzungsvorschlag erfolgen, eine solche Transparenz gegeben. In dem vorliegenden Entwurf der „Kodiervorgaben nach § 295“ werden zu der Umsetzung in den PVS keine Angaben gemacht.

Anlage 1

Die Anlage I enthält Prüfregele aus der KRW-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10-GM. Die Prüfregele sind unterteilt in „Obligate Regeln“, die im PVS nicht ausgeschaltet werden können, und „fakultative Regeln“, zu denen der Vertragsarzt auswählen kann, dass er sie **regelmäßig nicht angezeigt** bekommt. Hier sollte Transparenz geschaffen werden, auf welcher Grundlage diese Unterscheidung in obligat vs. fakultativ vorgenommen wird. Unabhängig von der Art der Prüfregele (obligat vs. fakultativ) erhält der Arzt Hinweise zu seiner Kodierung, die es ihm gestattet zu prüfen, ob seine gewählte Kodierung sachgerecht ist. Eine verbindliche Anpassung der Kodierung aufgrund dieser Hinweise ist jedoch nicht vorgesehen. Dies erscheint zum Teil problematisch, was am folgenden Beispiel verdeutlicht werden soll.

Beispiel: Regel 03-02-035 – Akuter Myokardinfarkt mit dem Kennzeichen "Gesichert"

„Die Regel prüft fallbezogen das Verwenden eines Kodes für eine akute Erkrankung über mehrere Quartale hinweg.“

Für die entsprechenden Codes I21.0; I21.1; I21.2; I21.3; I21.4; I21.9 wird dem Nutzer, falls dieser Code bereits über zwei zurückliegende Quartale hinweg erfasst wurde, vorgeschlagen, einen entsprechenden Code für einen alten Myokardinfarkt mit dem Kennzeichen „Gesichert“, I25.20; I25.21; I25.22; I25.29 zu verwenden.

Vorschlag zur Umsetzung der Prüfregele in den PVS:

Mittels des PVS sollte sichergestellt werden, dass auf den Vorschlag „Möchten Sie den Kode ändern?“, die Standardantwort „Ja“ lautet, um sicherzustellen, dass der Arzt in jedem Falle aktiv werden muss.

Anlage II

Die Anlage II enthält Prüfregele zum Umgang mit Akutdiagnosen, die als Dauerdiagnosen verwendet werden.

Aus den bereits weiter oben im Abschnitt zu den Dauerdiagnosen angemerkten Beratungen auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses zur Persistenz von Akutdiagnosen gibt es eine vereinbarte Liste zur Überprüfung der Persistenz von üblicherweise stationären Diagnosen. Diese weist, neben den in der Prüfregele der Anlage II enthaltenen Erkrankungen aus den Bereichen Ischämische Herzkrankheiten bzw. Zerebrovaskuläre Krankheiten, auch weitere Erkrankungen wie beispielsweise Frakturen unterschiedlicher Lokalisation sowie intestinale Obstruktionen aus.

Darüber hinaus wurden auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses Analysen zur Persistenz weiterer ausgewählter Diagnosen geführt, die ebenfalls bei den in der Prüfregele der Anlage II ausgewählten Diagnosen nicht berücksichtigt wurden.

Für die Begründung der begrenzten Auswahl innerhalb der in Anlage II genannten Prüfregele wäre eine transparente Angabe der Auswahlgründe angezeigt und die Prüfregele sollten bei zukünftigen Überarbeitungen sukzessive entsprechend erweitert werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Torsten Fürstenberg



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 07.04.2020

Tabelle 3 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>1.) I. Allgemeine Bewertung</p> <p>Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Entwicklung ambulanter Kodiervorgaben als einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Kodierqualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Ärztliche Diagnosen sind Bestandteil der abrechnungsbegründenden Unterlagen und vergütungsrelevant, da sie wesentliche Grundlage der Berechnung der Veränderungsrate der von den Krankenkassen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 sind. Vor diesem Hintergrund ist ein hohes Maß an Kodierqualität erforderlich, insbesondere, da gemäß § 87a Abs. 4 Satz 5 die Berechnung der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ab dem Jahr, in dem die Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 zur Ermittlung herangezogen werden, ausschließlich auf der Grundlage dieser diagnosebezogenen Veränderungsrate erfolgt und die bis dahin als Korrektiv vorgesehene demografische Veränderungsrate nicht mehr zur Verfügung steht. Diagnosen sind jedoch nicht nur Grundlage für die Berechnung der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sondern auch im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) für die Zuweisung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds. Die bei der Verwendung im Morbi-RSA trotz der Möglichkeit der Validierung über Arzneimittel festgestellten Auffälligkeiten haben dazu geführt, dass der Gesetzgeber die Berücksichtigung ambulanter Diagnosen mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) verschärft hat (Schlussausgleich erst nach Streichung der Diagnosen mit auffälligen Prävalenzentwicklungen).</p> <p>Auch vor dem Hintergrund der Nutzung in der Versorgungsforschung sieht der GKV-Spitzenverband die Verschlüsselung der behandelten Krankheiten, eingebettet in ein System zur Qualitätssicherung, als unerlässlich an. Vergleichbare Krankheitsbilder benötigen vergleichbar kodierte Diagnosen. Insofern verknüpft der GKV-Spitzenverband mit der Einführung ambulanter Kodiervorgaben insbesondere Erwartungen zu klaren Regelungen für die Definition und Interpretation der Behandlungsdiagnosen sowie deren ggf. notwendige Kennzeichnung als Dauer- oder anamnestiche Diagnosen als zentral für die Morbiditätsmessung sowie zur Sicherstellung einer sachgerechten Vergütung. Der vorliegende Entwurf kann aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes lediglich ein erster Einstieg zur Erreichung dieser Ziele sein und es werden noch deutliche Verbesserungspotenziale gesehen. Auch der gewählte Grad der Verbindlichkeit der einzelnen Prüfregele bleibt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes hinter den Erwartungen an eine Sicherstellung einheitlicher Kodierung zurück.</p>	<p>Zu 1.) Kenntnisnahme.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 07.04.2020

Tabelle 3 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>2.) Vorwort: Es ist keine gesetzlich ableitbare Aufgabe der beteiligten Körperschaften, eine Morbiditätsmessung durchzuführen.</p> <p>Insofern sollte der Begriff „Morbiditätsmessung“ durch die Formulierung „Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur“ ersetzt werden.</p>	<p>Zu 2.) Kommentierung:</p> <p>Dem Änderungsvorschlag wird gefolgt</p> <p>Änderung des Satzes</p> <p>"Sie bilden die Grundlage für eine valide Morbiditätsmessung und wirken sich somit im Rahmen der morbiditätsbedingten Veränderungsrate auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) der Krankenkassen aus."</p> <p>in</p> <p>"Sie bilden die Grundlage für eine valide Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur und wirken sich somit im Rahmen der morbiditätsbedingten Veränderungsrate auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) der Krankenkassen aus."</p>
<p>3.) Vorwort: Neben der Aufgabe der Festlegung verbindlicher Regelungen ist in § 295 Abs. 4 Satz 3 auch die Vorgabe von Prüfmaßstäben gefordert.</p> <p>Insofern sollte der Satz „Mit diesen Kodiervorgaben wird der Auftrag des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen festzulegen, umgesetzt.“ zu „Mit diesen Kodiervorgaben wird der Auftrag des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen festzulegen sowie Prüfmaßstäbe vorzugeben, umgesetzt.“ geändert werden.</p>	<p>Zu 3.) Die Vorgabe von Prüfmaßstäben entspricht der gesetzlichen Regelung. Auf eine wörtliche Zitierung des Gesetzestextes in den Kodiervorgaben wurde daher verzichtet.</p> <p>Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 07.04.2020

Tabelle 3 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>4.) § 1 Grundregeln: (3) Verantwortlichkeiten: Um die Beziehungen der Grundregeln zu den Definitionen und Vorgaben klarzustellen und gleich-zeitig dem Anliegen der Kodiervorgaben zu genügen, soll folgender Satz angefügt werden: „Die verbindliche Anwendung der Kodiervorgaben soll sicherstellen, dass als Diagnosen lediglich Behandlungsdiagnosen gemäß § 2 Abs. 1 in die Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V Eingang finden.“ Die Kodiervorgaben gemäß § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V beziehen sich auf § 295 Abs. 4 Satz 1 SGB V, in dem es heißt: „Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.“ Notwendige Angaben zu Diagnosen im Sinne der „Abrechnung von Leistungen“ können nur Diagnosen sein, für die auch Leistungen erbracht wurden.</p>	<p>Zu 4.) Kommentierung: Dies ist bereits über § 1 Abs. 1 in Verbindung mit § 2 Absatz 1 der Kodiervorgaben ausreichend geregelt. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.</p>
<p>5.) § 2 Definitionen und Vorgaben: (1) Behandlungsdiagnosen: Die Definition der Behandlungsdiagnose beruft sich auf den Begriff der „Behandlung“. Gemäß § 28 Satz 1 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung, die gemäß § 12 SGB V dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterliegt, die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krank-heiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Der Umfang der ver-tragsärztlichen Versorgung ist in § 2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte geregelt. Insofern sollte zur Spezifizierung des Begriffes „Behandlungsdiagnose“ der Satz „Behandlungsdiagnosen sind Diagno-sen, für die im abzurechnenden Quartal eine Behandlung oder sonstige ärztliche Leistungen durch-geführt wurden.“ wie folgt formuliert und ergänzt werden: „Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal eine ärztliche Behandlung gemäß § 28 Satz 1 SGB V oder sons-tige ärztliche Leistungen entsprechend dem gemäß § 2 BMV-Ärzte festgelegten Umfang der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt wurden.“</p>	<p>Zu 5.) Über § 1 Abs. 2 wird bereits auf die ambulante Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung referiert. Der § 2 BMV-Ä regelt die vertragsärztlichen Leistungen. Die Kodiervorgaben beziehen jedoch weitere Versorgungsbereiche, z.B. § 116b SGB V, mit ein. Auf § 2 BMV-Ä kann somit nicht verwiesen werden. Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 07.04.2020

Tabelle 3 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>6.) § 2 Definitionen und Vorgaben: (1) Behandlungsdiagnosen: Die Angabe zur Möglichkeit der Übernahme von Diagnosen aus der stationären Versorgung in die ambulante Kodierung ist überflüssig, da in Satz 1 von § 2 Absatz (1) definiert ist, was eine Behandlungsdiagnose ist und damit klar ist, dass Diagnosen aus der stationären Versorgung übernommen werden können, „wenn im abzurechnenden Quartal auf diese Diagnosen bezogene ambulante Behandlungen durchgeführt werden.“</p> <p>Um eine automatische Übernahme von Diagnosen aus der stationären Versorgung zu verhindern, sollte man, wenn die entsprechende Formulierung in den Kodiervorgaben enthalten bleiben soll, wie folgt formuliert werden: „Bei Übernahme eines Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung dürfen Diagnosen aus der stationären Ver-sorgung nur dann als Behandlungsdiagnosen übernommen werden, wenn im abzurechnenden Quartal auf diese Diagnosen bezogene ambulante Behandlungen durchgeführt werden.“</p>	<p>Zu 6.) Kommentierung: Dem Änderungsvorschlag wird gefolgt.</p> <p>Änderung des Satzes "Bei Übernahme eines Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung können die Haupt- und Nebendiagnosen als Behandlungsdiagnosen übernommen werden, wenn im abzurechnenden Quartal auf diese Diagnosen bezogene ambulante Behandlungen durchgeführt werden." in "Bei Übernahme eines Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung sind die Diagnosen des stationären Aufenthaltes nur dann als Behandlungsdiagnosen zu übernehmen, wenn im abzurechnenden Quartal auf diese Diagnosen bezogene ambulante Behandlungen durchgeführt werden."</p>
<p>7.) § 2 Definitionen und Vorgaben: (1) Behandlungsdiagnosen: Zur Klarstellung der Notwendigkeit einer möglichst spezifischen Kodierung sollte der Satz „Be-handlungsdiagnosen sind so spezifisch wie möglich (endständig) zu kodieren.“ wie folgt ergänzt werden: „Daher sind nur in Ausnahmefällen unspezifische Codes (z. B. „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten“ und „Nicht näher bezeichnete Krankheiten“) anzuwenden“.</p>	<p>Zu 7.) Kommentierung: Auf nähere Erläuterungen zu den Restklassen wie auch auf entsprechende Fall-/Kodierbeispiele wurde in den Kodiervorgaben bewusst verzichtet. Sie sollen zunächst u. a. aus Akzeptanzgründen möglichst übersichtlich auf wesentliche, praxisnahe Grundregeln beschränkt werden. Zum Umgang mit Restklassen sind flankierend Informations- und Schulungsmaterialien vorgesehen. Zudem ist vorgesehen, die ICD-10-GM komplett inkl. der "Anleitung zur Verschlüsselung" in die Softwaresysteme zu integrieren, damit diese allen Anwendern zur Verfügung steht. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 07.04.2020

Tabelle 3 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>8.) § 2 Definitionen und Vorgaben: (2) Dauerdiagnosen: Um die in den „Kodiervorgaben gemäß § 295“ formulierte Vorgabe „Dauerdiagnosen sind in jedem Quartal vor der Übernahme in die Abrechnungsunterlagen auf ihre Behandlungsrelevanz zu überprüfen. Dabei sind gegebenenfalls die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.“ wirksam umzusetzen, sollten entsprechende Prüfregeleln vorgegeben werden. Die gegenwärtig vorgesehenen Prüfregeleln, insbesondere in Anlage 2 des Entwurfs der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, prüfen lediglich die Vergabe der Kennzeichnung eines Kodes als Dauerdiagnose bei dessen Kodierung, sofern es sich um eine Kodierung handelt, die in der „ICD-10-Stammdatei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Umgang mit Dauerdiagnosen“ das Kennzeichen „nicht geeignet als Dauerdiagnose“ trägt. Hingegen wird dies derzeit nicht bei der Übernahme der Kodierung aus dem Vorquartal geprüft. Hier sind verbindliche Prüfregeleln darzustellen bzw. ist Transparenz herzustellen, die dies auch bei Übernahme von Dauerdiagnosen aus dem Vorquartal sicherstellen. Zusätzlich sind Prüfregeleln darzustellen, die die Vorgabe der „Behandlungsrelevanz“ bei Übernahme aus dem Vorquartal auch für diejenigen als Dauerdiagnosen gekennzeichneten Diagnosen prüft, die in der ICD-10-Stammdatei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht die Kennzeichnung „nicht geeignet als Dauerdiagnose“ tragen.</p>	<p>Zu 8.) Kommentierung: Die Kodiervorgaben sollen mit ersten praxisrelevanten Regeln zum Zeitpunkt der Generierung eines Kodes starten. Unter Berücksichtigung des Praxisablaufes erfolgte eine erste Flankierung dieser Vorgaben mit quartalsübergreifenden Regelungen, um die Kodierung von Dauerdiagnosen über mehrere Quartale hinweg zu beregeleln. Zudem sind Vorgaben für die Übernahme von Diagnosen aus dem Vorquartal im "Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10" formuliert. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.</p>
<p>9.) § 2 Definitionen und Vorgaben: (2) Dauerdiagnosen: Die Prüfregeleln für ausgewählte Akutdiagnosen, die möglicherweise als Dauerdiagnosen verwendet werden, sind nur für eine begrenzte Anzahl von Akutdiagnosen formuliert. Die zugrunde gelegten Kriterien für diese Auswahl sollten auch vor dem Hintergrund der auf Arbeitsebene zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband intensiv geführten Beratungen zur Persistenz von Akutdiagnosen transparent gemacht und die Auswahl sukzessive erweitert werden.</p>	<p>Zu 9.) Kommentierung: Der Begrenzung der Auswahl ist ebenfalls dem Vorhaben geschuldet, mit wenigen praxisrelevanten Regelungen zu starten, die jedoch sukzessive erweitert werden können.</p>
<p>10.) § 2 Definitionen und Vorgaben: (3) Anamnestische Diagnosen: Zur Klarstellung sollte der Satz „Anamnestische Diagnosen können in der Patientenakte hinterlegt werden, bewirken jedoch im abzurechnenden Quartal keine diagnostische und/oder therapeutische Leistung.“ wie folgt gefasst werden, „Anamnestische Diagnosen sowie abnorme (Labor-)Be-funde, die im abzurechnenden Quartal keine diagnostische und/oder therapeutische Leistung bewirken, können in der Patientenakte hinterlegt werden und sind mit der entsprechenden Kennzeichnung zu versehen.“</p>	<p>Zu 10.) Kommentierung: Die vorgeschlagene Ergänzung - "...sind mit der entsprechenden Kennzeichnung zu versehen..." - ist im Beschlusstext nicht erforderlich. Die besondere Kennzeichnung von Diagnosen, z.B. als "anamnestische Diagnosen", wird über den "Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10" vorgegeben. Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 07.04.2020

Tabelle 3 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>11.) § 3 Ergänzende Regelungen nach § 295 SGB V für die Verschlüsselung: (1) Zusatzkennzeichen: Die Kennzeichnung einer Diagnose durch das Zusatzkennzeichen „G“ ist ein wesentliches Merkmal zur Übernahme der Diagnose in die Berechnung der Veränderungsrate zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Sie sollte daher nicht automatisch erfolgen, sondern vom Vertragsarzt aktiv gesetzt werden müssen. Zur Sicherstellung dieser Vorgabe sollten entsprechende Prüfmaßstäbe angegeben werden. Diese Prüfmaßstäbe sollten verbindlich und einheitlich durch die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme (PVS) umgesetzt werden, sodass im Sinne der Qualitätssicherung Transparenz für die entsprechende Zuordnung der Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit geschaffen wird.</p>	<p>Zu 11.) Kommentierung: Eine automatische Vergabe des Zusatzkennzeichens "G" , ist als Pflichtfunktion im "Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10" für die Software-Hersteller ausgeschlossen. Die vorgeschlagene Funktionalität ist somit bereits umgesetzt.</p>
<p>12.) Anhang Prüfregeln: Allgemeine Anmerkungen: Die in den Anlagen I und II zur Verfügung gestellten Prüfregeln sind vorhandene Prüfregeln aus der Kodierregelwerk-Stammdatei (KRW-Stammdatei) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die bereits seit mindestens 2012 existiert. Diese wird zur Einbindung in die PVS mit der Möglichkeit der freiwilligen Nutzung durch die Vertragsärzte an die PVS-Hersteller ausgeliefert. Die in Anlage I und II ausgewählten Prüfregeln für eine teilweise verbindliche Nutzung (obligate vs. fakultative Regel) im PVS betreffen in überwiegendem Maße Kodierregeln zur Generierung zusätzlicher, bisher möglicherweise nicht sachgerecht „nicht angegebener“ Kodes. Neben diesen Regeln zur sachgerechten Kodierung multimorbider Krankheitsfälle enthält die ICD-10-GM eine Reihe von Kodierregeln, gemäß denen bei der Vergabe bestimmter Kodes andere Kodes nicht gleichzeitig vergeben werden dürfen. Nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes betreffen solche eigentlich "nicht zu vergebenen" Kodes oft bis zu 5 %, seltener auch mehr, der derzeit tatsächlich insgesamt vergebenen Kodes. So wird in der ICD-10-GM z. B. zu dem Diagnosekode B37.2 „Kandidose der Haut und der Nägel“ angegeben: „Exkl. Windeldermatitis (L22)“. Diese dürfte also im Behandlungsfall nicht mit auftreten. Tatsächlich tritt die Diagnose L22 im gleichen Behandlungsfall mit der Diagnose B37.2 in ca. 8 % der Fälle auf, die im Behandlungsfall die B37.2 kodiert bekommen. Diese „nicht zu vergebenen“ Kodes begründen ebenfalls eine finanzwirksame Vergütung, die nicht gerechtfertigt ist. Hier bedarf es ebenfalls verbindlicher Prüfregeln, die eine solche nicht sachgerechte Kodierung verhindern.</p>	<p>Zu 12.) Kommentierung: Regeln über Exklusiva wurden aus folgendem Grund nicht aufgenommen: Eine unter einer Diagnose als Exklusivum genannte andere Diagnose bedeutet nicht, dass sich diese beiden Diagnosen ausschließen; vgl. folgende FAQ des DIMDI "Dürfen Kodes, die im 'Exkl.' eines Kodes genannt werden, gleichzeitig mit diesem verwendet werden? (ICD-10-GM Nr. 1008) Das "Exkl." eines Kodes besagt, dass mit dem im Exklusivum genannten Kode eine Erkrankung anderer Genese bzw. ein nicht regelhaft enthaltener Zustand abgegrenzt (klassifiziert) wird. Folglich können beide Kodes nebeneinander verwendet werden, wenn die Erkrankungen/Zustände sowohl als auch beim Patienten vorliegen und diagnostisch voneinander abgrenzbar sind." Dem Änderungsvorschlag wird daher nicht gefolgt.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 07.04.2020

Tabelle 3 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>13.) Anhang Prüfregeln: Allgemeine Anmerkungen: Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Umsetzung der „Kodiervorgaben nach § 295“ ist deren entsprechende Umsetzung in den PVS. Hier bedarf es mehr Transparenz, in welcher Art und Weise dies umgesetzt werden soll. In untenstehendem Beispiel wäre, sollte die Umsetzung in den PVS entsprechend dem Umsetzungsvorschlag erfolgen, eine solche Transparenz gegeben. In dem vorliegenden Entwurf der „Kodiervorgaben nach § 295“ werden zu der Umsetzung in den PVS keine Angaben gemacht.</p>	<p>Zu 13.) Kommentierung: Die Umsetzung der Kodiervorgaben in die PVS wird im "Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10" verbindlich geregelt. Dieses Dokument wird auf der Homepage der KBV veröffentlicht. Damit ist Transparenz geschaffen.</p>
<p>14.) Anhang Prüfregeln: Anlage 1: Die Anlage I enthält Prüfregeln aus der KRW-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10-GM. Die Prüfregeln sind unterteilt in „Obligate Regeln“, die im PVS nicht ausgeschaltet werden können, und „fakultative Regeln“, zu denen der Vertragsarzt auswählen kann, dass er sie regelhaft nicht angezeigt bekommt. Hier sollte Transparenz geschaffen werden, auf welcher Grundlage diese Unterscheidung in obligat vs. fakultativ vorgenommen wird.</p>	<p>Zu 14.) Kommentierung: Das Zulassen "fakultativer" Regeln beruht auf der Annahme, dass nicht jede Regel in jeder Fachgruppe gleichermaßen relevant ist.</p>
<p>15.) Anhang Prüfregeln: Anlage 1: Unabhängig von der Art der Prüfregel (obligat vs. fakultativ) erhält der Arzt Hinweise zu seiner Kodierung, die es ihm gestattet zu prüfen, ob seine gewählte Kodierung sachgerecht ist. Eine verbindliche Anpassung der Kodierung aufgrund dieser Hinweise ist jedoch nicht vorgesehen. Dies erscheint zum Teil problematisch, was am folgenden Beispiel verdeutlicht werden soll. Beispiel: Regel 03-02-035 - Akuter Myokardinfarkt mit dem Kennzeichen "Gesichert" „Die Regel prüft fallbezogen das Verwenden eines Codes für eine akute Erkrankung über mehrere Quartale hinweg.“ Für die entsprechenden Codes I21.0; I21.1; I21.2; I21.3; I21.4; I21.9 wird dem Nutzer, falls dieser Code bereits über zwei zurückliegende Quartale hinweg erfasst wurde, vorgeschlagen, einen entsprechenden Code für einen alten Myokardinfarkt mit dem Kennzeichen „Gesichert“, I25.20; I25.21; I25.22; I25.29 zu verwenden. Vorschlag zur Umsetzung der Prüfregel in den PVS: Mittels des PVS sollte sichergestellt werden, dass auf den Vorschlag „Möchten Sie den Code ändern?“, die Standardantwort „Ja“ lautet, um sicherzustellen, dass der Arzt in jedem Falle aktiv werden muss.</p>	<p>Zu 15.) Kommentierung: Die Prüfregeln können den klinischen Kontext, in welchem die Kodierung erfolgt, nicht berücksichtigen. Die Verbindlichkeit der Hinweise darf demnach nicht darin münden, eine Änderung der Kodierung zu erzwingen. Es ist vorgesehen, dass das PVS die zu ändernden Codes in einem Anwenderdialog "anbietet". Der Anwender muss dann aktiv entscheiden, ob und wie eine Änderung erfolgen soll. Dem Vorschlag zur verbindlichen Anpassung der Kodierung bzw. zur Umsetzung der Prüfregel in den PVS wird daher nicht gefolgt.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 07.04.2020

Tabelle 3 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>13.) Anhang Prüfregele: Anlage II: Die Anlage II enthält Prüfregele zum Umgang mit Akutdiagnosen, die als Dauerdiagnosen verwendet werden.</p> <p>Aus den bereits weiter oben im Abschnitt zu den Dauerdiagnosen angemerkten Beratungen auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses zur Persistenz von Akutdiagnosen gibt es eine verein-barte Liste zur Überprüfung der Persistenz von üblicherweise stationären Diagnosen. Diese weist, neben den in der Prüfregele der Anlage II enthaltenen Erkrankungen aus den Bereichen Ischämische Herzkrankheiten bzw. Zerebrovaskuläre Krankheiten, auch weitere Erkrankungen wie beispielsweise Frakturen unterschiedlicher Lokalisation sowie intestinale Obstruktionen aus.</p> <p>Darüber hinaus wurden auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses Analysen zur Persistenz weiterer ausgewählter Diagnosen geführt, die ebenfalls bei den in der Prüfregele der Anlage II ausgewählten Diagnosen nicht berücksichtigt wurden.</p> <p>Für die Begründung der begrenzten Auswahl innerhalb der in Anlage II genannten Prüfregele wäre eine transparente Angabe der Auswahlgründe angezeigt und die Prüfregele sollten bei zukünftigen Überarbeitungen sukzessive entsprechend erweitert werden.</p>	<p>Zu 13.) Kommentierung:</p> <p>Die Begrenzung auf die Bereiche "ischämische Herzkrankheiten" und "Zerebrovaskuläre Erkrankungen" ist im Sinne einer ersten Auswahl von Regelungen für häufige Erkrankungen zu sehen. Im Rahmen der jährlichen Anpassungen ist eine sukzessive Erweiterung der Regeln für weitere Diagnosekodes möglich.</p>