

Ambulante Kodierrichtlinien (Version 2010)

nach § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V

**Richtlinien zur Kodierung ambulanter Behandlungs-
diagnosen mit Schlüsselnummern der ICD-10-GM**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 27. November 2009**

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bewertung.....	3
II. Abgrenzung verschiedener psychischer Störungen (Kapitel 14)	4
III. Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen	5
IV. Spezifische Persönlichkeitsstörungen.....	7
V. Manische und bipolare affektive Störung.....	7
VI. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	8
VII. Anmerkungen zu den Fallbeispielen in Kapitel 14	9
VIII. Literatur.....	11

I. Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die Entwicklung ambulanter Kodierrichtlinien als einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Kodierqualität in der ambulanten Versorgung. Allerdings stellt es sich aus unserer Sicht als problematisch dar, wenn das Institut des Bewertungsausschusses in Verfolgung dieses Ziels nicht nur auf der Basis der Diagnosekriterien des ICD-10 und spezifischer diagnostischer Methoden inhaltliche Kriterien für die Kodierung spezifischer Diagnosen und deren differenzialdiagnostische Abgrenzung von anderen Diagnosen und Diagnosegruppen definiert, sondern sich über das Instrument der Plausibilitätskriterien der speziellen Kodierrichtlinien auch die Kompetenz zuschreibt, Vorgaben für die Qualifikation der Leistungserbringer auf der Ebene der Facharztweiterbildung (bzw. Ausbildung im Falle der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) vorzuschlagen, die für die Kodierung einer gesicherten Diagnose vorliegen müssen. Nach unserer Auffassung sind die ambulanten Kodierrichtlinien kein geeignetes Instrument, um die Kooperation der Hausärzte, Psychotherapeuten und der verschiedenen Facharztgruppen bei der Diagnostik und Behandlung von bestimmten Patientengruppen in fachlich zum Teil fragwürdiger Form verbindlich zu steuern. Der damit einhergehende Eingriff in das Versorgungsgeschehen erscheint hinsichtlich der betroffenen Erkrankungen willkürlich gewählt und ist nach unserer Einschätzung fachlich nicht zu rechtfertigen. Vor diesem Hintergrund spricht sich die Bundespsychotherapeutenkammer dafür aus, bei der Formulierung der Plausibilitätskriterien der speziellen Kodierrichtlinien vollständig auf die Vorgaben der Mitbehandlung durch bestimmte Facharztgruppen bzw. Psychotherapeuten zur Sicherung der Erstdiagnose zu verzichten. Für den Fall, dass das Institut des Bewertungsausschusses trotz dieser Einwände bei der Überarbeitung der ambulanten Kodierrichtlinie Version 2010 an der Verwendung solcher Plausibilitätskriterien festhalten sollte, machen wir vorbehaltlich zu den hiervon betroffenen psychischen Störungen in den Abschnitten II. bis VI unserer Stellungnahme Vorschläge für eine sachgerechtere Gestaltung dieser Plausibilitätskriterien hinsichtlich der zusätzlich zu berücksichtigenden Facharztgruppen und Psychotherapeuten.

Von diesen Vorbehalten abgesehen, erscheint uns der vorliegende Entwurf in wesentlichen Teilen geeignet, eine Grundlage für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess der ambulanten Kodierqualität zu liefern.

II. Abgrenzung verschiedener psychischer Störungen (Kapitel 14)

Die in diesem Abschnitt vorgenommenen Abgrenzungen der verschiedenen psychischen Störungen sind im Wesentlichen sachgerecht. Allerdings berücksichtigen die am Ende des Kapitels 14 formulierten Plausibilitätskriterien für eine Reihe von psychischen Störungen die fachlichen Qualifikationen der an der Diagnostik und Behandlung beteiligten Berufsgruppen nicht in angemessener Weise und lassen sich auch nicht mit den aktuellen evidenzbasierten Behandlungsleitlinien in Einklang bringen.

So wird in den Plausibilitätskriterien auf den Seiten 61 bis 62 für Kodierungen von Störungen mit dem Zusatzkennzeichen „G“ aus den Diagnosegruppen Schizophrenie sowie schizotyper und wahnhafter Störungen (ICD-10-Codes F20 bis F29), manischer und bipolarer affektiver Störungen (ICD-10-Codes F30 bis F31) und spezifischer Persönlichkeitsstörungen (ICD-10-Codes F60.-) mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose die Mitbehandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie vorausgesetzt. Zwar ist es aufgrund der besonderen fachlichen Anforderungen bei der Diagnostik dieser Störungen inhaltlich angemessen, für die gesicherte Diagnosestellung bei diesen psychischen Störungen eine Mitbehandlung durch fachlich für die Diagnostik psychischer Störungen besonders qualifizierte Fachärzte und Psychotherapeuten zu fordern. Die fehlende Berücksichtigung der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ist aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer fachlich unbegründet, widerspricht den evidenzbasierten Leitlinien, stellt eine unzulässige Einschränkung der fachlichen Autonomie dieser Berufsgruppen dar und beeinträchtigt eine sinnvolle Koordination der Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten.

Für die Kodierung von mindestens mittelgradigen depressiven Episoden und mindestens mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störungen (ICD-10-Codes F32.1 bis F32.3 bzw. F33.1 bis F33.3) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ wird mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose die Mitbehandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, oder ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten vorausgesetzt. Diese Einschränkung ist hinsichtlich der fachlichen Qualifikation zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen der an der Versorgung maßgeblich beteiligten Berufsgruppen unangemessen, nicht leitlinienkonform und erscheint auch in Bezug auf die Systematik einer gesicherten Diagnosestellung unplausibel.

Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert daher Änderungen der Plausibilitätskriterien bei den genannten Diagnosegruppen psychischer Störungen. Die konkreten Änderungsvorschläge und deren Begründung werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

III. Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen

Auf die Formulierung von Plausibilitätskriterien für die gesicherte Diagnosestellung depressiver Episoden und rezidivierender depressiver Störungen sollte vollständig verzichtet werden. Die Kodierung auch von mindestens mittelgradigen depressiven Episoden und mindestens mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störungen mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte auch dann zulässig sein, wenn keine (Mit-)Behandlung durch einen im Bereich der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen spezifisch qualifizierten Facharzt oder Psychotherapeuten erfolgt. Eine zusätzliche Sicherung der genannten Erstdiagnosen durch die aufgeführten Facharztgruppen und Psychotherapeuten ist entbehrlich.

Begründung:

In der jüngst veröffentlichten S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression werden in dem Abschnitt zur „Versorgungskoordination und Interaktion der Behandler“ als zentrale Akteure in der Versorgung für depressive Erkrankungen u. a. die Hausärzte, die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Me-

dizin und Psychotherapie, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse und Psychologische Psychotherapeuten aufgeführt. Lediglich wegen der Beschränkung des Geltungsbereichs der Leitlinie auf Erwachsene werden hier die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht dezidiert genannt. Weiter heißt es in diesem Abschnitt, dass bei leichten und mittelschweren depressiven Störungen eine alleinige ambulante Behandlung von allen genannten relevanten Behandlungsgruppen (siehe Aufzählung oben) erfolgen kann. Da sich bereits für die alleinige Behandlung der Kreis der hierzu befähigten Berufsgruppen auch auf die Hausärzte erstreckt, gilt dies erst recht für eine qualifizierte Diagnostik der depressiven Störungen durch diese Berufsgruppen, unabhängig vom Schweregrad der jeweiligen depressiven Störung. In diesem Sinne wäre es weder fachlich gerechtfertigt, noch von der Versorgung der betroffenen Patienten auch nur im Ansatz realisierbar, wenn mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose einer mindestens mittelgradigen depressiven Störung eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, einen ärztlichen, Psychologischen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zwingend erforderlich wäre.

Darüber hinaus erscheint es uns von der Systematik der Diagnosestellung nicht plausibel, dass beispielsweise die Gruppe der Hausärzte mit hinreichender Sicherheit die leichtgradigen depressiven Episoden und rezidivierenden Störungen diagnostizieren, also auch differenzialdiagnostisch von den mittelschweren und schweren depressiven Episoden und rezidivierenden Störungen abgrenzen können, ihnen aber umgekehrt die Kompetenz für eine differenzialdiagnostische Abgrenzung der mittelgradigen bzw. schweren depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen von den leichten Ausprägungen abgesprochen wird.

Schließlich wäre es nach unserer Einschätzung unangemessen, wenn vermutete Defizite in der Qualität der Diagnosestellung in der Versorgung bei Teilen einer Berufsgruppe zum Anlass genommen würde, der gesamten Berufsgruppe diese diagnostische Kompetenz abzusprechen und auf der Ebene der ambulanten Kodierrichtlinien eine Mitbehandlung auf der Facharztebene bzw. der Ebene der Psychotherapeuten vorzuschreiben.

IV. Spezifische Persönlichkeitsstörungen

Die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind in die Reihe der mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose zu beteiligenden (Mit-)Behandler einzubeziehen.

Begründung:

Die Diagnostik und die psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen ist eine der typischen Aufgabenbereiche von PP und KJP wie auch von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Detaillierte Ausführungen hierzu finden sich beispielsweise auch in der S2-Leitlinie „Persönlichkeitsstörungen“. Neben der ausführlichen Anamneseerhebung einschließlich der psychischen Vorerkrankungen, bisherigen Behandlungen sowie der biographischen Anamnese wird in der Leitlinie der Einsatz eines strukturierten Interviews (SKID II, IPDE) gefordert. Weiterhin wird der Einsatz psychologischer und psychometrischer Testverfahren, einschließlich Selbstbeurteilungsinstrumenten, empfohlen, die eine valide dimensionale Erfassung pathologischer Persönlichkeitsfaktoren und Interaktionsstile erlauben. Entsprechend sind umfassende testtheoretische und klinisch-psychologische diagnostische Kenntnisse erforderlich, um eine valide Diagnostik von spezifischen Persönlichkeitsstörungen zu ermöglichen. Diese spezifischen Kenntnisse sind gerade in der Berufsgruppe der PP und KJP aufgrund des grundständigen Studiums und darauf aufbauend in der Ausbildung in besonderer Weise vorhanden.

V. Manische und bipolare affektive Störung

Die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind in die Reihe der mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose zu beteiligenden (Mit-)Behandler einzubeziehen.

Begründung:

Die Vermittlung der Kompetenz der Diagnostik und Mitbehandlung von Patienten mit manischen Episoden und bipolaren affektiven Störungen ist ein integraler Bestandteil der Ausbildung von PP und KJP wie auch der Weiterbildung von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die anzustrebende Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen und die Hinzuziehung des Sachverständigen der Fachärzte für Psychiatrie für eine fundierte Planung der Gesamtbehandlung darf hier nicht mit der unzweifelhaft bestehenden diagnostischen und therapeutischen Kompetenz der zu ergänzenden Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verwechselt werden. Die besonderen testpsychologischen und testdiagnostischen Kompetenzen, die von den genannten Berufsgruppen im Rahmen des Studiums, der Ausbildung bzw. der Weiterbildung erworben wurden, kommen auch bei der standardisierten Diagnostik und Differenzialdiagnostik manischer Episoden und bipolarer Störungen zum Tragen. Gemäß der Leitlinie „Affektive Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) stehen zur psychologischen Diagnostik bei bipolaren Störungen, d. h. der Erfassung der psychopathologischen Symptomatik, der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der Verlaufsmessung, eine Reihe diagnostischer Verfahren zur Verfügung, die zum Standardrepertoire ärztlicher, Psychologischer und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gehören (z. B. standardisierte, strukturierte Interviews, Fremdratingskalen, Diagnosechecklisten).

VI. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind in die Reihe der mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose zu beteiligenden (Mit-)Behandler einzubeziehen.

Begründung:

Die Vermittlung der Kompetenz der Diagnostik und Mitbehandlung von Patienten mit Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen ist ein integraler Bestandteil der Ausbildung von PP und KJP wie auch der Weiterbildung von Fachärzten für Psy-

chosomatische Medizin und Psychotherapie. Die S3-Leitlinie der DGPPN zur Schizophrenie empfiehlt, dass die Diagnostik der Schizophrenie anhand operationalisierter Kriterien zu erfolgen hat. Diesbezüglich sind die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten wie auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne Einschränkung befähigt. Erforderliche körperliche Untersuchungen, die zur Differenzialdiagnostik zu nicht-organischen psychotischen Störungen und organisch bedingten oder substanzinduzierten psychischen Störungen erforderlich sind, können von den genannten Berufsgruppen veranlasst werden. Im Falle der Schizophrenie sind dabei eine Reihe körperlicher, neurologischer und Laboruntersuchungen erforderlich, die von kooperierenden Ärzten erbracht werden. Hinsichtlich der Therapie schizophrener Psychosen ist noch darauf hinzuweisen, dass dieser Störungsbereich zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie und auch in diesem Sinne zum Kernbereich der Tätigkeit von Psychotherapeuten zu zählen ist.

VII. Anmerkungen zu den Fallbeispielen in Kapitel 14

Grundsätzlich begrüßen wir die Darstellung von Fallbeispielen für die Illustration der konkreten Umsetzung der ambulanten Kodierrichtlinien. Allerdings würden wir es befürworten, wenn die Fallbeispiele in Abschnitt 14 noch einmal dahingehend überarbeitet werden, dass sie insgesamt für die jeweilige spezifische diagnostische Kategorie prototypischer formuliert werden und explizit das Nichtvorhandensein weiterer relevanten psychopathologischer Symptome erwähnt wird. Für das Fallbeispiel 2 zur Dysthymie sollte beispielsweise deutlich gemacht werden, dass keine Kriterien erfüllt sind, die für eine Double Depression, also eine depressive Episode, die sich auf eine vorbestehende Dysthymie aufgepfropft hat, vorliegen. Das Beispiel 3 als (postpsychotische) Anpassungsstörung ist insgesamt unglücklich gewählt, nicht zuletzt weil gerade nach psychotischen Episoden eine depressive Episode nachfolgen kann. Daher sollte zumindest der Satz ergänzt werden, dass keine weiteren depressiven Symptome bestanden (die dazu führen würden, dass die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt werden). Bei dem Fallbeispiel 5 lässt sich bei der diagnostischen Einstufung eine Differenz zum DSM-IV feststellen, die nach unserer Auffassung sinnvollerweise vermieden werden sollte. Die Anforderungen an die Diagnose einer Somatisierungsstörung sind nach den Kriterien des DSM-IV schärfer formuliert. Zu

nennen ist hier insbesondere die Forderung, dass der Beginn der Erkrankung vor dem 30. Lebensjahr liegt und bei der somatoformen Symptomatik im Krankheitsverlauf verschiedene Organsysteme beteiligt sein müssen.

Auszug aus den DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer Somatisierungsstörung:

A. Eine Vorgeschichte mit vielen körperlichen Beschwerden, die vor dem 30. Lebensjahr begannen, über mehrere Jahre auftraten und zum Aufsuchen einer Behandlung führten oder zu deutlichen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

B. Jedes der folgenden Kriterien muss erfüllt gewesen sein, wobei die einzelnen Symptome irgendwann im Verlauf der Störung aufgetreten sein müssen.

- 1) vier Schmerzsymptome*
- 2) zwei gastrointestinale Symptome*
- 3) ein sexuelles Symptom*
- 4) ein pseudoneurologisches Symptom*

Bei einem deutlich späteren Beginn und weniger fluktuierenden somatoformen Beschwerden wird nach DSM-IV die Diagnose einer undifferenzierten somatoformen Störung vergeben. Auch wenn die gültigen Definitionen der somatoformen Störungen der ICD-10 Vorrang haben, sollte das gewählte Fallbeispiel in Richtung einer größeren Übereinstimmung der Diagnosen gemäß ICD-10 bzw. DSM-IV modifiziert werden.

Bei dem Beispiel 6 wäre schließlich eine genauere Darstellung der Symptomatik wünschenswert, die insbesondere eine bessere differenzialdiagnostische Abschätzung gegenüber der Diagnose einer Panikstörung erlaubt.

VIII. Literatur

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: <http://www.dgppn.de>, <http://www.versorgungsleitlinien.de>, <http://www.awmf-leitlinien.de>.

de Jong-Meyer R, Hautzinger M, Kühner C, Schramm E. Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2007.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.) (2008). S2-Leitlinie 038/015 „Persönlichkeitsstörungen“, aktueller Stand: 05/2008, gültig bis 05/2013. www.leitlinien.net.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.) (2005). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff-Verlag.