



Kassenärztliche
Bundesvereinigung



Richtig kodieren

Informationen und Hinweise
zur Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien

VORWORT

Auch wenn sie zunächst einen Mehraufwand in etlichen Praxen erfordern: Ab Januar 2011 gelten die Ambulanten Kodierrichtlinien. Ärzte und Psychotherapeuten sind dann gefordert, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu kodieren. Nur so lässt sich in den nächsten Jahren der wirkliche Behandlungsaufwand für Patienten gegenüber den Krankenkassen nachweisen. Dieser Nachweis ist die Basis dafür, ein angemessenes Honorar zu erhalten. Dies gilt umso mehr, als ja auch ein Teil der Finanzzuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds von der Morbidität abhängt.

Um die Umstellung auf die Ambulanten Kodierrichtlinien möglichst reibungslos zu bewältigen, hat die Kas senärztliche Bundesvereinigung mit den Krankenkassen eine Übergangsfrist bis 30. Juni 2011 vereinbart.

Dies gibt Ärzten und Psychotherapeuten mehr Zeit, sich mit dem neuen Regelwerk vertraut zu machen. KBV und KVen bieten ihnen dazu eine Reihe von Service- und Informationsmaßnahmen an.

Die vorliegende Broschüre informiert darüber, was konkret auf Arztpraxen zukommt und welche Vorgaben für das Verschlüsseln der Diagnosen in Zukunft gelten. Sie enthält darüber hinaus die wichtigsten Regeln auf einen Blick sowie ein Schritt-für-Schritt-Kodierschema. Außerdem werden Tipps gegeben, inwieweit ergänzende Angebote zur Praxissoftware das Kodieren vereinfachen können.



Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands der KBV



Dr. Carl-Heinz Müller
Vorstand der KBV

INHALTSVERZEICHNIS

Ambulante Kodierrichtlinien – ein Leitfaden zum Verschlüsseln von Diagnosen	1
Was steht drin Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien	4
Neue Vorgaben erfordern Umdenken beim Kodieren	6
Kodierrichtlinien im Praxistest: Interview mit Dr. med Sebastian Biltz	8
Dauerdiagnosen werden nicht mehr automatisch in das Folgequartal übertragen	9
Kodierhilfe: Die richtige Praxissoftware ist das A und O	10
Checkliste: Hinweise zur Einführung der Kodierrichtlinien und zur Übergangsphase	12
Checkliste mit Kodierschema: 5 Schritte zum richtigen Kode	13
Alle Regeln auf einen Blick	15

AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN – EIN LEITFADEN ZUM VERSCHLÜSSELN VON DIAGNOSEN

Vom 1. Januar 2011 an gelten für alle ambulant tätigen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR). Das Institut des Bewertungsausschusses – eine gemeinsame Einrichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – hat das Regelwerk im Auftrag des Gesetzgebers erarbeitet. Es soll Ärzten und Psychotherapeuten eine einheitliche und korrekte Verschlüsselung ihrer Diagnosen erleichtern. Um eine möglichst reibungslose Einführung der Kodierrichtlinien zu ermöglichen, hat die KBV mit den Krankenkassen eine Übergangsphase von sechs Monaten vereinbart. Die Kodierregeln sind in dieser Zeit bereits anzuwenden, Fehler aber haben noch keine Folgen. Dies ermöglicht es Ärzten und Psychotherapeuten, ohne Druck einzusteigen und bei Bedarf weitere Schulungs- und Informationsangebote zu nutzen.

Die Kodierrichtlinien – was steckt hinter dem Projekt?

Gut 82 Milliarden Euro flossen im Jahr 2009 aus der GKV an Vertragsärzte und Krankenhäuser. Es kann deshalb nicht verwundern, dass der Gesetzgeber für eine einheitliche Angabe der Diagnosen sorgen will, um die Geldströme dorthin zu lenken, wo sie zur Versorgung der Patienten gebraucht werden. So schreibt § 295 Sozialgesetzbuch V vor, dass die KBV und die Krankenkassen auch für die ambulante Versorgung Kodierrichtlinien vereinbaren müssen, die Erläuterungen und Klarstellungen zum Umgang mit der ICD-10 enthalten. Im stationären Bereich gibt es solche Richtlinien bereits seit 2001.

Im Grunde bringen die Ambulanten Kodierrichtlinien nicht viel Neues. Schon seit dem Jahr 2000 sind die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten per Gesetz verpflichtet, ihre Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) in der jeweils gültigen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Ambulanten Kodierrichtlinien dienen nun dazu, die teilweise schwer verständlichen Regeln der ICD zu erläutern. Sie engen Interpretationsspielräume ein und sorgen so für mehr Klarheit.

Warum ist das richtige Kodieren so wichtig?

In den Krankenhäusern bedeutet das sorgfältige und korrekte Verschlüsseln von Diagnosen seit der Einführung des Fallpauschalsystems im Jahr 2003 bares Geld. Doch auch in der ambulanten Versorgung spielt die Morbidität



eine immer größere Rolle. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber im Jahr 2007 eine neue Vergütungssystematik für den ambulanten Bereich beschlossen. Damit ging eine jahrelange Forderung der Ärzteschaft in Erfüllung: Der Zuwachs des Honorarvolumens orientiert sich nicht mehr an der allgemeinen Entwicklung der Löhne und Gehälter, sondern an der Morbidität der Versicherten. Nimmt diese zu, gibt es auch mehr Geld für die Versorgung. Dies wird ab dem Jahr 2013 wieder eine entscheidende Rolle spielen. Für die nächsten zwei Jahre wurde der Zuwachs aufgrund des erwarteten Milliardendefizits der Krankenkassen gesetzlich begrenzt.



Diagnosecodes - der Schlüssel zu mehr Geld

Um einen Anstieg der Krankheitslast zu belegen, müssen die Diagnosen korrekt und einheitlich verschlüsselt werden. Nur wenn die Datenlage stimmt, kann die KBV die Honorarforderungen besser durchsetzen. Noch verschlüsseln die Ärzte jedoch häufig zu allgemein, sodass sich der Schweregrad einer Erkrankung und mithin deren erhöhter Behandlungsbedarf nicht nachvollziehen lässt. Die Krankenkassen haben deshalb auf eine schnellstmögliche Einführung der Kodierrichtlinien gedrängt und bei einer Verschiebung des Einführungstermins mit Auswirkungen auf die Honorierung gedroht. „Die Krankenkassen wollen jeden Euro, den wir mehr fordern, belegt haben“, betont der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler.

Auch die nicht zuletzt auf Drängen von Ärzteverbänden vereinbarte Übergangsfrist hat ihren Preis: Dass sich die Kodierqualität im ersten Halbjahr 2011 aufgrund der Einführungsphase noch nicht wesentlich verbessern wird, wollen die Krankenkassen bei den Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2013 berücksichtigen. Nur unter dieser Voraussetzung haben sie der Übergangsregelung überhaupt zugestimmt.

Wie wichtig das richtige Kodieren ist, zeigen auch die wiederkehrenden Diskussionen um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der zusammen mit dem Gesundheitsfonds 2009 eingeführt wurde. Seither erhalten diejenigen Krankenkassen mehr Geld aus dem Fonds, deren Versicherte kränker sind. Datengrundlage sind auch hier die ärztlichen Diagnosen, verschlüsselt nach ICD-10. Manche Krankenkasse ist seither unter Verdacht geraten, Ärzte zum „Upcoding“ zu drängen, um die eigenen Finanzen aufzubessern.

Ab wann müssen die Richtlinien angewendet werden?

Ende März 2010 haben die KBV und die Krankenkassen schließlich beschlossen, die AKR zum 1. Januar 2011 einzuführen und vorab auf ihre Alltagstauglichkeit zu überprüfen. In Bayern haben im 3. Quartal 2010 rund 100 niedergelassene Ärzte und Vertragspsychotherapeuten die Kodierrichtlinien getestet. Deren Verbesserungsvorschläge sind in die AKR-Version 2011 eingeflossen. Die Erfahrungen der bayerischen Praxen waren auch ein Grund dafür, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Krankenkassen eine Übergangsphase vereinbart hat: Danach

Warum lohnt sich richtiges Kodieren?

- **Höhere Vergütung:** Die exakte Verschlüsselung von Behandlungsdiagnosen bildet Morbidität ab und dient als Grundlage für Honorarforderungen gegenüber den Krankenkassen.
- **Praxisprofil wird transparenter:** Je genauer eine Praxis kodiert, desto besser stellt sie ihr Leistungsspektrum dar und schafft Transparenz in puncto Qualität.
- **Weniger Kassenanfragen:** Richtiges Kodieren ist nicht nur für die Abrechnung wichtig, sondern auch für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln. Die Anzahl der Kassenanfragen kann dadurch ggf. reduziert werden.
- **Mehr Zeit und Ordnung:** Weniger ist häufig mehr. Durch richtiges Kodieren kann die Anzahl der Codes reduziert werden. Unnötige und falsche Codes verstopfen nicht mehr das Praxisverwaltungssystem.
- **Qualitätsfaktor:** Richtiges Kodieren ist auch ein Zeichen von Qualität. Patienten haben ein Anrecht darauf, dass ihre Krankheiten korrekt abgebildet werden.

treten die Ambulanten Kodierrichtlinien zwar ab 1. Januar 2011 flächendeckend und in der Anwendung einheitlich für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Kraft. Eine noch nicht bzw. nur eingeschränkt mögliche Anwendung des Regelwerks bleibt aber bis zum 30. Juni 2011 sanktionsfrei.

Für wen gelten die Richtlinien?

Die Ambulanten Kodierrichtlinien sind für alle ärztlichen Leistungen, die ambulant und belegärztlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, anzuwenden. Ausgenommen sind die nach § 115b SGB V im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen und stationersetzenden Leistungen. Die Richtlinien gelten somit für alle Ärzte und Psychotherapeuten – und zwar für Leistungen im Kollektivvertrag und im Selektivvertrag. Damit kann auch die Morbidität in HzV-Verträgen trotz des hohen Pauschalisierungsgrades abgebildet werden.

Was kommt auf die Praxen zu?

Auch wenn die Praxen bereits seit Jahren kodieren und die ICD die Basis bleibt: Die Anwendung der Kodierrichtlinien bedeutet vor allem in der Anfangszeit einen höheren Aufwand. Allein das Lesen des gut 160 Seiten starken Regelwerks kostet Zeit. Sämtliche Dauerdiagnosen müssen einmal sortiert werden. Gerade für Praxen mit multimorbiden Patienten ist dies mit viel Arbeit verbunden. Dennoch: Die AKR stellen das Kodieren nicht auf den Kopf. Sie erläutern lediglich die Regeln der ICD-10, engen deren Interpretationsspielräume ein und sorgen für mehr Verbindlichkeit und damit langfristig auch für eine gewisse Vereinfachung.



Welche Probleme gibt es?

Ein Problem ist, dass die Einbindung der Kodierrichtlinien in die Abrechnungssoftware von den Softwarehäusern sehr unterschiedlich gestaltet wurde. Die Unternehmen sind derzeit dabei, die Anwenderfreundlichkeit zu verbessern.

Erleichterung für Hausärzte

Ein zweiter Punkt ist die Abbildung der hausärztlichen Tätigkeit. Dies ist allerdings kein Problem der neuen Kodierrichtlinien, sondern der ICD-10-GM. Das seit Jahren verwendete Klassifikationsverfahren ist nur bedingt geeignet, das hausärztliche Leistungsspektrum und die Behandlungsabläufe abzubilden. Deswegen hat die KBV eine Arbeitsgruppe beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung eingesetzt mit dem Ziel, die ICD schnellstmöglich anzupassen.

Übergangsfrist bis 30. Juni 2011 – Was heißt das?

- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit dem GKV-Spitzenverband eine Übergangsregelung vereinbart. Danach treten die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) zwar ab 1. Januar 2011 flächendeckend in Kraft. Eine noch nicht bzw. nur eingeschränkt mögliche Anwendung des neuen Regelwerks bleibt aber bis zum 30. Juni 2011 sanktionsfrei. Die Krankenkassen dürfen für diesen Zeitraum keine Plausibilitätsprüfungen durchführen, die das Kodieren betreffen. Fehler beim Verschlüsseln von Diagnosen haben noch keine Auswirkungen auf die Abrechnung.
- Ärzte und Psychotherapeuten haben damit die Möglichkeit, unter Praxisbedingungen ihre Kodierpraxis allmählich an das neue Regelwerk anzupassen und bei Bedarf weitere Schulungsangebote zu nutzen. Sie legen selbst fest, ab wann sie in der Übergangsphase die neuen Funktionalitäten zum Kodieren in ihrer Praxis-EDV nutzen wollen. Fehler, auf die der Computer sie ggf. hinweist, müssen noch nicht korrigiert werden (erst ab 1. Juli 2011).
- Die Übergangsfrist dient auch dazu, die Anwenderfreundlichkeit der Praxissoftware in puncto richtig kodieren weiter zu verbessern. Die Softwarehäuser sind aufgefordert, nachzubessern.



WAS STEHT DRIN

ALLGEMEINE UND SPEZIELLE KODIERRICHTLINIEN

Mit den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) gibt es erstmals klare Regeln zum Verschlüsseln von Diagnosen. Sie erläutern die teilweise schwer verständlichen Vorgaben der ICD-10-GM. Sie engen Interpretationsspielräume ein und sorgen für mehr Verbindlichkeit. Die Kodierrichtlinien sollen dem Arzt bzw. Psychotherapeuten dabei helfen, so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Damit wird nicht nur die Morbidität der Patienten exakt abgebildet, sondern auch das Tätigkeitsspektrum der Praxis.

Allgemeiner Teil enthält Basisregeln

Die Ambulanten Kodierrichtlinien bestehen aus einem allgemeinen und einem speziellen Teil. Die elf allgemeinen Kodierrichtlinien (A01 bis A11) enthalten die Basisregeln des Verschlüsseln. Im Wesentlichen sind das fachbereichsübergreifende, generelle Vorgaben zur Diagnoseverschlüsselung. So ist dort festgelegt, was unter einer Behandlungsdiagnose zu verstehen ist, dass anamnestiche Diagnosen nicht verschlüsselt werden müssen oder wie ein akuter Krankheitszustand im Gegensatz zu einem „Zustand nach“ zu verschlüsseln ist.

Spezielle Kodierrichtlinien für komplexere Erkrankungen

Die speziellen Kodierrichtlinien regeln dagegen die Verschlüsselung einzelner Krankheiten, Krankheitsgruppen oder Behandlungssituationen. Aufgenommen wurden Erkrankungen, die besonders viele Patienten betreffen, die besonders teuer oder schwierig zu kodieren sind.

Die speziellen Kodierrichtlinien finden sich in Teil B der AKR. Sie orientieren sich an den 21 Kapiteln der ICD. Zu 18 der 21 Kapitel gibt es eine spezielle Kodierrichtlinie mit insgesamt 61 Regelungen zur Verschlüsselung (B0100 bis B2101).

So umfasst Kapitel B01 bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten wie Hepatitis oder HIV/Aids. Kapitel B04

beschreibt Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus, während Kapitel B19 Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Umstände aufgreift.

Plausibilitätskriterien für eine sichere Diagnose

Um sicherzustellen, dass bestimmte Diagnosen richtig verschlüsselt wurden, enthalten einige spezielle Kodierrichtlinien Plausibilitätskriterien. Diese sind unter der jeweiligen Richtlinie aufgeführt. Die Plausibilitätskriterien beschreiben Verfahren oder Befunde, die angewendet oder erhoben werden müssen, damit eine bestimmte Diagnose als gesichert gelten kann. So setzt beispielsweise die Kodierung akuter Virushepatitiden eine spezifische Labordiagnostik (Antigenstatus, Antikörperstatus, Viruslast) voraus. Eine Schizophrenie dagegen kann nur dann als gesichert kodiert werden, wenn ein Psychiater, ein Neurologe oder ein Psychotherapeut die Diagnose bestätigt haben oder den Patienten mit behandeln. Ist das nicht der Fall, wählt der Arzt einen anderen Kode aus oder kennzeichnet die Diagnose als nicht gesichert.

Vorrangregel beachten: Spezielle Richtlinien vor allgemeinen Richtlinien vor ICD

Bei der Auswahl des richtigen ICD-Kodes müssen Ärzte und Psychotherapeuten eine Vorrangregel beachten: Die speziellen Kodierrichtlinien gelten vor den allgemeinen Kodierrichtlinien, die allgemeinen vor denen der ICD-10. Das heißt, bei jeder Kodesuche muss zunächst geprüft werden, ob es eine spezielle Kodierrichtlinie gibt. Diese Regelung ist auch in der ersten Richtlinie A01 zu finden.

Hinweis: Alle Kodierrichtlinien auf einen Blick finden Sie zum Herausnehmen auf den Seiten 15 und 16.



Beispiel: Diabetes mellitus (Spezielle Kodierrichtlinie B04.2)

Für die richtige Kodierung des Diabetes mellitus müssen drei Kriterien berücksichtigt werden: der Diabetestyp, durch den Diabetes verursachte Komplikationen und die aktuelle Stoffwechsellage (entgleist/nicht entgleist).

Für den Diabetestyp kommen fünf Codes in Frage:

- E10.- Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ 1-Diabetes)
- E11.- Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ 2-Diabetes)
- E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung
- E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
- E14.- Diabetes, nicht näher bezeichnet

Es überrascht, dass der zurzeit in Deutschland am häufigsten verwendete Diabetescode E14.- „Diabetes, nicht näher bezeichnet“ ist, denn in der Regel weiß der behandelnde Arzt, ob sein Patient an einem Typ 1- oder einem Typ 2-Diabetes leidet. Der Code E14.- sollte ausschließlich in Fällen benutzt werden, in denen nicht endgültig geklärt werden kann, um welchen Diabetestyp es sich handelt. Dies kann der Fall sein, wenn ein Patient neu in einer Praxis ist oder die Behandlung einer anderen Erkrankung, zum Beispiel bei einem Chirurgen, im Vordergrund steht, die aber durch den Diabetes beeinflusst wird. Auch der Code E12.- sollte nur ausnahmsweise verwendet werden, denn Mangelernährung ist in Deutschland eine Seltenheit. Unter E13.- werden unter anderem der steroidinduzierte Diabetes und der pankreoprive Diabetes kodiert.

Mögliche Komplikationen des Diabetes mellitus werden über die vierte Stelle der jeweiligen ICD-Schlüsselnummer aus E10 bis E14 kodiert:

- .0 mit Koma
- .1 mit Ketoazidose
- .2 mit Nierenkomplikationen
- .3 mit Augenkomplikationen
- .4 mit neurologischen Komplikationen
- .5 mit peripheren vaskulären Komplikationen
- .6 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
- .7 mit multiplen Komplikationen und diabetischem Fuß
- .8 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
- .9 ohne Komplikationen

In der fünften Stelle wird die aktuelle Stoffwechsellage verschlüsselt:

- nicht entgleist
- entgleist

Zusätzlich zum richtigen Diabetes-Code müssen die Manifestationen der jeweiligen Komplikation verschlüsselt werden, wenn sie die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllen, zum Beispiel:

- E10.72 G Typ 1-Diabetes mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht entgleist
- I79.2* G Periphere Angiopathie bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- H36.0* G Retinopathia diabetica
- N08.3* G Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus



NEUE VORGABEN ERFORDERN UMDENKEN BEIM KODIEREN

Auch wenn die Ambulanten Kodierrichtlinien keine grundlegenden Änderungen enthalten, so gibt es dennoch einige neue Vorgaben, die ein Umdenken beim Kodieren erfordern. Wir stellen nachfolgend die wichtigsten vor.

Darauf sollten Praxen besonders achten:

Nur Behandlungsdiagnosen übermitteln

Dass nur Behandlungsdiagnosen verschlüsselt und mit der Abrechnung an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden, ist nicht neu. Jetzt aber ist genau festgelegt, was Behandlungsdiagnosen sind:

Behandlungsdiagnosen sind alle Diagnosen, für die der Arzt bzw. Psychotherapeut im abzurechnenden Quartal Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringt oder die im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen stehen. Das kann eine Hypertonie sein, die regelmäßig behandelt wird. Das kann auch eine leichte Niereninsuffizienz sein, die bekannt und zurzeit nicht behandlungsbedürftig, nunmehr aber für die Verordnung eines ganz bestimmten Medikamentes von Bedeutung ist.

Nicht zu übermitteln sind:

- anamnestische, aktuell nicht behandlungsrelevante Dauerdiagnosen (ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal)
- abnorme Befunde (Zufallsbefunde) ohne weiterführende Diagnostik oder Therapie
- Diagnosen, die im entsprechenden Quartal ausschließlich durch Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) behandelt werden

Achtung: Dauerdiagnosen einmal sortieren

Dauerdiagnosen wurden als EDV-technische Unterstützung seit 2005 in den Praxisverwaltungssystemen etabliert, um Diagnosen aus einem Vorquartal in ein Folgequartal zu übernehmen. Um behandlungsrelevante Dauerdiagnosen auch künftig ohne großen Aufwand übernehmen zu können, müssen die Praxen einmal ihre im Praxisverwaltungssystem gespeicherten Diagnosen sortieren (s. Seite 9).

Vollständiges und spezifisches Kodieren

Alle Diagnosen, die im jeweiligen Quartal die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen, sind mit der ICD-10-GM zu kodieren. Um die Morbidität möglichst realistisch abzubilden, ist es wichtig, dass der Arzt bzw. Psychotherapeut so spezifisch wie möglich kodiert. Je nachdem, wie detailliert ihm die Behandlungsdiagnose bekannt ist, wählt er den Kode aus, der die Diagnose am besten beschreibt. (s. Ambulante Kodierrichtlinie A06)

Beispiel

Ist z. B. „Atherosklerotische Herzkrankheit mit Ein-Gefäßerkrankung“ bekannt, so ist I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßerkrankung die treffendste ICD-Schlüsselnummer.

Ist dagegen nur die Diagnose „Koronare Herzkrankheit (KHK)“ bekannt, so ist I25.9 Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet die treffendste ICD-Schlüsselnummer.

Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit

Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosesicherheit sind Pflicht. Eine Praxis sollte deshalb stets prüfen, ob sie für jeden ICD-Kode auch das zutreffende Kennzeichen ausgewählt hat: „G“ = gesicherte Diagnose, „V“ = Verdachtsdiagnose, „A“ = ausgeschlossene Diagnose und „Z“ = Zustand nach. Auf folgende Punkte sollten Praxen besonders achten:

Dauerdiagnose nur mit „G“ oder „Z“

Während bei Akutdiagnosen weiterhin alle Zusatzkennzeichen verwendet werden können, sind bei den Dauerdiagnosen nur „G“ (gesichert) und „Z“ (Zustand nach) erlaubt.

Feste Vorgaben bei „Zustand nach“

Ist eine Behandlungsdiagnose noch akut oder liegt bereits ein „Zustand nach“ vor? Ist das Zusatzkennzeichen „Z“ das richtige oder gibt es in der ICD-10-GM einen spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation? Diese Fragen spielen bei Infektionskrankheiten oder chronischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Krebs eine Rolle. Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Gibt es einen spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation, zum Beispiel „Rest- oder Folgezustände“ einer früheren Erkrankung, dann ist dieser zu nehmen. Der Kode erhält das Zusatzkennzeichen „G“ (nicht „Z“).

Beispiel

Ein Patient wird wegen einer rechtsseitigen spastischen Hemiplegie aufgrund eines früheren Schlaganfalls behandelt. Behandlungsdiagnosen: Spastische Hemiparese und Hemiplegie (G81.1 G) und Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet (I69.4 G).

- Gibt es in der ICD-10-GM keinen Kode, der die verbleibende Krankheitssituation sachgerecht beschreibt, dann ist weiterhin der ICD-Kode für die akute Erkrankung auszuwählen. Der Kode erhält das Zusatzkennzeichen „Z“.

Beispiel

Bei zurückliegender akuter obstruktiver Laryngitis (Krupp) werden die Eltern bei einem erneuten fieberhaften Infekt der oberen Luftwege über die Frühsymptome eines Krupps beraten. Behandlungsdiagnosen: Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege (J06.8 G) und Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] (J05.0 Z).

Eine ausschließlich anamnestische Angabe eines „Zustand nach ...“ ohne Leistung im entsprechenden Quartal ist nicht zu kodieren.

Ungenaues Kodieren kostet Geld

Wie viel Geld eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält und wie sich die Vergütung der Vertragsärzte insgesamt entwickelt, hängt zunehmend von der dokumentierten Morbidität der Versicherten ab. Doch nicht alle Diagnosekodes lösen einen Zuschlag aus. Auch weichen die Zuschläge je nach Schweregrad einer Erkrankung zum Teil erheblich voneinander ab.

Folgende Beispiele zeigen, was einer Krankenkasse an Geld verloren geht, wenn ungenau kodiert wird:

► Beispiel: Diabetiker mit Nierenkomplikation:

Falsch kodiert: „Diabetes n.n.bez“ – 632 Euro im Jahr

Richtig kodiert: „Diabetes mit Nierenkomplikationen“ – 2.470 Euro im Jahr

► Beispiel: pAVK mit Gangrän:

Falsch kodiert: vierstellig – 357 Euro im Jahr

Richtig kodiert: fünfstellig – 4.765 Euro im Jahr

► Beispiel: Apoplex vor drei Jahren mit aktuellem Behandlungsbedarf:

Falsch kodiert: Apoplex mit „Z“(Zustand nach) – kein Zuschlag

Richtig kodiert: „Folgen einer zerebrovaskulären Erkrankung“ mit „G“ (gesichert) – 763 Euro im Jahr

Zusätzlich ggf. auch „Hemiplegie“ mit „G“ – weitere 2.029 Euro im Jahr



„ES GEHT VON WOCHE ZU WOCHE BESSER“

Dr. med. Sebastian Biltz ist Dermatologe in München. Er gehört zu den 100 Ärzten und Psychotherapeuten, die die Ambulanten Kodierrichtlinien auf ihre Praxistauglichkeit prüfen.



Herr Dr. Biltz, Sie arbeiten seit 1. Juli mit den Ambulanten Kodierrichtlinien. Wie lautet Ihr erstes Urteil?

Biltz: Der Vorteil ist, dass die Richtlinien helfen, Diagnosen richtig zu verschlüsseln und die ambulante ärztliche Versorgung in ihrer Vielschichtigkeit darzustellen. Das macht uns wettbewerbsfähig gegenüber den Krankenhäusern. Deshalb ist das Ganze sinnvoll und richtig.

Es gibt aber an einigen Stellen noch Nachbearbeitungsbedarf. Da muss ein Expertenpanel zusammen mit der Kasenärztlichen Bundesvereinigung noch nachjustieren und den Prototyp serienreif machen.

„Das macht uns wettbewerbsfähig gegenüber den Krankenhäusern.“

Wo liegen denn die Probleme beziehungsweise wie unterscheidet sich das Kodieren nach den neuen Richtlinien von der bisherigen Diagnoseverschlüsselung?

Biltz: Zunächst einmal muss ich sagen, dass wir auch bisher schon sehr sorgfältig verschlüsselt haben. Und zwar nicht nur dermatologische Diagnosen, sondern auch Komorbiditäten. Zum Beispiel Gerinnungsstörungen, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen – alles, was auch eine Bedeutung hat, wenn man einen Hautkrebs operieren muss.

Wie wichtig ist die Praxis-EDV bei der Anwendung der Richtlinien?

Biltz: Im Hintergrund wird immer die Plausibilität des eingegebenen Codes geprüft. Dann blinken rote Punkte und man erhält Hinweise. Es kommt zum Beispiel vor, dass die Software einen Diagnosekode beanstandet, weil im

Zusammenhang mit dieser Diagnose eigentlich bestimmte Abrechnungsziffern einhergehen müssten. Das ist ein Problem, wenn man Komorbiditäten aus anderen Fachgebieten verschlüsseln will.

Wie lange hat es gedauert, bis eine gewisse Routine eingetreten ist?

Biltz: Sie brauchen schon vier bis fünf Wochen, bis sie mit dem System relativ gut zurechtkommen. Es ist eine Umgewöhnung, die am Anfang doch einen erheblichen administrativen Mehraufwand bedeutet, für den Arzt und für die kodierenden Medizinischen Fachangestellten.

„Das ist wie beim Fahrradfahren. Am Anfang ist es noch wackelig, später läuft es ganz gut.“

Wie kann man sich auf die Einführung der Kodierrichtlinien sinnvoll vorbereiten?

Biltz: Also, es macht keinen Sinn, im Vorfeld schon mal seine Diagnosen zu überprüfen. Dazu fehlt die Zeit. Man sollte aber die kompakten Informationen der KV oder der KBV durcharbeiten, wo das Wichtigste in Kürze drinsteht. Außerdem bieten viele KVen Schulungen an, die sollte man auf jeden Fall nutzen. Da kann man Fragen stellen und sich mit Kollegen austauschen. Das gilt im Übrigen auch für die Praxismitarbeiterinnen, die kodieren. Die meisten KVen haben zudem eine Hotline eingerichtet.

Wie kann man denn den Mehraufwand in den Praxen möglichst in Grenzen halten?

Biltz: Ohne die Hilfe der Medizinischen Fachangestellten ist man aufgeschmissen. Ich habe zwei Arzthelferinnen, die auch in der Vergangenheit schon verschlüsselt haben. Insgesamt läuft es bei uns mit dem Kodieren nicht schlecht. Es geht von Woche zu Woche besser. Das ist wie beim Fahrradfahren. Am Anfang ist es noch wackelig, später läuft es ganz gut.

DAUERDIAGNOSEN WERDEN NICHT MEHR AUTOMATISCH IN DAS FOLGEQUARTAL ÜBERTRAGEN

Die Penicillin-Allergie, der Herzinfarkt vor zehn Jahren, der Bluthochdruck, der regelmäßig kontrolliert und behandelt wird, die akute Gastritis – alle über 40 Diagnosen von Herrn Fröhlich hat Dr. Mustermann in seinem Praxisverwaltungssystem gespeichert. Jedes Quartal wandern sie automatisch in die Abrechnung des Folgequartals. Das ist künftig nicht mehr möglich. Denn die Ambulanten Kodierrichtlinien legen eindeutig fest, dass im Rahmen der Abrechnung nur Diagnosen zu übermitteln sind, für die im jeweiligen Quartal auch Leistungen, zum Beispiel eine Untersuchung oder Verordnung, erbracht wurden (Behandlungsdiagnosen).

Hinweise zum Umgang mit Dauerdiagnosen:

Vorweg sei darauf hingewiesen: Dauerdiagnosen können auch weiterhin gespeichert und somit jederzeit für die Abrechnung genutzt werden. Damit der Arzt aber nicht jedes Quartal alle seine gespeicherten Diagnosen „durchforsten“ muss, um beispielsweise einen bereits kodierten Diabetes in die Abrechnung zu übertragen, bietet das Praxisverwaltungssystem (PVS) eine neue Funktion: Behandlungsrelevante Diagnosen können einfach und schnell per Knopfdruck übernommen werden. Anamnestische Diagnosen bleiben im Hintergrund gespeichert und können, sobald sie behandlungsrelevant sind, durch Anklicken hinzugefügt werden.

Diagnosen einmal sortieren

Damit Praxen von diesem System profitieren können, müssen sie einmal alle Dauerdiagnosen sichten und in folgende zwei Töpfe einsortieren:

- Dauerdiagnosen, die regelhaft behandlungsrelevant sind, und
- Dauerdiagnosen, die nicht regelhaft behandlungsrelevant sind (anamnestische Diagnosen).

Dazu muss der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut als erstes in seiner Praxissoftware die zusätzliche Funktionalität zu den Ambulanten Kodierrichtlinien freischalten. Im nächsten Schritt wählt er bei jedem Patienten die Dauerdiagnosen aus, die regelhaft behandlungsrelevant sind

und kennzeichnet diese in der EDV. Die verbleibenden Diagnosen werden als anamnestische Diagnosen ebenfalls gespeichert.

Wann eine Praxis ihre Dauerdiagnosen sortiert, legt sie selbst fest. Es empfiehlt sich, dies beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt zu erledigen, der nach Freischalten der AKR-Funktionalitäten in der Software stattfindet. Denn nach dem Freischalten ist eine Übernahme aller Dauerdiagnosen in die Abrechnung schon rein technisch nicht mehr möglich. Alternativ können behandlungsrelevante Diagnosen auch jeweils einzeln ausgewählt und angeklickt oder als Akutdiagnosen neu kodiert werden.

Nach dem „Aufräumen“ reicht ein Mausklick zur „Übernahme“

Das „Aufräumen“ ist möglicherweise erst einmal aufwändig. Aber sind die Diagnosen einmal gekennzeichnet, können sie jedes Quartal en bloc mit einem Mausklick in die aktuelle Abrechnung übernommen werden. Will der Arzt eine oder mehrere Dauerdiagnose(n) nicht übernehmen, wählt er diese einzeln ab. Umgekehrt können auch behandlungsrelevante Diagnosen aus dem „anamnestischen Topf“ durch „Anklicken“ übernommen werden.

Hinweis: Ärzte sollten beim Sortieren nur die Diagnosen als regelhaft behandlungsrelevant kennzeichnen, für die sie auch regelmäßig Leistungen erbringen. Ansonsten müssen sie beim Kodieren zu viele Diagnosen einzeln abwählen, die in einem Abrechnungsquartal nicht behandlungsrelevant waren.





KODIERHILFE: DIE RICHTIGE PRAXISSOFTWARE IST DAS A UND O

Um die Ambulanten Kodierrichtlinien im Praxisalltag einfacher umsetzen zu können, haben die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme (PVS) ihre Software um bestimmte Serviceleistungen erweitert. Die Anbieter haben sich gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verpflichtet, bestimmte Funktionalitäten in ihre Produkte zu implementieren und in den Software-Updates zur Verfügung zu stellen.

Die Software bietet unter anderem folgende Serviceleistungen:

- Mit der Software erhalten alle Ärzte und Psychotherapeuten die Ambulanten Kodierrichtlinien kostenfrei in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.
- Sie können sich beim Kodieren zum gewählten ICD-Kode den entsprechenden Abschnitt in den Kodierrichtlinien anzeigen lassen. Das gestaltet die Suche nach der passenden Textpassage komfortabler und spart Zeit.
- Es besteht außerdem die Möglichkeit, sich während des Kodierens spezielle Informationen zum gewählten Code anzeigen zu lassen, zum Beispiel
 - zur Konformität mit den Kodierrichtlinien
 - zu spezifischeren ICD-Kodes
 - zur Verknüpfung von Code und Diagnosezusatzkennzeichen
 - zur Plausibilität von Diagnosekode und Gebührenordnungsposition

Was ist bei Hinweisen und Fehlermeldungen zu tun?

Die Software gibt auch Hinweise darauf, was zu tun ist, wenn der gewählte Code offenbar nicht der Richtige ist. Dabei wird zwischen Hinweisen und Fehlern unterschieden:

Eine *Fehlermeldung* erhält der Arzt, wenn die abgerechnete EBM-Position zwingend einen bestimmten ICD-Kode voraussetzt, dieser aber in der Dokumentation fehlt. Um Auswirkungen auf die Abrechnung zu vermeiden, muss der Arzt diesen Fehler – spätestens ab 1. Juli 2011 – beheben.

Einen *Hinweis* bekommt der Arzt, wenn zum Beispiel die Zusatzkennzeichen nicht zum Code passen oder die Kreuz-Stern-Systematik nicht richtig angewendet wurde. Die Hinweise dienen lediglich dazu, eine Kodierung nochmals zu überprüfen und ggf. zu ändern. Eine Änderung der Kodierung ist aufgrund der Hinweise aber nicht zwingend erforderlich.

In der Übergangsphase entscheidet der Arzt, ob und ab wann er diese Funktionen nutzt. Die Anwendung hat keine Auswirkung auf den Abrechnungsprozess.



Hinweis: Einige Softwarehäuser bieten daneben weitere Serviceleistungen an, zum Beispiel zum Sortieren von Diagnosen. Es empfiehlt sich, genau zu prüfen, welche Angebote das Software-Update bietet.

Übernahme von Dauerdiagnosen weiterhin per Mausklick möglich

Dauerdiagnosen können auch künftig gespeichert und per Knopfdruck in die aktuelle Abrechnung übernommen werden. Eine automatische Übernahme ist allerdings nur noch für Diagnosen möglich, für die im Abrechnungsquartal Leistungen erbracht werden oder die im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen stehen (Behandlungsdiagnosen). Die Praxissoftware bietet dafür eine spezielle Funktion. Um diese Serviceleistung nutzen zu können, müssen Ärzte und Psychotherapeuten einmal ihre Dauerdiagnosen, die regelhaft behandlungsrelevant sind, auswählen und kennzeichnen (s. Seite 9).

Alternative zur Integration ins PVS: Der Kodierassistent der KBV

Kann ein Hersteller die Vorgaben der KBV zu den Kodierrichtlinien nicht in sein PVS integrieren, besteht die Möglichkeit, den „Kodierassistenten“ der KBV als separate Software anzubinden. Er wird parallel zum eigenen Praxis-System verwendet und überwacht, ob neue Diagnosedaten

mit den Vorgaben der Kodierrichtlinien übereinstimmen. Der Kodierassistent sollte bei jedem Neustart des Computers unmittelbar nach dem Praxisprogramm gestartet werden. Er läuft fortan im Hintergrund und erzeugt bei möglichen Verstößen gegen die Richtlinien automatisch eine Fehlerliste, sodass der Arzt seine Angaben schnell und problemlos korrigieren kann. Der Kodierassistent kann unter folgenden Betriebssystemen eingesetzt werden: Windows 2000, Windows XP, Windows Server, Windows Vista, Linux / Unix und MAC OS X.

Weitere Unterstützung der ICD-Browser

Bei der Auswahl des passenden ICD-Kodes kann auch der ICD-Browser auf der Homepage der KBV (www.kbv.de) helfen. Gibt man in der Freitextsuche einen medizinischen Fachbegriff ein, erscheinen sämtliche in Frage kommenden Codes. Per Mausklick erhält man die passenden Erläuterungen der Ambulanten Kodierrichtlinien sowie Zusatzinformationen und Querverweise auf die ICD-10.

Dieser ICD-Browser wird ebenfalls ab dem 1. Januar 2011 in den Kodierassistenten der KBV eingebaut.

3 FRAGEN AN

HEINZ-THEO REY, IT-EXPERTE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

Herr Rey, die Praxissoftware soll Ärzte und Psychotherapeuten dabei unterstützen, die Ambulanten Kodierrichtlinien möglichst reibungslos umzusetzen. Was ändert sich ab dem 1. Januar?

Rey: Inzwischen haben die meisten Praxisverwaltungssysteme die Ambulanten Kodierrichtlinien in die Software eingebunden und bei den einzelnen Diagnosekodes die entsprechenden Informationen aus den AKR hinterlegt. Der Arzt erhält also per Mausklick passgenaue Erläuterungen. Weil es aber für die verbindliche Umsetzung der AKR eine Übergangsfrist bis zum 1. Juli 2011 gibt, kann er zunächst selbst entscheiden, ob er die neuen Funktionen einschaltet oder nicht. So wird dem Arzt angezeigt, wenn bestimmte Diagnosen nicht zueinander passen oder es Unverträglichkeiten zwischen Diagnosekodes und bestimmten Abrechnungsziffern gibt.

Ist das bei allen PVS-Systemen gleich?

Rey: Ja. Die KBV hat den Softwareherstellern sehr frühzeitig Vorgaben gemacht und inzwischen sämtliche Systeme zertifiziert. Bei der Zertifizierung dürfen wir allerdings nur prüfen, ob die Vorgaben vollständig umgesetzt wurden,

also zum Beispiel die Kodierrichtlinien mit der ICD-10 verknüpft sind. Auf die Anwenderfreundlichkeit der Programme haben wir allerdings keinen Einfluss.

Was bleibt zu tun?

Rey: Wir wollen vom 1. Januar 2011 an noch einen ICD-Browser einbinden, der den Ärzten vielfältige Navigationsmöglichkeiten bietet: Hyperlinks, Querverweise von einer auf die andere Diagnose, et cetera. Damit kann man sich dann wirklich gut im Rahmenwerk der ICD-10 zurechtfinden.

Außerdem wollen wir im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen die Fehlersuche vereinfachen. In der Testphase in Bayern hat sich gezeigt, dass es für den Arzt schwierig war, bei der Vielzahl der Prüfmeldungen einen Fehler wiederzufinden und zu korrigieren. Wir wollen deshalb die Fehlersortierung deutlich verbessern. Das PVS könnte zum Beispiel alle Fehler an den Dateianfang setzen oder farbig kennzeichnen. Für dieses Problem wollen wir auch die Softwarehäuser sensibilisieren.

CHECKLISTE: HINWEISE ZUR EINFÜHRUNG DER KODIERRICHTLINIEN UND ZUR ÜBERGANGSPHASE

So können Sie sich vorbereiten

1. Besorgen Sie sich die aktuell gültigen AKR (im Internet unter www.kbv.de). Dort finden Sie nicht nur den Text der AKR, sondern weitere Angebote wie Hinweise zu den Prinzipien richtigen Kodierens, Checklisten mit praktischen Tipps und nicht zuletzt einen umfangreichen Katalog mit häufigen Fragen und den Antworten darauf.
2. Lesen Sie die Kodierrichtlinien. Sie wirken mit mehr als 150 Seiten zunächst sehr umfangreich. Das liegt aber auch daran, dass zahlreiche Beispiele zur Erläuterung eingefügt sind. Einen ersten Überblick bietet der Wegweiser auf den Seiten 15-16 dieser Broschüre.
3. Viele KVen bieten Einführungsveranstaltungen an. Besuchen Sie eventuell eine Schulung. Fragen Sie am besten bei Ihrer KV nach.
4. Sie können auch an einer Online-Fortbildung teilnehmen: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet gemeinsam mit dem Deutschen Ärzteblatt ab Mitte Januar 2011 eine zertifizierte cme-Fortbildungsreihe an.
5. Nutzen Sie möglichst schon in der Übergangsphase die zusätzlichen Funktionalitäten zum Kodieren in Ihrem Praxisverwaltungssystem. Sie können sich darüber Hinweise und Fehler anzeigen lassen, um die eigene Kodierweise zu überprüfen und ggf. zu ändern.

Ab wann Sie Ihr Praxisverwaltungssystem aktivieren, entscheiden Sie

Die Praxissoftware enthält ab 1. Januar 2011 neben den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) mehrere Funktionen, die Sie beim Kodieren unterstützen. In der Übergangsphase entscheiden Sie, ob und ab wann Sie diesen Service nutzen. Schalten Sie die Kodierrichtlinien frei, bestimmen ebenfalls Sie, welche Funktionalitäten Sie anwenden. So können Sie sich Hinweise anzeigen lassen, die Ihnen bei der Wahl des richtigen Codes behilflich sind.

Bitte beachten Sie, dass nach Freischalten der AKR-Funktionalitäten alle „alten“ Dauerdiagnosen automatisch in anamnestische Diagnosen umgewandelt sind. Für Sie bedeutet das:

- Sie sehen einmal alle „alten“ Dauerdiagnosen durch und kennzeichnen die regelhaft behandlungsrelevanten. Danach können Sie diese weiterhin automatisch in die Abrechnung übernehmen. Die übrigen Diagnosen bleiben als anamnestische erhalten.
- Haben Sie keine Zeit zum Sortieren, kodieren Sie die Diagnosen für das laufende Quartal ohne Nutzung der Dauerdiagnosenfunktionalität. Dies könnte z. B. sinnvoll sein, wenn es sich nur um wenige Diagnosen handelt, von denen der größte Anteil ohnehin neu zu kodierende Akutdiagnosen darstellt.

Das Freischalten der Kodierrichtlinien hat keine Auswirkungen auf den Abrechnungsprozess. Es unterstützt Sie vielmehr dabei, Fehler zu erkennen, die Sie ab 1. Juli 2011 beheben müssen.

Auf einen Blick: Service- Informationsangebote zum richtigen Kodieren

Wo erhalten Sie weitere Informationen? Hier einige Beispiele:

- Auf den Internetseiten von KBV und KVen: Checklisten, Kodierbeispiele, Fragen und Antworten. ► www.kbv.de
- Der Kodier-Ratgeber der KBV ► Ab Mitte Januar 2011 alle zwei Wochen im Deutschen Ärzteblatt
- Kodierhinweise per Video auf KV-on, dem Web-TV der KVen ► www.kv-on.de oder über www.kbv.de
- Schulungsveranstaltungen der KVen ► Infos bei Ihrer KV
- cme-Fortbildung von KBV und Deutschem Ärzteblatt ► ab Mitte Januar 2011 im Deutschen Ärzteblatt
- E-Learning: ein Schulungsprogramm im Internet ► Infos dazu ab Januar 2011 unter www.kbv.de
- Telefon-Hotline der KVen ► Liste mit Ansprechpartnern in diesem Heft

CHECKLISTE: 5 SCHRITTE ZUM RICHTIGEN KODE

Schritt 1: Sichten der medizinischen Dokumentation

Sie haben den Patienten behandelt und Ihre medizinische Dokumentation in der Patientenakte beendet. Nun sichten Sie die anamnestischen Angaben, Befunde (inkl. vorliegender Fremdbefunde) und Diagnosen und prüfen, welche im aktuellen Quartal einen Behandlungsanlass ausgemacht haben.

Schritt 2: Auswahl der Behandlungsdiagnose

Wählen Sie nun die Diagnosen aus, für die Sie im abzurechnenden Quartal Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht haben oder die im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen stehen (Definition der Behandlungsdiagnose, s. AKR A02).

Schritt 3: Sichten von Kodiervorgaben

Bevor Sie einen ICD-Code auswählen, prüfen Sie, ob es für die Behandlungsdiagnose eventuell besondere Kodiervorgaben in den Kodierrichtlinien oder in der ICD gibt. Wenn ja, müssen Sie diese berücksichtigen. Beachten Sie dabei die Vorrangregel: Die speziellen Kodierrichtlinien gelten vor den allgemeinen Kodierrichtlinien, die allgemeinen vor den Regeln der ICD-10-GM. Deshalb gehen Sie am besten wie folgt vor:

a) Gibt es eine spezielle Kodierrichtlinie?

Wenn ja, müssen Sie diese bei der Kodeauswahl beachten.

b) Gibt es Regeln für besondere Behandlungssituationen?

Gibt es keine spezielle Kodierrichtlinie, prüfen Sie, ob es sich um eine „Behandlungsdiagnose in besonderen Situationen“ handelt. Wenn ja, beachten Sie die entsprechenden Kodierempfehlungen (AKR A07).

c) Gibt es spezielle ICD-Regeln?

Geben die Kodierrichtlinien keine speziellen Regeln vor, dann prüfen Sie, ob die ICD-10-GM eventuell Anweisungen zur Verschlüsselung enthält, z. B. zur Mehrfachkodierung (s. auch AKR A08). Wenn ja, berücksichtigen Sie diese beim Kodieren. Mit solchen Mehrfachcodes wird ein höherer Behandlungsaufwand abgebildet.

Schritt 4: Auswahl des ICD-Kodes

Unter Berücksichtigung der im Schritt 3 gefundenen Kodiervorgaben wählen Sie für jede Behandlungsdiagnose (mindestens) einen spezifischen Code aus, der die Behandlung am besten abbildet. Bitte denken Sie daran, jede Behandlungsdiagnose mit einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer zu versehen.

Schritt 5: Vergabe von Zusatzkennzeichen

Jetzt geben Sie jedem Code ein Zusatzkennzeichen, um die Diagnosesicherheit zu kennzeichnen: „V“ für Verdachtsdiagnose, „G“ für gesicherte Diagnose, „A“ für ausgeschlossene Diagnose, „Z“ für Zustand nach der Diagnose. Zusätzlich gibt es Kennzeichen für die Seitenlokalisation, die Sie optional verwenden können: „R“ für rechts, „L“ für links, „B“ für beidseitig.

KODIERSCHEMA: 5 SCHRITTE ZUM RICHTIGEN KODE

5 SCHRITTE

BEISPIEL

Medizinische Dokumentation ist erfolgt: vorhandene Diagnosen, Befunde, anamnestische Daten hinsichtlich der Kodierung sichten

Patient kommt zur präventiven Koloskopie in die Praxis. Der Befund ist unauffällig. Bei bekanntem Diabetes mellitus und Exophthalmus bei Basedow wird eine Laborbestimmung durchgeführt. Als einzige Voroperation liegt eine Tonsillektomie in der Kindheit vor.

Ist die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllt?
nein keine Kodierung

Behandlungsdiagnosen:
Diabetes mellitus
präventive Koloskopie
Exophthalmus bei Morbus Basedow

Gibt es eine spezielle Kodierrichtlinie?
nein
ja
Gibt es allgemeine Kodierrichtlinien für besondere Behandlungssituationen, z. B. für Prävention?
nein
ja
Gibt es spezielle ICD-Regeln, z. B. zur Mehrfachkodierung?
nein
ja

Keine Behandlungsdiagnose:
Chronische Tonsillitis

Diabetes mellitus:
Spezielle Kodierrichtlinie B0402

Präventive Koloskopie:
Allgemeine Kodierrichtlinie A07 Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen; hier Prävention

Exophthalmus bei Basedow:
ICD-Regel zur Mehrfachkodierung nach Kreuz-Stern-Systematik

Für jede Behandlungsdiagnose mindestens einen spezifischen ICD-Code (nach jeweiliger Vorgabe) auswählen

Das sind die ICD-10-GM-Codes:
E11.90 Diabetes mellitus ohne Komplikationen
Z12.1 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung im Darmtrakt
E05.0 Hyperthyreose mit diffuser Struma
H06.2* Exophthalmus bei Funktionsstörung der Schilddrüse

Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit vergeben:
V=Verdacht A=Ausgeschlossen
G=Gesichert Z=Zustand nach

optional:
Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation vergeben:
R=Rechts, L=Links, B=Beidseits

Das sind die ICD-Codes mit Zusatzkennzeichen:
E11.90 G
Z12.1 G
E05.0 G
H06.2* G B

ALLE REGELN AUF EINEN BLICK: WEGWEISER AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN

Teil A: Allgemeine Kodierrichtlinien A 01 bis A 11

Richtlinie	Was steht drin?	
A01	Vorrangregel	Spezielle Kodierrichtlinien VOR Allgemeine Kodierrichtlinien VOR Regeln der ICD-10-GM
	Geltungsbereich	Kodierrichtlinien gelten für alle Leistungen, die ambulant und belegärztlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden.
	Verantwortlichkeit	Für die sachgerechte Kodierung ist der Arzt/Psychotherapeut verantwortlich, der den Patienten behandelt hat, unabhängig davon, ob er oder eine beauftragte Person die Kodierung vornimmt.
A02	Befreiung von der Kodierpflicht	Radiologen, Zytologen, Pathologen, Nuklearmediziner und Labormediziner im Rahmen von Auftragsleistungen
	Behandlungsdiagnosen	Sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal GKV-Leistungen erbracht wurden oder die im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen stehen. Dazu zählen auch Beratungen, Überweisungen und Verordnungen.
	Nicht zu kodierende Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal ■ Abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik bzw. Therapie
	Dauerdiagnosen	Eine Übernahme von Diagnosen aus einem Quartal in ein nächstes darf nur erfolgen, wenn diese erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen. Dabei sind ggf. die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.
	Anzahl und Reihenfolge der Kodierung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anzahl von Behandlungsdiagnosen sind nicht begrenzt, pro Behandlungsfall mindestens eine ■ für die mehrfache Behandlung eines Patienten wegen derselben Krankheit in einem Quartal genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-Kodes ■ Reihenfolge der Codes ist beliebig
A03	Zusatzkennzeichen Diagnosesicherheit: V, G, A, Z	<p>Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosesicherheit sind für jeden Code getrennt anzuwenden. Dies gilt auch für eine Mehrfachkodierung nach dem Kreuz-Stern-System und für die Ausrufezeichen-Codes (Ausnahme: Ersatzcode UUU). Folgende Zusatzkennzeichen gibt es:</p> <p>V = Verdachtsdiagnose (Diagnose kann weder gesichert noch ausgeschlossen werden)</p> <p>G = gesicherte Diagnose (Diagnose kann nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen gesichert werden). Nicht endgültig gesicherte Diagnosen mit Therapie sind ebenfalls als gesicherte Behandlungsdiagnose anzugeben, wenn die Behandlung so spezifisch erfolgt, als wäre die Diagnose gesichert (z. B. Schweinegrippe ohne Test).</p> <p>A = ausgeschlossene Diagnose (primäre Verdachtsdiagnose kann ausgeschlossen werden)</p> <p>Z = Zustand nach der Diagnose, auch symptomlos (wenn die Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt. Der Zustand nach dieser Diagnose hat aber eine Leistung verursacht, deshalb wird kodiert. Achtung: Enthält bereits der Titel der ICD-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgestände...“ einer früheren Erkrankung, so ist „Z“ nicht zu verwenden.)</p>
A04	Rest- und Folgezustände (Residuen)	<p>Aktuelle Krankheiten, die als Rest- oder Folgezustände einer früheren Krankheit bestehen, werden auf zwei Arten verschlüsselt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ein Kode: Kode, der sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung enthält. ■ Zwei Kodes: ein Kode für den aktuellen Krankheitszustand und ein Kode, der nur die „Folgen“ oder „Folgestände“ einer früheren Erkrankung enthält. Achtung: Kodes, die die Folgen beschreiben, sind nicht alleine zu verwenden.
A05	Zusatzkennzeichen Seitenlokalisierung: R,L,B	<p>Die Angabe ist optional, aber empfehlenswert. Die Kennzeichen beziehen sich auf paarige Organe und Körperteile, nicht auf die Lokalisation innerhalb einzelner Organe.</p> <p>R = rechts L = links B = beidseitig (kein „B“, wenn Schlüsselnummer bereits beidseitig enthält)</p>

ALLE REGELN AUF EINEN BLICK: WEGWEISER AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN

Richtlinie	Was steht drin?
A06	<p>Vollständige und spezifische Kodierung</p> <p>Restklassen für seltene Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle Diagnosen, für die GKV-Leistungen erbracht werden, sind zu kodieren Auswahl einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer Auswahl einer endständigen Nummer bis zur maximalen Kodiertiefe (fünfstellig); vierstellige Codes ausreichend in der hausärztlichen Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes <p>nur im Ausnahmefall anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kodes für „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten“ Kodes für „Nicht näher bezeichnete Krankheiten“
A07	<p>Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen</p> <ul style="list-style-type: none"> abnorme Befunde sind nur dann anzugeben, wenn sie Anlass für weitere Maßnahmen sind Prävention/Gesundheitscheck/Vorsorgeuntersuchung/Screening/Früherkennung: Bei negativem Ergebnis sind Codes aus dem Kapitel XXI anzugeben (z. B. Z12.1 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes). Prophylaxe/Impfung: Als Behandlungsdiagnosen sind Codes aus dem Kapitel XXI anzugeben (z. B. Z25.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe). Rezidive: Mit spezifischem Rezidivkode oder wie die eigentliche Erkrankung verschlüsseln, nicht als „Zustand nach...“ Symptome sind in der Regel nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Krankheit bekannt ist (z. B. Schwellung bei einer Fraktur). Übernahme von Diagnosen von mitbehandelnden Ärzten und/oder aus dem stationären Bereich nur, wenn Definition der Behandlungsdiagnose erfüllt ist. Schweregrade einer Erkrankung sind zu kodieren Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt rechtfertigt immer die Angabe der gesicherten Behandlungsdiagnose; zusätzliche Angabe der ICD Z76.0 Behandlungsdiagnosen bei psychotherapeutischen Behandlungen sind in aller Regel mit ICD-Kodes aus dem Kapitel V (F00-F99) für die Abrechnung zu verschlüsseln, falls erforderlich können auch Codes für somatische Erkrankungen gemeldet werden.
A08	<p>Mehrfachkodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> Kreuz-Stern-System <ul style="list-style-type: none"> Kreuz-Kode verschlüsselt die Ätiologie (Primärkode) Stern-Kode * verschlüsselt die Manifestation (Sekundärkode) Ausrufezeichenkodes (Sekundärkodes) verschlüsseln Zusatzinformationen zum Primärkode; sie dürfen nicht allein stehen
A09	<p>Kombinations-Schlüsselnummern</p> <p>Eine ICD-Schlüsselnummer für zwei gemeinsam auftretende Krankheiten, z.B. K80.00 Gallenblasenstein mit akuter Zystitis</p>
A10	<p>Formale Vereinbarungen im systematischen ICD-10-GM</p> <p>Diese Richtlinie enthält Erläuterungen zu Begrifflichkeiten und Zeichen der ICD-10, z.B. Inklusiva (WHO), Exklusiva (WHO), „Mit“ in Titeln, runde Klammern „()“, senkrechter Strich „ “, ohne nähere Angabe „o. n.A.“.</p>
A11	<p>Formale Vereinbarungen im alphabetischen ICD-10-GM</p> <p>Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM unterstützt die Kodierung nach dem systematischen Verzeichnis inkl. des Kreuz-Stern-Systems und der Zusatzkodes. Maßgeblich für die Kodierung ist stets das systematische Verzeichnis.</p>

Teil B: Spezielle Kodierrichtlinien B0100 bis B2101

Der Teil B enthält 61 spezielle Kodierrichtlinien zu ausgewählten, besonders komplexen Krankheitsbildern. Die Gliederung ist identisch mit der ICD-10-GM. Die speziellen Richtlinien haben stets Vorrang, d. h.: Bei jeder Codesuche ist zu prüfen, ob eine spezielle Kodierrichtlinie vorliegt. Einige der Richtlinien enthalten bestimmte Mindestanforderungen, die zur Kodierung einer gesicherten Diagnose vorliegen müssen (Plausibilitätskriterien).

Anhang 1 bis 3

Der Anhang enthält Listen mit Codes für Rest- und Folgezustände, Ausrufezeichenkodes und Codes für Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören.

SERVICENUMMERN

IHRE ANSPRECHPARTNER IN DEN KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

KV	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail/Internet
Baden-Württemberg			
	Bezirksdirektion Stuttgart	0711 7875 3397	abrechnungsberatung@kvbawue.de
	Bezirksdirektion Reutlingen	07121 917 2397	abrechnungsberatung@kvbawue.de
	Bezirksdirektion Karlsruhe	0721 5961 1397	abrechnungsberatung@kvbawue.de
	Bezirksdirektion Freiburg	0761 884 4397	abrechnungsberatung@kvbawue.de
Bayern			www.kvb.de/akr
Berlin	Service-Center	030 31003 999	service-center@kvberlin.de
Brandenburg	Hotline	01801 58 22 43 10 (3,9 Cent pro Minute aus dem Festnetz; maximal 42 Cent aus den Mobilfunknetzen)	icd-hotline@kvbb.de
Bremen			akr@kvhb.de
Hamburg	Infocenter KV Hamburg	040 22802 900	
Hessen	info.line	069 795 02 602	
Mecklenburg-Vorpommern	Frau Dr. Dagmar Greiner	0385 7431380	dgreiner@kvmv.de
Niedersachsen	Hotline	0511 380 39 09	
Nordrhein			
	Serviceteam Düsseldorf	0211 5970 8888	service.duesseldorf@kvno.de
	Serviceteam Köln	0221 7763 6666	service.koeln@kvno.de
Rheinland-Pfalz			
Standort Nord	Frau Jentzsch	0261 39002 395	andrea.jentzsch@kv-rlp.de
	Herr Lihsek	0261 39002 350	friedrich.lihsek@kv-rlp.de
Standort Süd	Frau Venus	06321 893 231	ruth.venus@kv-rlp.de
	Herr Betsch	06321 893 132	benedikt.betsch@kv-rlp.de
Saarland			
	Frau Kettenbaum	0681 4003 456	abrechnung@kvsaarland.de
	Frau Reinhard	0681 4003 456	abrechnung@kvsaarland.de
Sachsen			
BGST Dresden	Frau Gnauck	0351 88280	
	Herr Hofmann	0351 88280	
BGST Chemnitz	Frau Morgenstern	0371 27890	
	Frau Weber	0371 27890	
BGST Leipzig	Frau Lorenz	0341 24320	
	Frau Leineweber	0341 24320	
Sachsen-Anhalt			
	Frau Zunke	0391 627 6108	brigitte.zunke@kvs.a.de
	Herr Welz	0391 627 6101	andreas.welz@kvs.a.de
Schleswig-Holstein			
Allgemein	Frau Oelkers	04551 883 524	anja.oelkers@kvsh.de
Technik	Herr Stefaniw	04551 883 307	thomas.stefaniw@kvsh.de
Abrechnung	Herr Sievers	04551 883 245	ernst.sievers@kvsh.de
	Frau Reuter	04551 883 544	christiane.reuter@kvsh.de
Thüringen	Frau Christiane Maaß	03643 559720	christiane.maass@kvt.de
Westfalen-Lippe			
	Service-Center Dortmund	0231 9432 3000	service-center.do@kwvl.de
	Service-Center Münster	0251 929 1000	service-center.ms@kwvl.de



KONTAKT

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Tel.: (030) 4005 - 0
www.kbv.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Gestaltung: artisan
Fotos: iStockphoto.com / esolla, Izabela Habur, Meredith Mullins,
nyul, levgen Kostjuk, kristian sekulic, Pamela Moore
Redaktionsschluss: 3. Dezember 2010