

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Ambulante Kodierrichtlinien

April 2011

Aktueller Sachstand zur Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien

Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) anwenden – ja oder nein? Wird die Einführungsphase verlängert? Und wer kodiert ab dem Jahr 2012 nach den AKR? Mit dieser Praxisinformation wollen wir Sie über den aktuellen Stand der Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien informieren und darstellen, welche Erleichterungen weiterhin vorgesehen sind.

Votum der Vertreterversammlung vom 8. April

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat sich am 8. April dafür ausgesprochen, die Ambulanten Kodierrichtlinien erst zum 1. Januar 2012 verbindlich einzuführen, und zwar nur in ausgewählten Praxen (repräsentativer Querschnitt). Für den Mehraufwand des Kodierens sollen die betreffenden Ärzte und Psychotherapeuten einen Honorarzuschlag erhalten. Trotz der längeren Übergangsregelung soll die Morbidität beim Honorarzuwachs im Jahr 2014 berücksichtigt werden.

Eine Umsetzung des VV-Beschlusses würde u. a. Folgendes bedeuten:

- Die seit Jahresbeginn laufende Einführungsphase würde um ein halbes Jahr verlängert werden.
- Ab Januar 2012 müssten nur ausgewählte Praxen die Ambulanten Kodierrichtlinien verbindlich anwenden. Alle anderen könnten selbst entscheiden, ob sie die AKR beim Kodieren nutzen und die entsprechenden Kodierhilfen in ihrer Praxissoftware freischalten.
- Die gesetzliche Verpflichtung zum Kodieren nach der ICD-10-GM bleibt weiterhin bestehen.
- Die Erfassung der Morbidität zum Zwecke der Honoraranpassung würde nur in den Praxen erfolgen, die die AKR verbindlich anwenden.

VV-Beschluss bedarf Gesetzesänderung und Zustimmung der Kassen

Zur Umsetzung des Beschlusses bedarf es ggf. einer gesetzlichen Änderung und der Zustimmung der Krankenkassen. Beides ist noch nicht erfolgt.

Nach der derzeitigen Regelung sind alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, die Ambulanten Kodierrichtlinien nach Ende der Übergangsregelung verbindlich anzuwenden. Die kodierten Diagnosen werden zur Messung der Morbidität benötigt, die wiederum ausschlaggebend für Honorarzuwächse ist. Mit der Koppelung der Morbidität an die Vergütung hatte der Gesetzgeber im Jahr 2007 eine langjährige Forderung der Ärzteschaft erfüllt. Nunmehr gilt zu klären, ob für die Messung der Morbidität aus-

Längere Einführungsphase gefordert

Nur ein Teil der Praxen soll AKR verbindlich einführen

Stichprobenlösung bislang nicht vorgesehen



Thema: Ambulante Kodierrichtlinien

reicht, dass nur ein repräsentativer Teil der Ärzte nach den AKR kodiert.

Die Verlängerung der Einführungsphase bedarf der Zustimmung der Krankenkassen. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler hatte diese bereits im Februar vorgeschlagen. Zu einem Vertragsabschluss war es bislang nicht gekommen, weil die Krankenkassen bei einer Verlängerung der Übergangsregelung die Morbidität nicht zur Messung der Honorarsteigerung im Jahr 2014 anerkennen wollten. Dies hätte für die Ärzteschaft einen Honorarverlust von jährlich 400 bis 600 Millionen Euro bedeutet. Der Spitzenverband begründete seine Position mit der „schlechten Kodierqualität“, die sich ohne die AKR nicht verbessern würde. Erst kurz vor der VV waren die Kassen von ihrer Position abgewichen. Diese halten allerdings daran fest, die geringere Kodierqualität des Jahres 2011 bei der Festlegung der Veränderungsdaten zu berücksichtigen, soweit bei deren Ermittlung auf Diagnosedaten des Jahres 2011 zurückgegriffen wird.

Weiteres Vorgehen

Der Vorstand der KBV hat unmittelbar nach der Vertreterversammlung Bundesgesundheitsminister Rösler angeschrieben und kurzfristig um einen Gesprächstermin gebeten. Die KBV ist dabei, ein Konzept zu erarbeiten, auf deren Grundlage eine „Stichprobenlösung“ bei der Anwendung der AKR erfolgen kann. Zur Verlängerung der Einführungsregelung wurden die Krankenkassen aufgefordert, eine entsprechende Vereinbarung zu unterzeichnen.

Anwendung der Kodierrichtlinien wird weiter vereinfacht

Die KBV wird weitere Maßnahmen ergreifen, um Ärzten und Psychotherapeuten die Anwendung der AKR zu erleichtern. So soll bereits zum 1. Juli 2011 ein Diagnosekatalog für Hausärzte in die Praxisverwaltungssoftware (PVS) integriert werden. Darüber hinaus wird es eine zusätzliche elektronische Kodierhilfe geben, die Praxen beim Verschlüsseln ihrer Behandlungsdiagnosen nutzen können.

Vereinfachung für Hausärzte ab Juli 2011

Das Zentralinstitut (ZI) für die kassenärztliche Versorgung hat im Auftrag der KBV einen Diagnosekatalog speziell für Hausärzte erarbeitet. Das Verzeichnis auf Basis der ICD-10-GM enthält ausschließlich Codes, die in der Hausarztpraxis relevant sind. Damit können die Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung besser abgebildet werden. Beim Diabetes mellitus zum Beispiel weist die ICD-10-GM spezifische Codes im Kapitel für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus. Die neue Hausarztversion verzichtet darauf. Die Erstfassung des Diagnosekataloges wird zum 1. Juli 2011 in alle Praxisverwaltungssysteme implementiert, zuvor erfolgt ein Praxistest. Hausärzte haben dann neben dem systematischen und alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM eine weitere Suchmöglichkeit.

Hinweis: Sobald die Vorbereitungen abgeschlossen sind, werden alle Hausärzte ausführlich über das neue Angebot informiert.

AKR werden regelmäßig überarbeitet und weiterentwickelt

Die Ambulanten Kodierrichtlinien werden regelmäßig überarbeitet, an die

Kassen müssen längerer Einführungsphase zustimmen

Diagnosekatalog speziell für Hausärzte

Neuer Katalog enthält nur ICD-Codes, die in der Hausarztpraxis relevant sind



Thema: Ambulante Kodierrichtlinien

Änderungen der ICD-10-GM, der Klassifikationssysteme und des EBM angepasst und weiterentwickelt. Dies bietet ebenfalls die Chance, bestimmte Regelungen weiter zu vereinfachen. Berufsverbände, KVen etc. können ihre Vorschläge einbringen. Das Vorschlagsverfahren zur AKR-Version 2012 wird derzeit eingeleitet, sodass genügend Zeit für Änderungen besteht.

Vieles wurde bereits vereinfacht

Bereits in den vergangenen Wochen und Monaten hat die KBV eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen, um die Anwendung der AKR zu erleichtern, z. B.:

- Überarbeitung der AKR 2011 entsprechend der Hinweise aus dem Praxistest in Bayern, z. B. zur Konkretisierung der Kodierrichtlinie A07 „Behandlungsdiagnosen in besonderen Fällen“.
- Erleichterung der Anwendung in den Praxisverwaltungssystemen in der Übergangsphase:
 - praxisindividuelles Ein- und Ausschalten der AKR
 - keine Kodierprüfung im Rahmen des Abrechnungsmoduls
- Die Zahl der von der Praxissoftware angezeigten Fehler wurde deutlich reduziert. Lange Fehlerprotokolle werden dadurch vermieden.
- Die Software macht den Arzt lediglich auf Fehler aufmerksam und gibt Hinweise zur Korrektur.
- Auch nach Abschluss der Einführungsphase führen Fehler nicht zum Abbruch der Abrechnung. Grobe Fehler können zu einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung führen; dagegen kann der Arzt Widerspruch einlegen.

Berufsverbände, KVen etc. können Vorschläge unterbreiten

AKR nach Praxistest überarbeitet

Ein- und Ausschalter in der Praxissoftware

Deutlich weniger Fehlermeldungen

Fehler führen nicht zum Abbruch der Abrechnung

Informationen in Kürze

- Die Ambulanten Kodierrichtlinien fassen alle Regeln zum Kodieren zusammen und erläutern diese anhand von Beispielen.
- Lediglich zwölf Prozent der AKR-Regeln sind neu im Vergleich zu den bereits vorher bestehenden Regeln der ICD-10-GM.
- Grundlage für die AKR bilden die Vorgaben des Bundesgesundheitsministeriums und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, das die ICD-10-GM erstellt. Dies betrifft z. B. die Vorgabe, „so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln“ (5-stellige Verschlüsselung).
- Die „saubere“ Kodierung der Behandlungsdiagnosen ist notwendig, um die Morbiditätsentwicklung und damit den zusätzlichen Honorarbedarf korrekt messen zu können.
- Die Krankenkassen sind nicht bereit, ohne AKR zusätzliches Geld für die steigende Morbidität zur Verfügung zu stellen. Sie wollen stattdessen die demographische Veränderungsrate als Maß für die Entwicklung der Vergütung durchsetzen. Diese ist deutlich niedriger als die Veränderungsrate der Morbidität.

Mehr Infos:
www.kbv.de