



Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) Version 2011

Tag der Niedergelassenen am 13. Mai 2011 in Berlin

Anna Maria Raskop

Dezernat 3 – Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung

Agenda

1. AKR – Sachstand

2. Warum Ambulante Kodierrichtlinien?

3. Was ist objektiv neu?

4. Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

Vereinbarung zur Einführung der AKR im Jahr 2011 vom November 2010

1 Die **Partner der Bundesmantelverträge** sind gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2 SGB V zur Vereinbarung von Richtlinien [...] (Ambulante Kodierrichtlinien) **verpflichtet**.

2 [...] und **setzen die Ambulanten Kodierrichtlinien in der Version 2011**



ab 1. Januar 2011



in sämtlichen KV-Bezirken flächendeckend



in der Anwendung einheitlich für alle
Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen

verbindlich in Kraft.



Aber

Konsequenz aus dem Praxistest der AKR im 3. Quartal 2010
(KV-Bereich Bayerns):

- Vereinbarung einer 6-monatigen Übergangsphase
(längere Übergangsfrist war im November 2010
nicht mit den Krankenkassen verhandelbar)
 - ✓ mit praxisindividueller Einstiegsmöglichkeit



Ergebnis des Praxistests der AKR in Bayern



Schulungsbedarf



Verbesserungsbedarf hinsichtlich einer anwenderfreundlicheren Implementierung der AKR in die Dokumentations- und Abrechnungssoftware der Praxisverwaltungssysteme



Inhaltliche Klarstellung der AKR erforderlich



Aber

Konsequenz aus den Protesten der Ärzte an der Basis:

- Intervention von Dr. Rösler (16.02.2011)



Positionierung des BMG zur Einführung der AKR

Schreiben des BM Dr. Rösler vom 16. Februar 2011

Der Bundesminister macht sich die ursprüngliche **Forderung der KBV** zur Verschiebung der **Anwendung der AKR** ab dem **1. Januar 2012** zu eigen

Aufforderung der Partner der BMV zur **Verlängerung** der **Übergangs- und Einführungsphase** der AKR bis zum **31. Dezember 2011**

 Bundesministerium für Gesundheit

EINGEGANGEN
KBV Vorstand
16. Feb. 2011
Dr. A. Köhler

Spitzenverband der Krankenkassen
Vorsitzende des Vorstandes
Frau Dr. Doris Pfeiffer
Mittelstraße 51
10117 Berlin
per Fax vorab: 030 / 206 288 – 821 00

Dr. Philipp Rösler
Bundesminister

HÜBSCHESTRASSE Reduststraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn
TEL. +49 (0)228 99 441-5003
FAX +49 (0)228 99 441-1100
E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Bonn, 16. Februar 2011

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Vorsitzender des Vorstandes
Herrn Dr. Andreas Köhler
Herbert-Lewin-Platz 2
10823 Berlin
per Fax vorab: 030 / 40 05 – 1090

Wahlendatum Dr. Köhler

	RA	D Kassen					
Dr. M. d. B. von DN	01	02	03	04	05	06	07
DBA des	08	09	10	11	12	13	14
BAWAK, GWB	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31	32	33	34	35
	36	37	38	39	40	41	42
	43	44	45	46	47	48	49
	50	51	52	53	54	55	56
	57	58	59	60	61	62	63
	64	65	66	67	68	69	70
	71	72	73	74	75	76	77
	78	79	80	81	82	83	84
	85	86	87	88	89	90	91
	92	93	94	95	96	97	98
	99	100					

Dr. Köhler

Sehr geehrte Frau Dr. Pfeiffer, *Liebe Frau Pfeiffer,*
sehr geehrter Herr Dr. Köhler, *Liebe Herr Köhler,*

die Bundesmantelvertragspartner haben gemäß § 295 Absatz 3 SGB V für die Zeit bis zum 30. Juni 2011 eine Übergangs- und Einführungsphase zur Anwendung der verabschiedeten Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) vereinbart. In dieser Phase können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst entscheiden, zu welchem Zeitpunkt sie die AKR anwenden. Dies ermöglicht auch die Klärung von Fragen insbesondere zur Erleichterung der Implementation der AKR im Praxisalltag sowie der Notwendigkeit fachlichen Anpassungsbedarfs. Vor dem Hintergrund der Vorbereitungen eines Versorgungsgesetzes halte ich es für sachgerecht, die Übergangs- und Einführungsphase durch Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner um weitere sechs Monate bis zum 31. Dezember 2011 zu verlängern. Das gibt allen beteiligten Partnern insbesondere die Zeit, die Anwendung im Praxisalltag deutlich zu vereinfachen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Philipp Rösler

Sachstand AKR nach VV-Beschluss am 8. April 2011

Folgen bei Umsetzung des Beschlusses



Verlängerung der Einführungsphase um ein halbes Jahr bis zum 31. Dezember 2011



Ab 2012: verbindliche Anwendung nur in ausgewählten Praxen (repräsentativer Querschnitt)



Gesetzliche Verpflichtung zur Diagnosenverschlüsselung nach ICD-10-GM bleibt bestehen



Erfassung der Morbidität nur in den Praxen, die die AKR verbindlich anwenden

Voraussetzungen zur Umsetzung des Beschlusses vom 8. April 2011

1

Bundesebene



Umsetzung bedarf einer gesetzlichen Änderung

2

Krankenkassen



Beschluss muss noch mit den Krankenkassen verhandelt werden

Erste Reaktion des GKV-Spitzenverbandes zur Forderung der KBV, die Übergangsphase der AKR-Einführung weiter zu verlängern

- Eine weitere Verschiebung der Einführung der AKR wird auf Grund der maßgeblichen Bedeutung der Kodierqualität ambulanter Behandlungsdiagnosen für den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich und die Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgelehnt.
- Wenn eine solche mit Unterstützung des BMG nun eintreten sollte, muss dies Konsequenzen für die weitere Honorarentwicklung im ambulanten Bereich haben.

! „Wer keine Morbidität dokumentieren will, kann auch keine morbiditätsbezogene Honorarsteigerung erwarten! !

Ergebnis der Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband

- Eine Verlängerung der Übergangsphase ist möglich
 - Der GKV-Spitzenverband akzeptiert die Forderung der KBV, dass keine Konsequenzen für die Veränderungsrate 2014 vereinbart werden
 - Der GKV-Spitzenverband hält allerdings an der Forderung fest, dass die geringere Kodierqualität des Jahres 2011 berücksichtigt wird, soweit Diagnosedaten des Jahres 2011 bei der Festlegung von Veränderungsdaten genutzt werden

Weiteres Vorgehen der KBV

1 Vereinbarung zur Verlängerungsregelung mit den Krankenkassen



2 Gesprächstermin mit dem Bundesgesundheitsminister



3 Prüfung von Konzepten zur „Stichprobenlösung“



4 Überarbeitung und Vereinfachung der AKR-Anwendung



5 Einleitung eines Vorschlagverfahrens zur Version 2012 der AKR am InBa



Agenda

1. AKR – Sachstand

2. Warum Ambulante Kodierrichtlinien ?

3. Was ist objektiv neu ?

4. Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich

§ 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen

- fordert seit 10 Jahren die verbindliche Angabe eines ICD-10-Kodes im Rahmen der Abrechnungsdaten
- Regelungen im Detail waren in der jeweils gültigen Version der ICD-10-GM des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) enthalten

⇒ Warum sind nun zusätzlich eigene Kodierregeln erforderlich?

Welche Rolle spielt die korrekte Diagnosenkodierung im ambulanten Bereich?

§ 87a Abs. 5 SGB V Morbiditätsorientierung in der Vergütung:

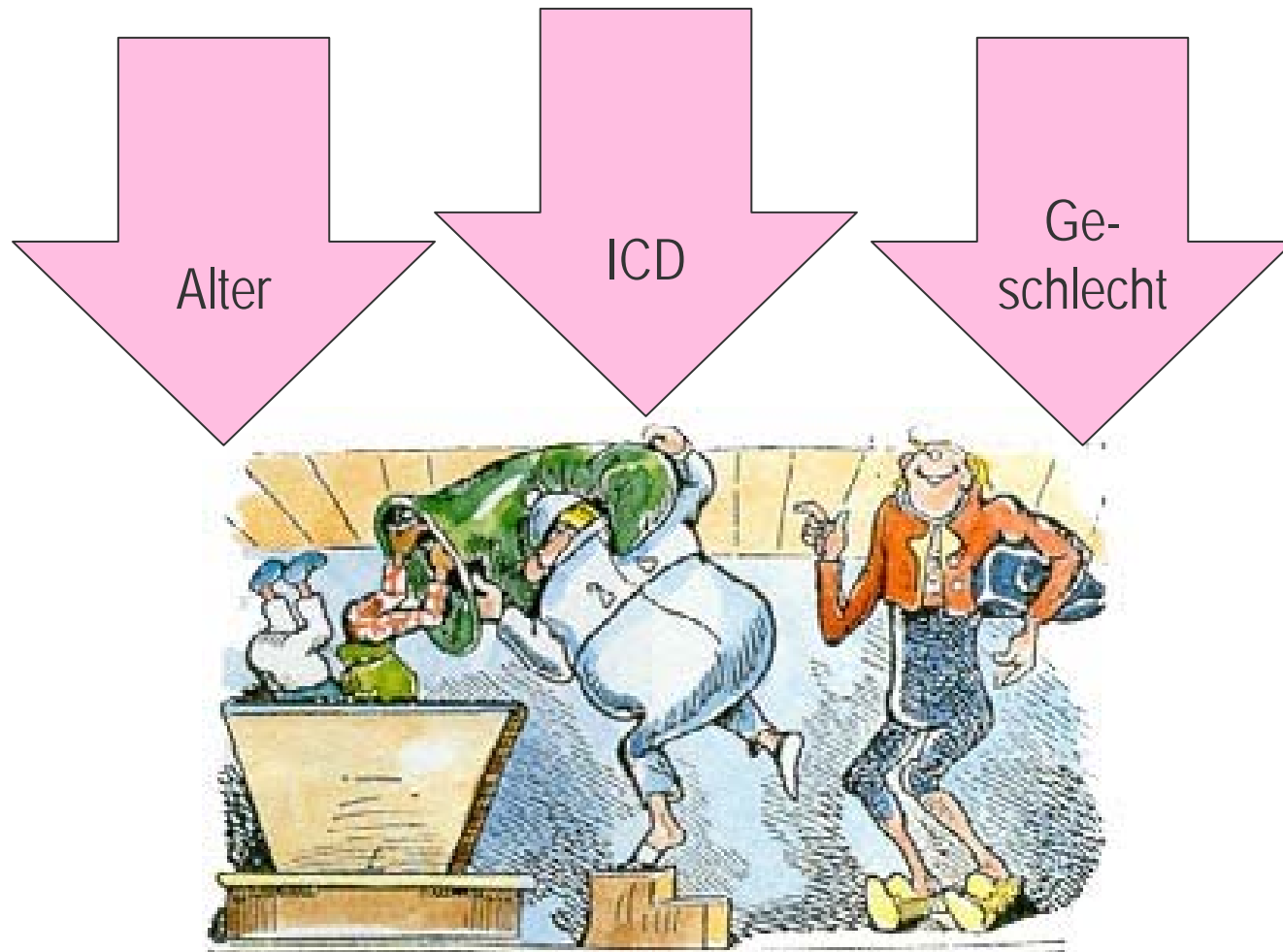
Über Diagnosekodes werden maßgeblich Geldströme im Gesundheitswesen gesteuert.

- Vertragsärztliche Vergütung: Ermittlung von morbiditätsbedingten Veränderungsraten
- Morbi-RSA: Zuteilung Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen

Instrument für beide Bereiche → **Patientenklassifikationssystem (PKS)**

Patientenklassifikationssystem

Grouper-Input KS87a



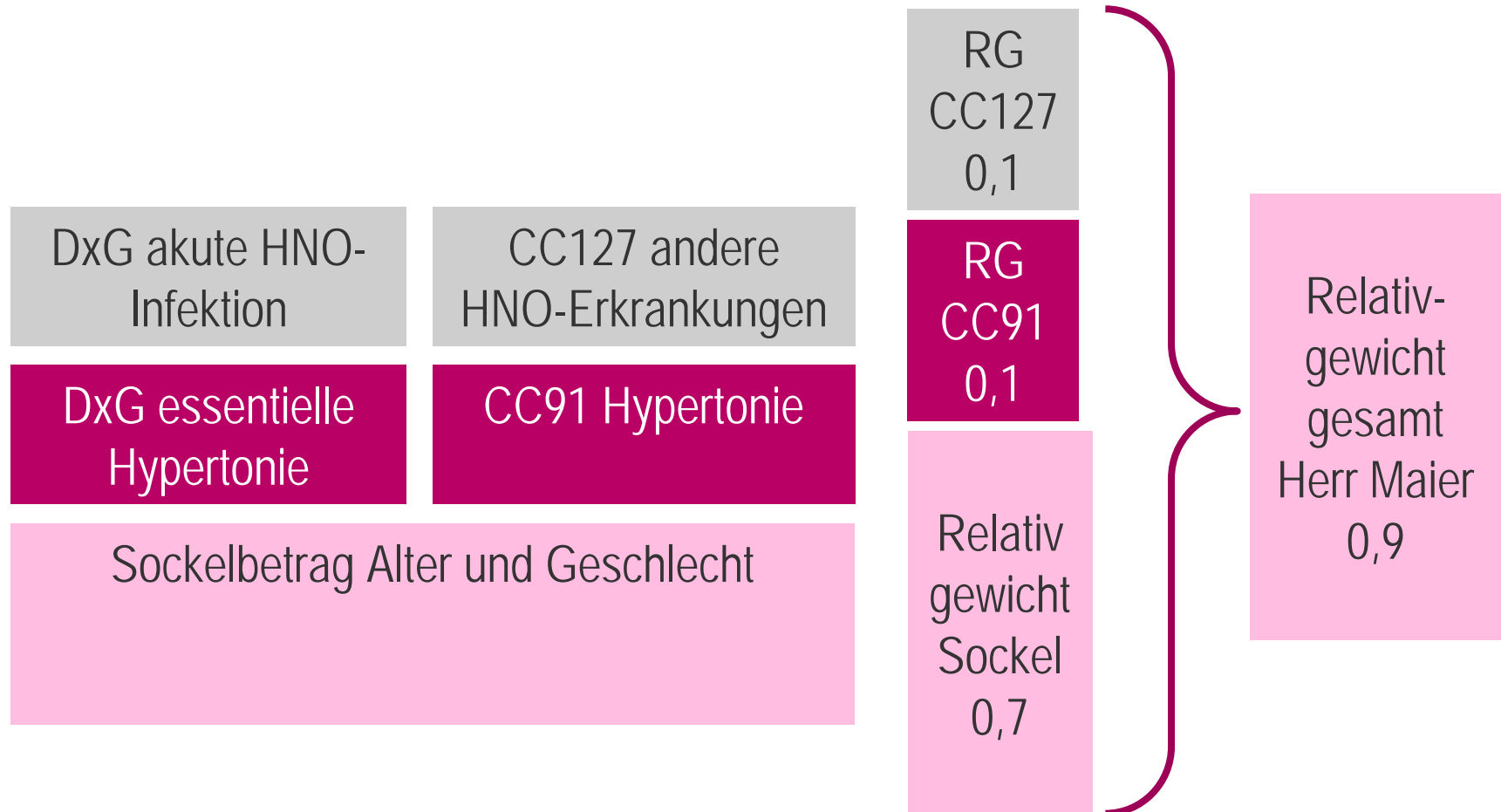
Patientenklassifikationssystem

Grouper-Output



Jeder Versicherte mit seiner speziellen
Kombination aus Alters- und
Risikogruppen

Fallbeispiel KS § 87a: Herr Maier, 56 Jahre, 2007 wegen Hypertonus und Sinusitis behandelt



Ziel von Patientenklassifikationssystemen

1. Zur Berechnung der **Veränderungsrate im ambulanten Sektor** (KS§87a Abs. 5)

bedeutet:

wie viel Behandlungsbedarf **mehr** benötigt der ambulante Sektor im Folgejahr auf Grund der Tatsache, dass sich die Morbidität und das Alter der Patienten geändert hat, sie also älter und/oder kränker geworden sind? (**der Deckel ist somit „offen“**)

2. **Verteilung des Geldes aus dem Gesundheitsfonds** (Morbi-RSA des Bundesversicherungsamtes) an die Kassen

bedeutet:

wie wird das Geld aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen abhängig von der Morbidität und dem Alter der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse verteilt? (**der Deckel ist somit „zu“**)

Gute Gründe für richtiges Kodieren

- ✓ Praxisprofil und Qualität werden transparenter
 - Wie krank sind meine Patienten wirklich?

- ✓ Mehr Zeit
 - Nicht viel kodieren, sondern das Wichtige richtig kodieren!

- ✓ Weniger Kassenanfragen
 - Kodierung und Leistungen bzw. Verordnungen passen zusammen.

Agenda

1. AKR – Sachstand
2. Warum Ambulante Kodierrichtlinien ?
3. Was ist objektiv neu ?
4. Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

Ambulante Kodierrichtlinien

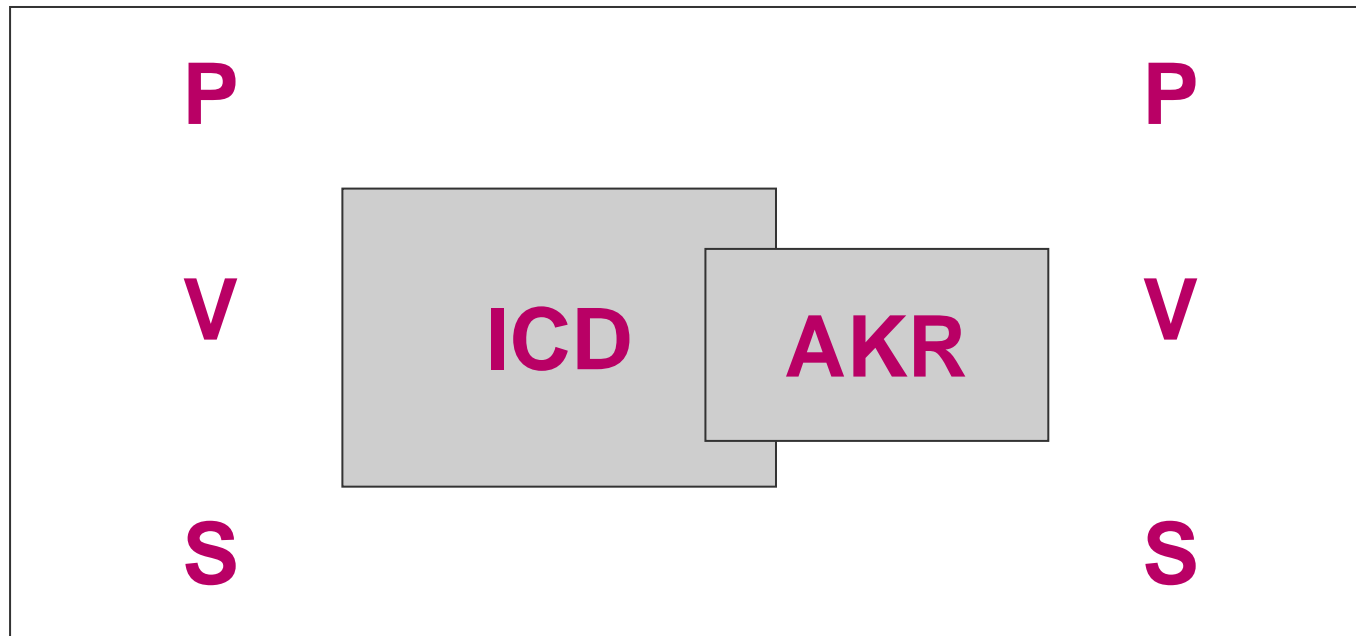
Was werden sie bringen?

„Nichts Neues“

Hilfestellung mit Erläuterungen und Klarstellungen zum Umgang mit der ICD-10-GM im ambulanten Bereich.

Softwareeinbindung AKR – Rückmeldungen von Anwendern

- Für Anwender teilweise schwierig zu erkennen, welche Anzeigen sind „amtlich“ (ICD, AKR) und was ist PVS-Unterstützung (mit Fehlerpotenzial)



Beschluss der Vertreterversammlung vom 3. Dezember 2010

„Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung der KBV zu den Kodierrichtlinien in Bezug auf die Testung in Bayern beantragen wir, im nächsten Halbjahr die Kodierrichtlinien an die **Bedürfnisse der Praxis, insbesondere im hausärztlichen Bereich**, anzupassen und dafür Sorge zu tragen, dass die **Umsetzung in den PVS optimal gestaltet wird.**“

36. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (13. Amtsperiode) am 3. Dezember 2010 in Berlin

TOP 4	Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien
Antrag 4	Überarbeitung der Kodierrichtlinien (Änderung)
von:	Dr. John, Feldmann
KV:	Sachsen-Anhalt, Thüringen

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung der KBV zu den Kodierrichtlinien in Bezug auf die Testung in Bayern beantragen wir, im nächsten Halbjahr die Kodierrichtlinien an die Bedürfnisse der Praxis, insbesondere im hausärztlichen Bereich, anzupassen und dafür Sorge zu tragen, dass die Umsetzung in den PVS optimal gestaltet wird.

Begründung:

Ergebnis dieser Überarbeitung muss sein, dass die Kolleginnen und Kollegen nachvollziehen können, warum die Richtlinien konkret so ausgestaltet wurden und welchem Zweck sie dienen sollen. Darüber hinaus ist eine erhebliche Verbesserung der Handhabung und der technischen Umsetzbarkeit in der Praxis erforderlich.

Zuletzt sei noch erwähnt, dass die Übungsphasen für alle Arztgruppen gleich sein müssen. Sollte es zu einer anderen Systematik für die Hausärzte kommen und der Einführungsstermin 01.07. bleiben, so wären diese durch eine Verkürzung der Vorbereitungszeit durchaus benachteiligt.

Ambulante Kodierrichtlinien Version 2011

Fakten

177 Seiten Gesamtwerk

abzüglich Einleitung, Glossar, Anhang

151 Seiten

abzüglich 152 Praxisbeispiele

116 Seiten

28 Seiten - Allgemeiner Teil - 11 Richtlinien

88 Seiten - Spezieller Teil - 61 Richtlinien

abzüglich Regelungen der ICD-10

21 Seiten reine AKR

9 Seiten - Allgemeiner Teil - 4 Richtlinien

12 Seiten - Spezieller Teil - 32 Richtlinien

Ambulante Kodierrichtlinien Version 2011

Was ist wirklich neu im Vergleich zu den Regeln der ICD-10-GM seit 2000?

Allgemeiner Teil – 4 neue Richtlinien durch AKR

- Grundregeln (A01)
- Behandlungsdiagnosen (A02)
- Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (A03)
- Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen (A07)

Ambulante Kodierrichtlinien Version 2011

Was ist wirklich neu im Vergleich zu den Regeln der ICD-10-GM seit 2000?

Spezieller Teil – Ergänzungen in 32 Richtlinien

- 19 Richtlinien ergänzen ICD-10-Regelungen durch ein Plausibilitätskriterium
z. B. B0100 Hepatitis, B0500 Demenz-Erkrankungen, B0800 Hörverlust
- 4 Richtlinien enthalten ergänzende Regelungen zur 5-stelligen Kodierung
z. B. B0607 Locked-in-Syndrom und Apallisches Syndrom,
B0907 Atherosklerose der Extremitätenarterien
- 9 Richtlinien enthalten u. a. Spezifische Regelungen
z. B. zum Umgang mit Zusatzkennzeichen und Sekundärkodes

 **Alle anderen Regelungen sind nicht neu, sondern aus der ICD-10-GM abgeleitet !**

Ambulante Kodierrichtlinien Version 2011

Kürzung auf die Neuerungen

Herausnahme von

- Einleitung, Anhang, Glossar etc.
- Beispielen
- Regelungen der ICD-10-GM

Reduktion auf **21** Seiten

entspricht **12%** Neuerungen

Fazit

- Objektive Analyse des Umfangs der AKR entspricht nicht der subjektiven Einschätzung des Aufwandes in der Ärzteschaft:
 - Aufwand der einmaligen Bereinigung der Dauerdiagnosen
 - Unzureichende Umsetzung in einigen PVS-Systemen
 - Schulungsbedarf zu den Regelungen der AKR

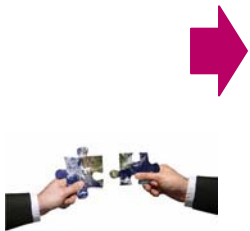


Entscheidend ist die Einschätzung der Ärzteschaft !

Agenda

1. AKR – Sachstand
2. Warum Ambulante Kodierrichtlinien ?
3. Was ist objektiv neu ?
4. Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR



➔ Verbesserungsbedarf hinsichtlich einer anwenderfreundlicheren Implementierung der AKR in die Dokumentations- und Abrechnungssoftware der Praxisverwaltungssysteme

- a. Erleichterung der Anwendung im PVS in der Übergangsphase:
- Praxisindividuelles Ein- und Ausschalten der AKR zum 1. Januar 2011
 - Keine Kodierprüfung im Rahmen des Abrechnungsprüfmoduls bis zum 30. Juni 2011

Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

- b. Überarbeitung der Prüfregeln in der Kodierregelwerkstammdatei zum 1. Januar 2011:
- 17.000 ICD-10-Regeln wurden auf knapp 6.000 AKR spezifische Regeln reduziert.
 - Fehler führen nicht zum Abbruch der Abrechnung (es wird lediglich auf den Fehler hingewiesen), so dass nach sachlich-rechnerischer Berichtigung durch die KV der Widerspruch durch den Arzt möglich ist.

 **Lange Fehlerprotokolle werden gekürzt!**

Die Vereinfachungen wurden von der KBV mehrfach an die KVen kommuniziert.

WAS wissen die Vertragsärzte/-psychotherapeuten ?

Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

- c. Berücksichtigung von Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung
 - Einrichtung einer Arbeitsgruppe im ZI zur Erarbeitung eines Schlagwortverzeichnisses für Hausärzte

Erste Version wurde zum 1. April 2011 fertig gestellt.

➔ Implementierung des Diagnosenkataloges für Hausärzte in die KBV-eigene Kodiersoftware und in die PVS zum **1. Juli 2011**

Einstellung ‚A‘ für „Gesamte ICD“

Plug-in
et Explorer

dbrowser/#

Extras ? Konvertieren Auswählen

isch Deutsch... http--www.mydr KBV - ICD - Willkommen bei ... GKV-Spitzenverband, Krank... DIMDI - ICD-10-GM Version ... Vorgeschlagene S

KBV ICD Browser

(Version 1904) ICD Kod

d parasitäre Krankheiten

und der blutbildenden
rungen mit Beteiligung des

und Stoffwechselkrankheiten

nsstörungen

systems

und der

und des Warzenfortsatzes

ufsystems

ssysteme

ungssysteme

id der Unterhaut

-Skelett-Systeme und des

italsysteme

A Herzinfarkt

AKR	T	Zi	K	Qu	Kode	Bezeichnung
					Z03.4	Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt
					I20.0	Drohender Herzinfarkt
					I21.9	Akuter Herzinfarkt
					I21.9	Herzinfarkt
					I25.29	Alter Herzinfarkt
					I24.8	Mikroherzinfarkt
					I25.29	Ausgeheilter Herzinfarkt
					I25.29	Herzinfarktschwiele
					I25.29	Rudimentärer Herzinfarkt
					I25.29	Zustand nach Herzinfarkt
					Z03.4	Abklärung bei Verdacht auf Herzinfarkt

Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

- c. Berücksichtigung von Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung:
- ⇒ Die Liste von ICD-10-Kodes für Hausärzte soll als dritte Suchmöglichkeit eingebunden werden.
 - ⇒ Bei Auswahl dieser Suchoption werden zur eingegebenen Diagnose primär die im Hausärztekatalog gefundenen Ergebnisse angezeigt.
 - ⇒ Wird dort kein entsprechender Eintrag gefunden, muss das Umsteigen auf die ICD-10-Gesamtversion gewährleistet sein.

Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

- c. Berücksichtigung von Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung
- Derzeit Validierung des Kataloges
 - Entwicklung eines Konzeptes für einen Praxistest des Kataloges
 - Lizenzverhandlungen mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), die derzeit eine exklusive Lizenz zur umfassenden Nutzung der ICPC-2 für Deutschland vom Welthausärzteverband (WONCA) erwirbt

 **Einbindung in die PVS zum 1. Juli 2011 ist dadurch nicht gefährdet !**

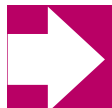
Zur Verfügung gestellte Instrumente für die Kodierung

- ICD-10-GM 2011 Systematisches/Alphabet. Verzeichnis DIMDI
- Ambulante Kodierrichtlinien erstellt durch das InBA
- Informations- und Schulungsmaßnahmen
- ICD RICHTIG KODIEREN der Homepage
 - KBV Wegweiser / Checklisten
 - FAQ
 - ICD-10-Browser
 - E-Learning
- Hotline für KVen
- ZI Kodierhilfe Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)



Erfolgte Maßnahmen zur vereinfachten Anwendung der AKR

- j. ZI-Kodierhilfe (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland)
 - Erarbeitung einer Wissensbasis für insgesamt 80 Krankheiten nach mRSA mit ca. 4000 ICD-10-Codes
 - Auswertung von aktueller Fachliteratur (Standardwerke, Leitlinien, Publikationen, Kodier-RiLi)
 - Was ist für die Vergabe des Codes zwingend notwendig? (Klinische Befunde, Laborwerte, Bildgebung, Histologie)
 - Was ist an weiteren Informationen möglich, aber nicht obligat?
 - Kodierhinweise: Einschluss- und Ausschlusskriterien, Querverweise, Zusatzinformation zum besseren Verständnis



Integration in die PVS zum 1. Juli 2011!

Weg zum „ICD RICHTIG KODIEREN“ der KBV

Startseite der KBV



[About us](#)
[Presse-Info](#)
[Patienten-Info](#)
[Glossar](#)
[Hilfe](#)

Willkommen bei der KBV!

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene. Als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist sie eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.



Themen-Spezial (öffnet in neuem Fenster)

[Einstieg](#)
[Top-Themen](#)
[Top-Suchbegriffe](#)

[Ärztmangel](#)
[Arzneimittel \(AIS\)](#)
[Arztsuche](#)
[Qualität](#)
[Politik](#)

[EBM](#)
[IT in der Arztpraxis \(ITA\)](#)
[Statistik](#)
[Pressemitteilungen](#)

Suche

[Erweiterte Suche](#)

Filmipp auf KV-on

[Ausgabenvolumen für Arznei- und Heilmittel für 2011 stehen fest. Müller erklärt warum er dennoch mit dem Ergebnis nicht zufrieden ist.](#)

[Installieren Sie das Flash-Plugin um den Film sehen zu können.](#)

[Weitere Videos](#)

[Pressemitteilung vom 19. Oktober 2010](#)

Linktipp

[Hier finden Sie den Arzt oder Psychotherapeuten in Ihrer Nähe!](#)

ARZTSUCHE

[Online-Anbindung](#)
Ihre Praxis im sicheren Netz der KBV

- Startseite
- Aktuell
- Die KBV
- Mediathek
- Politik
- Rechtsquellen
- Service
- Themen A-Z
- Übersicht
- Archiv
- Kontakt
- Karriere

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit