

Die neuen Ambulanten Kodierrichtlinien Praktische Tipps und Alltagshintergründe



Hauptstadtkongress, Berlin, den 13.05.2011

Dr. Christian Schulze, Facharzt für Allgemeinmedizin

Vorsitzender der Ärztevereine KH Stadt und Land

Mitglied der VV LÄK RLP und BÄK Koblenz

Praktische Tipps zu den AKR

- Was ist Medizin?
- Wieso ist Codieren schon immer wichtig gewesen?
- Wie stelle ich es bei mir zu hause um auf die AKR?
- Was ändert sich?

Was ist Medizin?

The Art of Medicine is to amuse the patient while Nature is curing him.

Voltaire

Was wird heute gefordert in der Medizin?

- Richtige Diagnose stellen
- Wichtige Diagnose nicht übersehen
- Zielgerichtete & Leitliniengerechte Therapie
- (ohne Regressangst und mit plausibler Darstellung)
- (ohne juristische Komplikationen/Kunstfehler)
- So viel wie nötig, so wenig wie möglich

...weil die Ressourcen im System wie bekannt begrenzt sind...

Praktische Tipps zu den AKR

- Was ist Medizin?
- Wieso ist Codieren schon immer wichtig gewesen?
- Wie stelle ich es bei mir zu hause um auf die AKR?
- Was ändert sich?

Was geschah in der Vergangenheit wegen schlechter Kodierqualität?

- Rheinland-Pfalz & Nordrhein-Westfalen gehörten bereits **2007** zu den **Verlierern bei der Reform des EBM mit 4-8%** Verlust an Honorar für die Vergütung der Ärzte
- Warum?
- Weil schlecht verschlüsselt wurde!
- Weil die Diagnosen als Grundlage für die Morbiditätserhebung heran gezogen wurden
- Geregelt wird dies (schon immer) durch den **Risikostrukturausgleich (RSA)**
- In der Presse war nur von Gewinn zu lesen!

Was stand schon früher im SGB5 §295

...Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln...

Der ICD 10 umfasst: **über 16000 Diagnosen**

Ähnliches gilt schon immer für Krankenhäuser im **§301 SGB5**

CodA (Codierung Allgemeinmedizin) ist eine Transformation der **ICPC10 in den ICD: 800 Diagnosen**

ES WIRD EIGENTLICH EINFACHER & alltagstauglicher dank weniger Diagnosen!

Hilfe! Alles wird anders?

FALSCH!!!!!!!!!!

Richtig ist:

- Die ICD wird genauso wie bisher genutzt!
- Die Zusatzkennzeichen bleiben identisch!
- Die Definition der Behandlungsdiagnose bleibt identisch! Es wird zur Abrechnung **wie schon immer** nur übermittelt, was direkt oder indirekt Behandlungsaufwand verursacht hat.

Praktische Tipps zu den AKR

- Was ist Medizin?
- Wieso ist Codieren schon immer wichtig gewesen?
- Wie stelle ich es bei mir zu hause um auf die AKR?
- Was ändert sich?

Am Anfang steht das passende Update online zum runterladen oder als DVD

Herzlich Willkommen zum ALBIS Online Update

Praxis Dr. med.

Falls Sie in Zukunft die Information über eine andere E-Mail-Adresse, eine neue E-Mail-Adresse bitte Aktualisierung erst mit

Meine neue Email-Adresse:

Ihre aktuelle

Ihre Version der M

Folgende(s) L

- ALBIS 10.10.041 Client/Server
- Medikamentendatenbank
- ifap praxisCENTER 2.10.0.335 [info](#)
- DMP-Assist Version 4.83 [info](#)

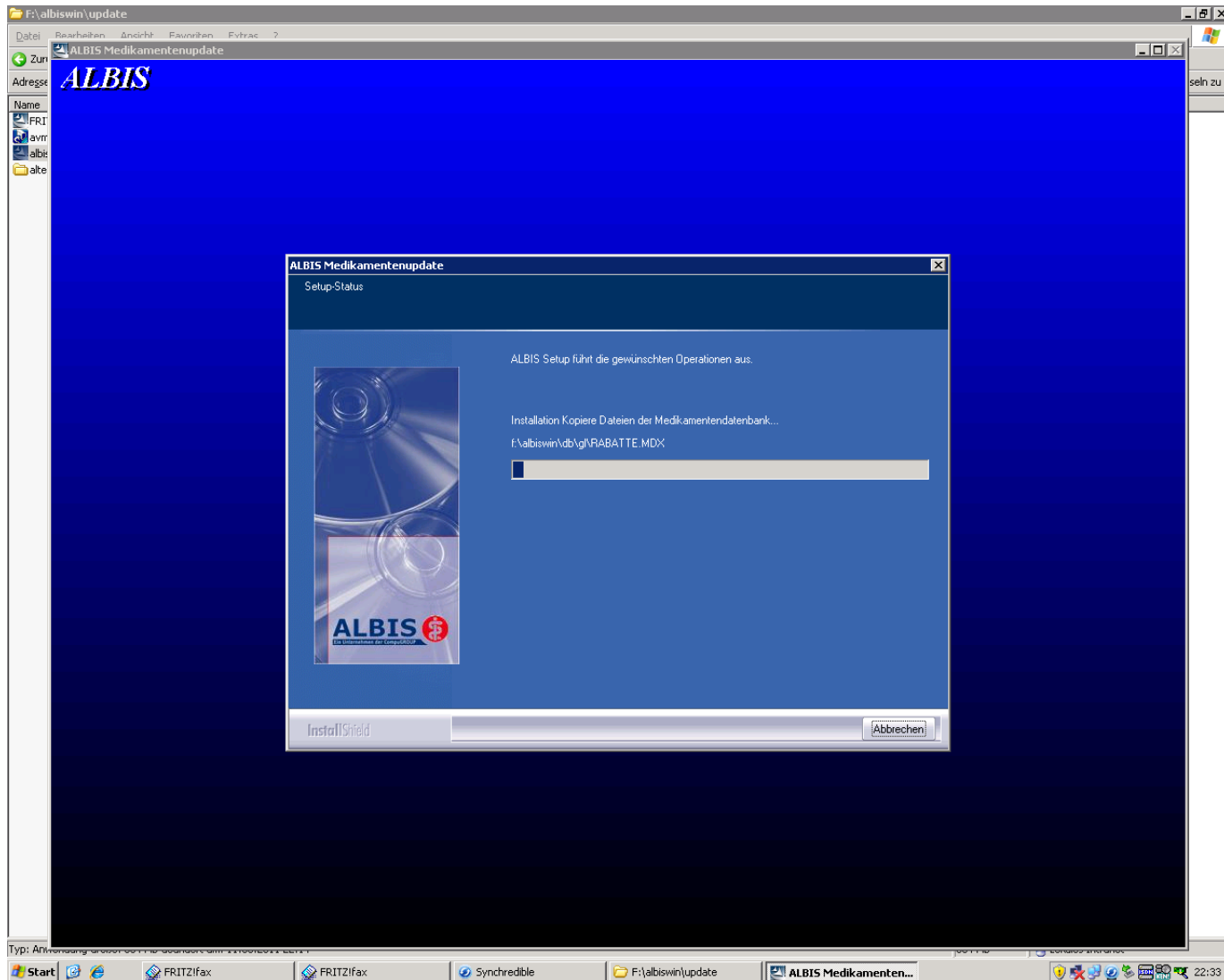
Download

Hinweis: Die Dateien bitte in das Verzeichnis f:\albiswin\update herunterladen.

Schließen Sie bitte nach Beenden des(r) Download(s) den Internet Explorer!

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen ALBIS Servicepartner.

Update einspielen, vorher Datensicherung, dann: Installation war erfolgreich



Aktivierung der AKR

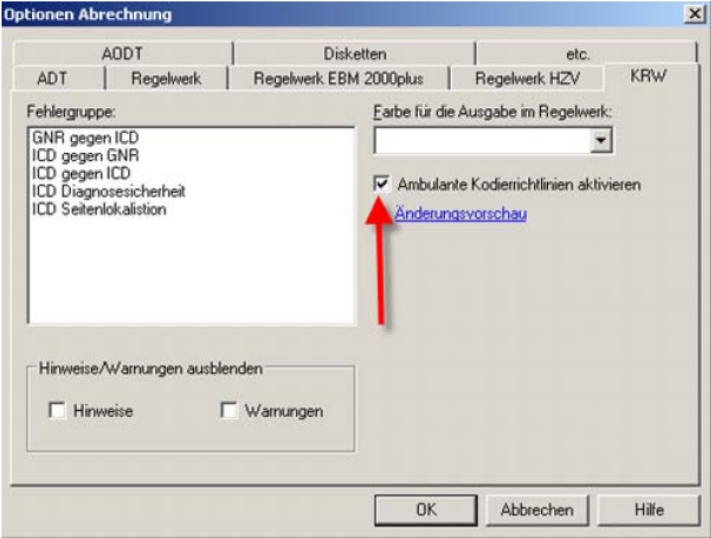
DokumentationALBIS1000.pdf - Adobe Reader

Datei Bearbeiten Anzeige Dokument Werkzeuge Fenster Hilfe

6 / 41 133% Suchen

1.1.2 Aktivierung

Unter **Optionen Abrechnung** auf dem Reiter **KRW** und Setzen des Hakens bei **Ambulante Kodierrichtlinien aktivieren** haben Sie die Möglichkeit, die ambulanten Kodierrichtlinien zu aktivieren.



Hinweise/Warnungen ausblenden

Hinweise Warnungen

OK Abbrechen Hilfe

1.1.3 Deaktivierung

Ebenso haben Sie die Möglichkeit bis zum **30.06.2010** die Kodierrichtlinien jederzeit wieder zu deaktivieren. So können Sie sich frühzeitig mit den neuen Funktionalitäten vertraut machen.

Um die Kodierrichtlinien wieder zu deaktivieren entfernen Sie bitte den Haken bei **Ambulante Kodierrichtlinien aktivieren** auf dem Dialog **Optionen Abrechnung**, welchen Sie über den Menüpunkt **Optionen Abrechnung** erreichen.

Praktische Tipps zu den AKR

- Was ist Medizin?
- Wieso ist Codieren schon immer wichtig gewesen?
- Wie stelle ich es bei mir zu hause um auf die AKR?
- Was ändert sich?

Behandlungsdiagnosen

- Wann sind die Kriterien für die Angabe einer Behandlungsdiagnose erfüllt?
 - bei direkter Diagnostik und Therapie einer Krankheit

Aber:

- auch bei erbrachter Beratungsleistung
- bei Verordnungen von Arzneimitteln und/oder Heil- und Hilfsmitteln z. B. orthopädisches Schuhwerk
- Berücksichtigung in Zusammenhang mit weiteren Erkrankungen, z.B. bei der Auswahl eines Medikaments bei Unverträglichkeiten

Bsp: ACE Hemmer/Ramipril Verordnung

- Mögliche Diagnosen:
 - Niereninsuffizienz
 - Hypertensive Herz- & Nierenkrankheit
 - Herzinsuffizienz
 - Hypertonie
 - Diabetes mellitus
- D.h. mit dem Ausstellen eines Rezepts sind diese Diagnosen alle plausibel!

„Codiertiefe“ hängt von der Ausstattung der Praxis ab!

- **03212 Chronikerkomplex**, setzt ein Spirometer als Ausstattung voraus, d.h.
- COPD kann entsprechend der FEV1 diagnostiziert werden beim Hausarzt:

■ Gold1: >70%	J44.90	986 € RSA
■ Gold 2: 50-70%	J44.91	
■ Gold 3: 35-50%	J44.92	
■ Gold 4: <35%	J44.93	3648 € RSA

plus respiratorische Insuffizienz
- Urologen mit Urodynamik sollten exakte Harninkontinenz beschreiben und diagnostizieren!

Definition der Behandlungsdiagnose

Nicht zu übermitteln sind:

- Anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal
- Dauerdiagnosen, die im abzurechnenden Quartal nicht behandelt wurden
- Abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik oder Therapie

Die „Kleine Liste“

ALBIS - [Terminkalender]

Patient Formular Extern Abrechnung Privat IGeL Statistik Stammdaten Optionen Ansicht ?

Christian Labor Infusion/Funktion Bockenau Nicole Tagesübersicht Wochenübersicht

Donnerstag, 12. Mai

KW Mo Di Mi Do Fr Sa So
 17 25 26 27 28 29 30 1
 18 2 3 4 5 6 7 8
 19 9 10 11 12 13 14 15
 20 16 17 18 19 20 21 22
 21 23 24 25 26 27 28 29
 22 30 31 1 2 3 4 5

Heute Suchen...
 Löschen Verschieben...
 Aktualisieren
 << Patient
 (kein aktueller Patient)
 Termine des Patienten
 12.05.2011 - 12.05.2012
 Aktualisieren
 Drucken

Diagnose

Sortiert nach
 Diagnose ICD-Code Kürzel

Gruppenfilter: Anpassen

Alle anzeigen

Ambulante Kodierrichtlinien anzeigen

Diagnose: 53/230
 Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend

ICD: I25.22 Notation:

Kürzel: ALTYMYD

Für Dauerdiagnosen freigeben
 EBM 2000plus-Vorschlag:

EBM 96-Vorschlag:

GOÄ u. BG/JUV-GOÄ-Vorschlag:

Gruppierung:

Diagnosenliste:

- (7079) Kleine Diagnosenliste
- (6936) Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend
- (6936) ACE-Hemmer-Husten
- (1239) Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index (BMI) nicht näher bezeich
- (8085) Akne, sonstige
- (8085) Akupunktur als Wunschleistung
- (2435) Akute eitrige Otitis media
- (6480) Akute Laryngitis
- (6480) Akute Sinusitis maxillaris
- (6480) Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
- (6480) Allergie durch Insektenstich
- (6480) Allergie n.n.b
- (6480) Allergische Rhinopathie durch Pollen
- (6936) Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend
- (586) Anämie
- (586) Anfrage der PKV wegen eines Patientenfalls
- (592) Angeborene solitary Nierenzyste
- (592) Angeborene solitary Nierenzyste
- Blaesy, Asthma Bronchiale
- Ballenhohlfuß
- Basazellkarzinom

Buttons: Ok, Neu, Übernehmen, Aus ICD-10 übernehmen..., Suchen, Kopieren, Rückgängig, ICD in Dauerdiagnosen..., Weitersuchen, Ändern, Liste, Mit ICD-10 versehen..., Löschen, ICD-10 Code prüfen...

07 :40
:50
:00 (7079) Kleine Diagnosenliste
:10
:20
:30 (6936) Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend
:40 (6936) ACE-Hemmer-Husten
:50 (1239) Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index (BMI) nicht näher bezeich

08 :00 (8085) Akne, sonstige
:10 (8085) Akupunktur als Wunschleistung
:20 (2435) Akute eitrige Otitis media
:30 (6480) Akute Laryngitis
:40 (6480) Akute Sinusitis maxillaris
:50 (6480) Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
:00 (6480) Allergie durch Insektenstich
:10 (6480) Allergie n.n.b
:20 (6480) Allergische Rhinopathie durch Pollen
:30 (6936) Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend
:40 (586) Anämie
:50 (586) Anfrage der PKV wegen eines Patientenfalls
:00 (592) Angeborene solitary Nierenzyste
:10 (592) Angeborene solitary Nierenzyste
:20 Blaesy, Asthma Bronchiale
:30 Ballenhohlfuß
:40 Basazellkarzinom

09 :00
:10
:20
:30
:40
:50

10 :00 Puffer
:10
:20
:30 (1005)
:40
:50
:00 (8085)
:10
:20
:30
:40
:50

11 :00 Abfahrt
:10
:20
:30
:40
:50

12 :00
:10
:20
:30
:40
:50

13 :00
:10
:20
:30
:40 Abflug ab Frankfurt 13:40 Terminal 2
:50

14 :00
:10
:20
:30
:40

Selektion: 06:40 bis 06:50

2 | 1/11 12.05.2011

„Es dürfen keine Dauerdiagnosen mehr weitergegeben werden.“

FALSCH!!!!!!!!!!

Richtig ist:

Dauerdiagnosen bei Chronikern sind absolut sinnvoll!

- Aber:
 - Akutdiagnosen wie Grippe und Pneumonie gehören nicht zu den Dauerdiagnosen.
 - Nur Dauerdiagnosen, die tatsächlich die Behandlung im Abrechnungsquartal beeinflusst haben, dürfen übermittelt werden.

Fazit: Die Dauerdiagnosen müssen einmal initial bei der Umstellung auf AKR „aufgeräumt“ werden.

Dauerdiagnosen Behandlung/Anamnese

AKRInfoblatt.pdf - Adobe Reader

Datei Bearbeiten Anzeige Dokument Werkzeuge Fenster Hilfe

1 / 1 133% Suchen

Ambulante Kodierrichtlinien

Was ändert sich?

Erfassung von Dauerdiagnosen

Dauerdiagnosen müssen in anamnestische und behandlungsrelevante Dauerdiagnosen kategorisiert werden.

Einfügen Dauerdiagnosen

KRW	Arzt	Datum	Dauerdiagnose
anamnestisch	d	18.07.2010	Nervosität, G. (R45.0G)
Behandlung	d	18.07.2010	Anämie durch Glukose-E-Phosphat-Dehydrogenase(G6PD)-Mangel, G. (D55.0G)
anamnestisch	d	18.07.2010	Urticaria mechanica, G. (L50.4G)
anamnestisch	d	18.07.2010	Abhängigkeitssyndrom bei Gebrauch von Opioiden, G. (F11.2G)
Behandlung	d	18.07.2010	Instabile Angina pectoris, G. (I20.0G)
Behandlung	d	18.07.2010	Exfoliative Dermatitis, G. (L26G)
anamnestisch	d	18.07.2010	Multiple Sklerose mit vorherrschend schukförmigem Verlauf, G. (G35.1-G)

OK Abbruch Auswahl umkehren Markierte in Behandlung ändern Markierte in anamnestisch ändern

anamnestische Dauerdiagnosen = Dauerdiagnosen, die nicht regelhaft in jedem Behandlungsfall Leistungen erzeugen, wie z.B. Allergien.

behandlungsrelevante Dauerdiagnosen = Dauerdiagnosen, die regelhaft in jedem Behandlungsfall Leistungen erzeugen.

Nach Vorgabe der KBV sind alle Dauerdiagnosen initial als anamnestisch gekennzeichnet.

„Sobald das PVS „scharf“ geschaltet ist, **muss** man die Dauerdiagnosen „aufräumen“.“

Richtig.....

Aber:

- Wenn man die Zeit dazu hat, räumt man die Dauerdiagnosen auf (durch „Anklicken“ werden nur die Diagnosen aus der alten „Dauerdiagnoseliste“ in die neue übernommen, die „echte“ Dauerdiagnosen sind)
- **Wenn man keine Zeit dazu hat,** kann man
 - Einfach erstmal nur die Akutdiagnosen eingeben...

Pat.-Nr. 1231
Geburtsdatum (Alter) 01.01.1911 (100)
Name, Vorname, Geschlecht Test, b (m)
Adresse Strasse 55595 Bockenu
Tel. :
Arbeitgeber -
Hausarzt -
Kontrolltermine:
Termine:

Pat.-Nr. 1231
Geburtsdatum (Alter) 01.01.1911 (100)
Name, Vorname, Geschlecht Test, b (m)
Adresse Strasse 55595 Bockenu
Tel. :
Arbeitgeber -
Hausarzt -
Kontrolltermine:
Termine:

Status: Mitglied (E-GO), West
Krankenkasse BARMER GEK
Vers.-Nr. 11
Einlesedatum (Gültig) fehlt (-)
Entfernung -
Zuständiger Arzt Dr. med. Christian Schulze

Dauerdiagnosen:
Allergien:
Cave:
Dauermedikation:
Patientengruppe:
Antikoagulantien-Pass:
Diagnose: Medikament:
Datum QuickWert INR Wochen- Mo Di Mi
(%) Wert Dosis

alle			
1	30.11.1993	medrp	Decortin H Tbl. zu 5mg 100,0 [ohne Rezept]*
1			Furorese Tbl. N2 [ohne Rezept]*
1			Ludiomil Filmtbl. zu 25mg N2 [ohne Rezept]*
1			Azuglucon Tbl. zu 3,5mg N3 [ohne Rezept]*
1			Cibacalcin (2x5) Amp. zu 0,5mg 10,0 [ohne Rezept]*
1			Isoptin RR Retardtbl. N2 [ohne Rezept]*
1	02.12.1993	medrp	Berodual x 15ml Dosier-Aerosol 2,0 [ohne Rezept]*
1			Flunitrazepam-ratiopharm 2 N2 Tbl.20 [ohne Rezept]*
1			Nitrolingual Fl. Pumpspray 1,0 [ohne Rezept]*
1			Isoptin RR Retardtbl. N2 [ohne Rezept]*
1	15.07.2009	brief	Verordnungsplan
1			Verordnungsplan
1			AdressD.doc
1			Verordnungsplan
2	09.09.2010	fub	unbestimmt
2	11.05.2011	d	Hypertonie, G. (I10.00G); Sonstige primäre Gonarthrose, bds., G. (M17.1...
2	11.05.2011		

alle				
1	30.11.1993	medrp	Decortin H Tbl. zu 5mg 100,0 [ohne Rezept]*	
1			Furorese Tbl. N2 [ohne Rezept]*	
1			Ludiomil Filmtbl. zu 25mg N2 [ohne Rezept]*	
1			Azuglucon Tbl. zu 3,5mg N3 [ohne Rezept]*	
1			Cibacalcin (2x5) Amp. zu 0,5mg 10,0 [ohne Rezept]*	
1			Isoptin RR Retardtbl. N2 [ohne Rezept]*	
1	02.12.1993	medrp	Berodual x 15ml Dosier-Aerosol 2,0 [ohne Rezept]*	
1			Flunitrazepam-ratiopharm 2 N2 Tbl.20 [ohne Rezept]*	
1			Nitrolingual Fl. Pumpspray 1,0 [ohne Rezept]*	
1			Isoptin RR Retardtbl. N2 [ohne Rezept]*	
1	15.07.2009	brief	Verordnungsplan	
1			Verordnungsplan	
1			AdressD.doc	
1			Verordnungsplan	
2	09.09.2010	fub	unbestimmt	gedruckt
2	11.05.2011	d	Hypertonie, G. (I10.00G); Sonstige primäre Gonarthrose, bds., G. (M17.1...	
2	11.05.2011			

Wie im Straßenverkehr!

DokumentationALBIS1000.pdf - Adobe Reader

Datei Bearbeiten Anzeige Dokument Werkzeuge Fenster Hilfe

10 / 41 133% Suchen

Update Dokumentation

Folgende Status sind möglich:

- Kein Status
- Alles ok
- Hinweise
- Warnung
- Fehler

Hinweis: Angezeigt wird immer der schlechteste Status den ein Patienten hat.

1.2 Früherkennungs-Koloskopie

Mit diesem Update erhalten Sie die aktuellen Änderungen der KBV für die elektronische Abrechnung der Früherkennungs-Koloskopie Dokumentationen für das Quartal 1 / 2011.

1.3 Hautkrebs-Screening

Mit diesem Update erhalten Sie die aktuellen Änderungen der KBV für die elektronische Abrechnung der Hautkrebs-Screening Dokumentationen für das Quartal 1 / 2011.

A03 Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit

Verdachtsdiagnose „V“, solange eine Behandlungsdiagnose weder gesichert noch ausgeschlossen werden konnte.

Gesicherte Diagnose „G“, wenn der Arzt sie nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen sichern konnte.

Ausgeschlossene Diagnose „A“, wenn das Vorliegen einer bestimmten Diagnose, für die es primär einen Verdacht gab, ausgeschlossen werden konnte.

Zustand nach „Z“, wenn die betreffende Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt.

Gesicherte Diagnose „G“

Eine Behandlungsdiagnose erhält dann das Zusatzkennzeichen „G“, wenn sie der Arzt nach den **gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen** sichern konnte!

Die Entscheidung zwischen den Zusatzkennzeichen „V“ oder „G“ bei der Kodierung einer Behandlungsdiagnose ist zugunsten des Zusatzkennzeichens „G“ zu treffen, wenn zwar die Grundsätze zu dessen Vergabe nicht vollständig erfüllt sind, aber eine spezifische Therapie dieser Erkrankung durchgeführt wird, als wäre die Diagnose gesichert.

Gesicherte Diagnose „G“ Beidseits „B“

Beispiel:

Ein Patient nimmt wegen einer Gonarthrose re. nichtsteroidale Antiphlogistika ein. Aktuell stellt er sich mit den klassischen Zeichen einer Gastritis bei seinem Hausarzt vor. Er erhält einen H2-Blocker. Auf eine endoskopische Untersuchung wird verzichtet.

- M17.5 G sonstige sekundäre Gonarthrose **bds.**
- K29.1 G sonstige akute Gastritis
- M17.1 G Sonstige primäre Gonarthrose **bds.**
- **Wenn bds. in der Diagnose ist nicht mehr B zusätzlich!**

„Es muss zusätzliche Diagnostik gemacht werden, damit eine Diagnose überhaupt kodiert werden darf!“

FALSCH!!!!!!!

Richtig ist:

Die Kodierung folgt dem ärztlichen Handeln **und niemals umgekehrt!**

- In den AKR finden sich einige wenige so genannte „Plausibilitätskriterien“, die für bestimmte Codes gefordert werden. Dies bezieht sich auf die „Sicherung der Erstdiagnose“ und betrifft praktisch immer medizinische Selbstverständlichkeiten, z.B.:
 - Hepatitisserologie bei Hepatitiskodierung

Ausschließlich der behandelnde Arzt entscheidet, was er kodiert. Bei eindeutiger Begründung kann er vom Plausibilitätskriterium abweichen (z.B. wenn eine Untersuchung durchgeführt wird, die im Plausibilitätskriterium nicht benannt, jedoch gleichwertig ist).

„Symptome dürfen nicht mehr kodiert werden“

FALSCH!!!!!!!!!!

- Richtig ist, dass Symptome nicht kodiert werden **müssen**, wenn die sie verursachende Erkrankung bekannt ist und kodiert wird.
- Sie sollten immer kodiert werden, wenn sie zusätzlich Aufwand verursachen

oder

- Sie können kodiert werden, wenn die zu Grunde liegende Erkrankung bisher nicht gesichert ist
- **Bestes Beispiel: R42 Schwindel!**
- **Symptome verschwinden auch wieder, manchmal muss man einfach nur WARTEN!**

„Es darf nur noch „G“ kodiert werden, weil alle anderen Codes kein Geld mehr bringen!“

FALSCH!!!!!!!!!!

Richtig ist:

- Über die Zusatzkennzeichen wird der diagnostische Prozess abgebildet, dies bleibt unverändert!
- Aber die ICD bietet oft spezifische Codes an für:
 - Zustand nach einer Erkrankung
 - Folgen einer Erkrankung
 - Symptome einer Erkrankung

die mit dem Zusatzkennzeichen G kodiert werden können.

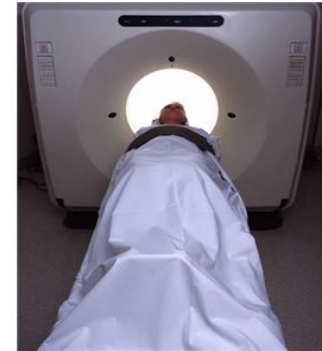
- ✓ Die AKR listen in Anhang 1 auf, wann welche dieser Codes verwendet werden sollen, damit niemand suchen muss.

Verbleibende Krankheitssituation

Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Gibt es einen **spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation**, z. B. „Rest- oder Folgezustände“ einer früheren Erkrankung, dann nehmen Sie diesen. Der Kode erhält das Zusatzkennzeichen „**G**“ (**nicht „Z“**).
- Gibt es in der ICD-10-GM **keinen Kode, der die verbleibende Krankheitssituation sachgerecht beschreibt**, dann wählen Sie weiterhin den ICD-Kode für die akute Erkrankung aus. Der Kode erhält das Zusatzkennzeichen „**Z**“. **Solche Krankheiten können in manchen Programmen, z.B. Albis als anamnestische Diagnose hinterlegt werden in den Dauerdiagnosen!**

B0603 Schlaganfall, TIA und andere zerebrovaskuläre Krankheiten



Beispiel:

Ein Patient erlitt einen Hirninfarkt mit schlaffer Hemiplegie und Aphasie. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus kommt er zur Weiterbehandlung in die neurologische Praxis.

Behandlungsdiagnosen:

I63.3 G L	Hirninfarkt zerebraler Arterien	600€
G81.0 G R	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	1000€
R47.0 G	Dysphasie und Aphasie	

Liegt anamnestisch ein Schlaganfall mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen vor:

169.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit „G“

B0603 Schlaganfall, TIA und andere zerebrovaskuläre Krankheiten

Kodiertipp zu den Folgezuständen nach Schlaganfall:

Tauschen Sie bei allen Patienten, bei denen in den Dauerdiagnosen eine Schlaganfalldiagnose mit dem Zusatzkennzeichen ‚Z‘ kodiert ist (I60.- bis I64.-) **und die noch unter Folgeerscheinungen leiden** diese gegen den entsprechenden Kode aus I69.- aus:

I60.- Z wird ausgetauscht in I69.0 G

I61.- Z wird ausgetauscht in I69.1 G

I62.- Z wird ausgetauscht in I69.2 G

I63.- Z wird ausgetauscht in I69.3 G

I64.- Z wird ausgetauscht in I69.4 G

Wichtig: kodieren Sie auch die entsprechende Folgeerscheinung

B0603 Schlaganfall, TIA und andere zerebrovaskuläre Krankheiten

Solange der akute Schlaganfall behandelt wird, ist bis zu 12 Monate lang eine Schlüsselnummer aus I60.- bis I64 zu kodieren. Ergänzend sind die jeweils passenden ICD-Kodes für die aktuellen Defizite zu verschlüsseln, sofern sie die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen. Nach 12 Monaten wird auf einen Kode aus I69.- umgestellt.

Schlaganfall

- I60.-Subarachnoidalblutung
- I61.-Intrazerebrale Blutung
- I62.-Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
- I63.-Hirninfarkt
- I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Defizite

- G81.- Hemiparese und -plegie
- G82.- Paraparese und -plegie
- R13.- Dysphagie
- R47.0 Dysphasie und Aphasie
- H53.4 Gesichtsfelddefekte (Hemianopsie)
- R29.5 Neglect

B0902 Myokardinfarkt und chronisch ischämische Herzkrankheit

Beispiel:

Ein Patient hat vor sechs Wochen (im vergangenen Quartal) einen Myokardinfarkt erlitten und war deshalb in stationärer Behandlung. Es wurde in der Klinik eine koronare Ein-Gefäß-Erkrankung festgestellt und mit Stent versorgt. Er kommt jetzt zur Beratung und Medikamentenverordnung in die Praxis.

Behandlungsdiagnosen:

- I25.11 G Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung

Kodierung alt:

- I21.1 Z Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand

Kodierung neu:

- I25.20 G Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend

B0902 Myokardinfarkt und chronisch ischämische Herzkrankheit

Kodierung **alt**:

▪ I21.1 Z Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand

→ **Kein Zuschlag** im Risikostrukturausgleich, weil keine gesicherte Diagnose.

Kodierung **neu**:

▪ I25.22 G Alter Myokardinfarkt: länger als 1 Jahr zurückliegend

→ **Zuschlag** Risikostrukturausgleich 684 € im Jahr.

B0902 Myokardinfarkt und chronisch ischämische Herzkrankheit

Kodiertipp zum alten Herzinfarkt

Tauschen Sie bei allen Patienten, bei denen in den Dauerdiagnosen eine Herzinfarktdiagnose mit dem Zusatzkennzeichen ‚Z‘ kodiert ist (I21.- und I22.-) diese gegen den entsprechenden Code aus I25.- aus:

I25.2- Alter Myokardinfarkt

Inkl.: Abgeheilter Myokardinfarkt Zustand nach Myokardinfarkt, der durch EKG oder andere spezielle Untersuchungen diagnostiziert wurde, aber gegenwärtig symptomlos ist

I25.20 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend

I25.21 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend

I25.22 1 Jahr und länger zurückliegend

I25.29 Nicht näher bezeichnet (falls stummer Infarkt)

„Fünfstellige Kodierung wird Pflicht, auch für Hausärzte.“

FALSCH!!!!!!!!!!

Richtig ist:

- Hausärzte immer und Fachärzte außerhalb ihres Fachgebietes dürfen weiterhin vierstellig kodieren.
- Die AKR definieren allerdings Ausnahmen, damit Risikoklassen im ambulanten Klassifikationssystem bzw. im mRSA sachgerecht zugewiesen werden können.
 - pAVK (mit und ohne Ulcus bzw. Gangrän)
 - Höhe der Querschnittslähmung (Übernahme der Facharzt Diagnosen sinnvoll)
 - Apallisches Syndrom
 - Lokalisation bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

„Man darf keine unspezifischen Codes mehr übermitteln (vierte Stelle .9).“

FALSCH!!!!!!

Richtig ist

- Im vertragsärztlichen Bereich **muss** man ggf. den unspezifischen Code kodieren, z.B. weil der spezifische Code nur mit großem diagnostischen Zusatzaufwand zu ermitteln wäre, für die Therapie an sich aber keinerlei Rolle spielt.

Allerdings ist es schon unplausibel, wenn

- Der Diabetologe nicht weiß, ob es sich um einen Typ I oder Typ II Diabetes handelt...
- Der Unfallchirurg gerne mal eine „nicht näher bezeichnete Verletzungen an nicht näher bezeichneter Stelle“ behandelt...
- usw.

Richtiges Kodieren bringt Geld

Unterschiedliche Codes bedingen unterschiedliche Zuschläge!

Ungenauigkeit kann zu erheblichen Geldverlusten führen!

Beispiele:

Diabetiker mit Nierenkomplikation

Falsch: „Diabetes n. n. bez.“ 632 €/ Jahr

Richtig: „Diabetes mit Nierenkomplikationen“ 2.470 €/ Jahr

Dialysestatus 38.400€/ Jahr

pAVK mit Gangrän

Falsch: vierstellig 347 €/ Jahr

Richtig: fünfstellig 4.765 €/ Jahr

Apoplex vor drei Jahren mit aktuellem Behandlungsbedarf

Falsch: Apoplex mit „Z“ für Zustand nach kein Zuschlag!

Richtig: Folgen zerebrovaskulärer Erkrankung“ mit „G“ 763 €/Jahr

Quelle der RSA Zahlen, amtlich, Gesetz:

- **Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2011 - Anlage**
- Erscheinungsdatum 5. Januar 2011 Anlage zur Bekanntmachung Nr. 1/2011 bezüglich der Berechnungswerte gem. § 36 Abs. 3 Satz 2, § 37 Abs. 5 und § 40 Abs. 2 RSAV, die für die Berechnung der Zuweisungen ab Januar 2011 gelten.
- [Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2011 - Anlage \(vnd.ms-excel/86-KB\)](#)

Der Joker-Kode

- Z91.1 Nichtbefolgen ärztlicher Anordnungen (Non-Compliance) in der Eigenanamnese
- Dieser Kode ist unabdingbar, wenn Sie dokumentieren wollen, dass nun der Patient am Zuge wäre, aber nicht den Empfehlungen folgt, die zu Konsequenzen führen, die u.U. tödlich sind.
- Laut Interheart-Studie, 9/2004 veröffentlicht im Lancet sind **90,4% aller Herzinfarkte und Schlaganfälle durch den Lebensstil bedingt (den sich der Patient aussucht).**

Diagnosen und Therapien

- Grundlage einer Verordnung sind immer Diagnosen!
- Keine Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie ist indiziert, wenn die Diagnose nicht gestellt ist und entsprechend verschlüsselt
- Bei Fehlern passiert einfach folgendes: **Kasse zahlt die Leistung des Therapeuten nicht!**
- **Die gemeinsame Prüfungseinrichtung verhängt einen Regress.**

Wer ist die Gemeinsame Prüfungseinrichtung?

- 50% Mitglieder der KV
- 50% Mitglieder der GKV
- Vorsitz: Jurist, z.B. ehemaliger Richter usw.
- Problem: Krankenkassen mahnen Prüfungen an und legen eigene Statistiken nicht immer in erster Instanz vor. Beispiel: Ziffer 03120 im Jahr 2007; 86% häufiger angesetzt als Fachgruppe; 40% weniger NSAR, 30% weniger Heilmittel; 50% weniger AUs, diese nur halb so lang; 73% weniger Überweisungen zum Orthopäden, 55% weniger zu Fachärzten grundsätzlich, 308 Tage geöffnet, weniger Notfallinanspruchnahme bei Dritten.
- Es folgt die zweite Instanz am 22.6.2011


Diagnosen & more!

Junge Frau (28) macht sich selbstständig

- Berufsunfähigkeit sollte abgesichert sein
- Risikolebensversicherung sollte es geben
- Ggf. private Krankenversicherung sinnvoll
- D.h.: Die Patientin geht zum Makler
- Hier wird ein Angebot herausgesucht und die Patientin unterschreibt eine Entbindung von der Schweigepflicht am Ende eines 2 seitigen kleingedruckten Textes
- U.a. schickt die Krankenkasse dann alles von den letzten 5 Jahren an den Makler bzw. die Versicherung UND alles wird im Bundesversicherungsregister gespeichert...

So schauen die Diagnosen dann aus:

A Arbeitsunfähigkeitsfälle											
Utyp	SZ	Beginn	Ende	Tage	WT	Z EA	Diagnose	L	Q	Urs	A
AU		07.01.2010	15.01.2010	9			Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	G		00	
AU		03.09.2007	06.09.2007	4			Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen			00	
AU		12.08.2005	23.10.2005	73	J		Fraktur des distalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	R		05	
							Fraktur an einer nicht näher bezeichneten Körperregion: Geschlossen	R	C	06	
							Fraktur des distalen Endes des Humerus	R		05	
							Fraktur an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	R		05	
							Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation Akuter Rausch			00	
AU		20.06.2003	22.06.2003	3			Akute Laryngitis			00	

Krankenhausfälle									
UTyp	SZ	Beginn	Ende	Tage	Zu : Krankenhaus	EA Diagnose	Urs	A	
KH		12.08.2005	12.08.2005	1	IK	 KRANKENH	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet		05
							Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation Akuter Rausch		00
							Fraktur des distalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet		05
							Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation Akuter Rausch		00

Die Patientin bekommt NIX, NIE MEHR!

- Sie kommt dann auf einen zu und ist sauer, weil man ggf. Alkoholismus einfach unterstellt habe
- Das stimmt natürlich nicht, ABER
- Ggf. hat der pfiffige Grouper es mal eben schnell agraviert, um nach der unteren Grenzverweildauer so darzustellen, dass der konservativ behandelte Radiusbruch auch bezahlt wird von der gesetzlichen Krankenkasse, die gerade alles ins Register geschoben hat.
- Wunsch des Niedergelassenen:
- **ÜBERMITTLUNG SÄMTLICHER DRG DIAGNOSEN**

Arzneimittelrichtlinie zu Clopidogrel im Kontext der verschlüsselten Diagnose

- Clopidogrel und ASS sind zu Lasten der GKV bei **ACS und Infarkt OHNE ST-Hebung 12 Monate** und bei
- **Infarkt MIT ST-Hebung**, bei der eine Thrombolyse in Frage kommt **nur 28 Tage verordnungsfähig!**
- Ansonsten droht Regress
- Hier schließt sich der Kreis der Diagnosen und des Regresses für den niedergelassenen Arzt!
- Problem: DEStent bei STEMI mit der Empfehlung 12 Monate Clopidogrel...
- Beschlossen am 16.12.2010, veröffentlicht am 4.2.2011, in kraft seit 5.2.2011
- Wunsch des Hausarztes: adäquate und rechtskonforme Empfehlung im Entlassungsbrief des Krankenhauses.

Clopidogrel Tipp bei DES wegen 12 Monate Therapie!

- Finden Sie die pAVK, dann ist es dauerhaft indiziert und es droht 3-4 Jahre nach Verordnung dank der passenden Diagnose kein Regress!
- Tun sie es im System für den Patienten!

Zusammenfassung

- Die Aktivierung der AKR benötigt wenig Zeit und ist schnell durchzuführen
- Die Überarbeitung und Verbesserung der Diagnosen machte bei mir Sinn!
- Zeitaufwand richtet sich nach Kodierqualität in der Vergangenheit!
- Die Verschlüsselung entscheidet über Geldzufluss in die Region (RSA!)
- Die Versorgungs- und Verordnungsqualität wird transparenter
- Im Rahmen von QM kann es sein, dass in Zukunft die Vergütung nach sektorenübergreifend verursachten Kosten erfolgt in Form von Zuschlägen!

Oscar Wilde:

„Was einer wirklich besitzt, ist das, was in ihm steckt. Was um ihn herum ist, sollte nicht von Bedeutung sein.“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. med. Christian Schulze

Dr_schulze@web.de

