

Die Kodierung im Fokus

Die Ambulanten Kodierrichtlinien wurden vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) entwickelt, zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) abgestimmt und sollen am 1. Januar 2011 bundesweit in Kraft treten. Die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ist eine gesetzliche Vorgabe nach § 295 SGB V Abs. (3) Satz 2. Die Vorgaben gelten für Kollektiv- und Selektivverträge gleichermaßen.

Bis zum 30. Juni 2011 ist die Anwendung der AKR in den Praxen zunächst freiwillig, um eine schrittweise Integration in den Praxisalltag zu ermöglichen. Die Kodierung nach ICD-10 bleibt aber weiterhin Pflicht.

Die richtige Kodierung sei von immenser Bedeutung. „Nur dann können wir die Veränderungen in der Morbidität gegenüber den Kassen nachweisen, um die notwendigen finanziellen Mittel für die Versorgung der Versicherten zu erhalten. Wir wollen eine Hilfe an die Hand geben, die das richtige Kodieren sehr erleichtert“, erläuterte KBV-Chef Dr. med. Andreas Köhler.

Allgemeine Kodierrichtlinien – Zusammenfassung

Autoren*

Je Behandlungsquartal muss mindestens eine Behandlungsdiagnose je Patient kodiert werden, die maximale Anzahl ist nicht begrenzt.

Behandelt der Arzt in einem Quartal einen Patienten wegen derselben Krankheit mehrfach, so genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-Kodes inklusive des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit. Die Reihenfolge der Behandlungsdiagnosen ist beliebig.

Die Kodierung von Diagnosen kann delegiert werden, aber jeder Arzt bleibt für die Dokumentation der Diagnosen verantwortlich, die er in seinem Arztfall behandelt hat. Es muss nicht zwingend am Tag der Leistungserbringung selbst eine entsprechende Diagnose kodiert werden, dies kann auch später im Quartal erfolgen. Soweit im jeweiligen Quartal beauftragte Befunde oder Untersuchungen erst nach Ablauf des Quartals eingehen, kann die Diagnosestellung in der Regel bis zum 10. Kalendertag des neuen Quartals geändert werden. Diagnosen, die im Laufe eines Behandlungsfall anfallen und sich nach anfänglichem Verdacht gegebenenfalls nicht bestätigen, da andere Diagnosen als Ursache für die Beschwerden gesichert werden können, müssen nicht nachträglich bereinigt werden.

Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen inklusive des zugehörigen Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit, für die im abzurechnenden Quartal Leistungen erbracht wurden.

Leistungen sind:

• diagnostische Maßnahmen • therapeutische Maßnahmen sowie Leistungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung verankert sind. Diagnosen,

die im entsprechenden Quartal z.B. ausschließlich durch IGeL-Leistungen behandelt werden, sind keine Behandlungsdiagnosen und somit nicht zu übermitteln.

Nicht zu übermitteln sind weiterhin:

- anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal,
- Dauerdiagnosen, die im abzurechnenden Quartal nicht behandelt wurden und
- abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik oder Therapie.

Wenn zum Beispiel bei einer Sonographie wegen Gallenkoliken bei Gallensteinen als Nebenbefund eine solitäre Nierenzyste auffällt, die nicht weiter abgeklärt oder behandelt werden muss, ist die „Nierenzyste“ keine Behandlungsdiagnose.

Zur Angabe der Diagnosesicherheit ist immer eines der nach genannten Zusatzkennzeichen anzugeben (obligatorisch):

G – für eine gesicherte Diagnose

V – für eine Verdachtsdiagnose

A – für eine ausgeschlossene Diagnose

Z – für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose.

Eine Behandlungsdiagnose erhält das Zusatzkennzeichen **G**, wenn der Arzt sie nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen sichern konnte, auf Basis medizinisch sinnvoller und für diesen speziellen Patienten relevanter Diagnostik.

Kann eine Verdachtsdiagnose nicht endgültig oder nicht zeitgerecht gesichert werden, ist sie dann als gesicherte Behandlungsdiagnose anzugeben, wenn eine spezifische Behandlung so erfolgt, als wäre diese Diagnose gesichert.

Solange eine Behandlungsdiagnose weder gesichert noch

ausgeschlossen werden konnte, erhält der ICD-Kode für diese Behandlungsdiagnose das Zusatzkennzeichen **V**. Wenn eine spezifische Therapie durchgeführt wird, kann **V** gegen **G** ausgetauscht werden, auch wenn die Diagnose nicht endgültig gesichert werden konnte. Es ist unnötig, alle möglichen Arbeitshypothesen mit dem Zusatzkennzeichen **V** zu kodieren.

Konnte das Vorliegen einer bestimmten Diagnose, für die es primär einen Verdacht gab, ausgeschlossen werden, erhält der ICD-Kode für diese Behandlungsdiagnose das Zusatzkennzeichen **A**. Wenn die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen eine gesicherte Diagnose ergeben, ist die zusätzliche Verschlüsselung der differentialdiagnostisch ausgeschlossenen Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen **A** nicht erforderlich.



Eine Behandlungsdiagnose erhält das Zusatzkennzeichen **Z**, wenn die betreffende Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt. Der „Zustand nach“ dieser Diagnose hat eine Leistungserbringung verursacht, die somit zu einer Kodierung als Behandlungsdiagnose berechtigt.

Eine ausschließlich anamnestische Angabe eines „Zustand nach ...“ ohne Leistung im entsprechenden Quartal ist nicht zu kodieren, auch wenn diese Information zur Dokumentation in der Patientenakte benötigt wird.

„Dauerdiagnosen“ wurden als EDV-technische Unterstützung seit 2005 in den Praxisverwaltungssystemen etabliert, um Diagnosen aus einem Vorquartal in ein Folgequartal zu übernehmen. Entsprechend den Vorgaben der Ambulanten Kodierrichtlinien ist unbedingt zu beachten, dass eine Übernahme von Diagnosen aus einem Quartal in ein nächstes nur erfolgen darf, wenn jede dieser Diagnosen erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllt.

Dabei sind gegebenenfalls die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.

Zur Spezifizierung der Diagnosenangaben für die Seitenlokalisierung darf eines der nach genannten Zusatzkennzeichen angegeben werden:

• **R** für rechts • **L** für links • **B** für beidseitig.

Die Angabe von Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung ist optional, wird aber empfohlen. Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung beziehen sich auf die paarigen Organe und Körperteile. Sie beziehen sich nicht auf Lokalisationen innerhalb einzelner Organe. Damit ist ihre Verwendung zwar bei sehr vielen, aber nicht bei allen Schlüsselnummern der ICD-10-GM möglich.

Bei Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten hängt die Auswahl der Behandlungsdiagnose vom Ergebnis der Untersuchung ab. Bei positiven Ergebnissen sind die gesicherten Diagnosen als Behandlungsdiagnosen anzugeben. Bei negativem Ergebnis sind als Behandlungsdiagnosen ICD-Schlüsselnummern aus dem Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ zu kodieren.

Eine Krankheit, die durch eine Prophylaxe verhindert wird, ist nicht als Behandlungsdiagnose zu kodieren. Spezifische Schlüsselnummern für Impfungen und prophylaktische Maßnahmen befinden sich in der ICD-10-GM im Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand ...“.

Die Verordnung einer diagnosespezifischen Therapie ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall rechtfertigt die Angabe der gesicherten Behandlungsdiagnose. In diesen Fällen ist neben der krankheitsspezifischen Behandlungsdiagnose zusätzlich die ICD-Schlüsselnummer Z76.0 „Ausstellung wiederholter Verordnung“ zu kodieren.

Bei der Übernahme von ICD-Schlüsselnummern von mitbehandelnden Ärzten und/oder aus dem stationären Bereich ist zu beachten, dass jede übernommene Diagnose die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen muss. Gegebenenfalls sind die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.

Gibt es für das Rezidiv einer Krankheit in der ICD-10-GM eine spezielle Schlüsselnummer, so ist diese zu verwenden. Zum Beispiel:

- Rezidivhernie: K40.X1 (fünfte Stelle 1, vierte Stelle abhängig von Komplikation)
- rezidivierender Myokardinfarkt: I22.- (vierte Stelle nach Lokalisation des rezidivierender Myokardinfarkts)
- rezidivierende depressive Störungen: F33.-
- rezidivierende orale Aphten: K12.0

In allen anderen Fällen wird ein Rezidiv wie die eigentliche Krankheit verschlüsselt. Ein Rezidiv ist nicht als „Zustand nach ...“ zu kodieren.

Fortsetzung auf Seite 8

Fortsetzung von Seite 7

Wird eine Erkrankung in unterschiedlichen Ausprägungen bzw. Schweregraden behandelt, so sind alle festgestellten Behandlungsdiagnosen mit dem jeweiligen Schweregrad zu kodieren. Das bedeutet, dass der gesamte Krankheitsverlauf im jeweiligen Quartal an den übermittelten Behandlungsdiagnosen erkennbar sein sollte.

Ein Symptom ist nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Krankheit bekannt ist. Die Zusatzkennzeichen sind auf jeden ICD-Kode getrennt anzuwenden. Das gilt auch bei Mehrfachkodierung nach dem Kreuz-Stern-System und für die Ausrufezeichen-Kodes.

Der Begriff „spezifisch kodieren“ wird in den Kodierrichtlinien wie folgt verwendet:

Auswahl einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer (diejenige ICD-Schlüsselnummer auswählen, die die Behandlungsdiagnose am treffendsten abbildet und ggf. mit zugehörigem Code für die Manifestation) zur Verschlüsselung der Behandlungsdiagnose anhand der vorliegenden medizinischen Krankheitsinformation.

Beispiel: Patient mit Diabetes mellitus Typ 1, nicht als entgleist bezeichnet und Diabetischer Katarakt – Kodierung: E10.30 G und H28.0 G

Auswahl der endständigen ICD-Schlüsselnummer bis zur maximalen Kodiertiefe (je nach ICD-Schlüsselnummer drei-, vier- und fünfstellige Kodierung).

Fazit: Alle Diagnosen, die im jeweiligen Quartal die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen, sind zu kodieren. Umgekehrt sind Diagnosen, die die Definition der Behandlungsdiagnose nicht erfüllen, nicht zu kodieren. **Wenn es doch so einfach wäre!**

Andererseits – ist es denn so schwer? Es ändert sich ja nichts! Den ICD gab es vorher schon und kodiert werden musste auch. Nun geben die Kodierrichtlinien Hilfestellungen zum richtigen Kodieren. Und, wenn richtig kodiert wird, werden auch die Morbidität und die Morbiditätsveränderungen richtig dargestellt.

Ein hervorragendes Motto für die Kodierung ist:

„So viel wie nötig, so wenig wie möglich“

Viele Dauordiagnosen, wie beispielsweise ein Beinbruch vor drei Jahren, dürfen nicht mehr kodiert werden. Sie sind aber auch keine Behandlungsdiagnosen mehr. Ein nachgefragter Blutwert berechtigt aber zur Behandlungsdiagnose Diabetes.

Voraussichtlich ab dem 3. Quartal 2011 wird die Anwendung der Allgemeinen Kodierrichtlinien für die Abrechnung gegenüber der KV notwendig sein. Die KVMV bittet deshalb darum, den Einführungszeitraum – das 1. Halbjahr 2011 – zu nutzen, um sich mit den AKR vertraut zu machen.

Es besteht noch die Möglichkeit, bei der KVMV den ICD-10-GM 2011 zu bestellen. Darauf wurde bereits im Rundschreiben hingewiesen. Wie jedes Jahr gibt es geringfügige Änderungen, Ergänzungen, Streichungen. Alles kein Grund, Weihnachten nicht zu feiern.

Die Autoren des Beitrags wünschen allen eine schöne Adventszeit und friedliche und besinnliche Weihnachten. ←

** Dr. Dagmar Greiner – Qualitätssicherung, Maren Gläser – Abt.-Ltrn. Abrechnung, Birgit Naumann – beratende Ärztin in der KVMV*

Qualitätssicherung Ultraschall

Zum 1. April 2009 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik nach § 135, Absatz 2 SGB V in Kraft getreten. Sie wird auch in der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern künftig die Grundlage für die Qualitätsüberprüfung durch die Sonographie-Kommission sein.

Die Absätze 2 bis 4 des § 10 dieser Vereinbarung regeln, welche Angaben aus der schriftlichen und bildlichen Dokumentation mindestens hervorgehen müssen.

Die Sonographie-Kommission weist darauf hin, dass die auf Empfehlung der Kommission und durch den Vorstand beschlossenen **Durchführungsbestimmungen** der KVMV auf dem Gebiet der Ultraschalldiagnostik für die Stichprobenprüfung im Einzelfall erhalten bleiben. Die Durchführungsbestimmungen entsprechen damit weiterhin vollinhaltlich den mit dem jeweiligen Genehmigungsbescheid übergebenen Unterlagen und werden auch bei zukünftigen Neugenehmigungen mit dem Bescheid versandt. ← *mr*