

Auf den Schlüssel kommt es an



i



Vertragsärzte und -psychotherapeuten müssen die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) nicht anwenden. Die Pflicht, nach ICD-10-GM zu kodieren, bleibt aber bestehen.

Lange war unklar, ob es zu einer verpflichtenden Einführung der AKR für alle Praxen kommt. Am 1. Juli kam dann die Mitteilung der KBV, dass die verpflichtende Aktivierung des AKR-Moduls in der Praxissoftware nicht erfolgen muss. Die KBV hat die Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband nicht umgesetzt, da der Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes für 2012 keine Ambulanten Kodierrichtlinien vorsieht. In diesem Kontext wäre eine verbindliche Einführung zum 1. Juli 2011 undenkbar gewesen.

Diagnosedokumentation – nur Bürokratie oder auch von Nutzen?

Studien haben gezeigt, dass die Kodierqualität noch verbessert werden kann, vor allem in Schleswig-Holstein werden weniger Diagnosen als im Bundesdurchschnitt kodiert. Wichtig ist hier eine hohe Qualität, weil ihre ärztlichen Diagnosen Grundlage für die jährliche Anpassung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung (morbiditybedingte Gesamtvergütung, MGW) ist und über den morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) Einfluss auf die Einnahmenseite der Krankenkassen hat. Die kodierten Diagnosen haben also über zwei verschiedene Wege Einfluss auf die im ambulanten Bereich zur Verfügung stehende Geldmenge und ihre Verteilung an die einzelnen Krankenkassen. Und damit auch auf das Budget der einzelnen Praxis, auch wenn dieses derzeit noch nicht morbiditätsbezogen ermittelt wird.

Wie funktioniert der Morbi-RSA?

Der Morbi-RSA ist ein Teil des 2009 eingeführten Gesundheitsfonds, der als „zentrale Geldsammelstelle“ vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird und die zur Verfügung stehenden Mittel an die Krankenkassen ausschüttet. Der Morbi-RSA ermittelt durch ein System von Zu- und Abschlägen unter anderem für Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrente und Morbidität Zuweisungen für Krankenkassen. Die Morbiditätszuschläge basieren dabei auf einer Auswahl von 80 Krankheiten bzw. ca. 4.000 ICD-Kodes. Es handelt sich

Die wichtigsten Kodiertipps im Überblick

Alle vorliegenden Krankheiten dokumentieren

Alle Diagnosen, zu denen beraten oder behandelt wurde, sollten auch in der Dokumentation erfasst werden.

So spezifisch wie möglich kodieren

Die Diagnose sollte die zugrunde liegende Erkrankung so genau wie möglich beschreiben. Auch Komplikationen müssen berücksichtigt werden.

Vollständige ICDs verwenden

Um den Schweregrad korrekt zu dokumentieren, sollte immer bis auf die letzte nach ICD-10 vorgeschlagene Stelle verschlüsselt werden.

Zusatzinformationen angeben

Ist die Diagnose gesichert, sollte das durch den Zusatz „G“ dokumentiert werden.

Chronische Diagnosen kontinuierlich dokumentieren

Für optimale Kodierqualität sollte die Behandlung aller chronischen Diagnosen auch regelmäßig dokumentiert werden.

Dokumentation im Verlauf anpassen

Erkrankungen können sich im Verlauf ändern. Deshalb sollte die Verschlüsselung bei Bedarf neu angepasst werden.



dabei um stationäre wie ambulante Diagnosen, wobei ambulante Erkrankungen erst eine Zuweisung auslösen, wenn eine „Zweitdiagnose“ derselben Krankheit in einem anderen Abrechnungsquartal bestätigt wurde. Zusätzlich kann sogar eine entsprechende Arzneimitteltherapie erforderlich sein. Die Diagnosen, die 2011 über die Abrechnungsunterlagen dokumentiert werden, lösen dann im Jahr 2013 Zuweisungen aus dem Fonds aus. Diese prospektive Betrachtung setzt sich bei der Berechnung der Steigerungsrate der MGV fort, denn auch dort werden mit heutigen Daten zukünftige Risiken ermittelt.

Wie entsteht die Steigerungsrate der MGV?

Die bundeseinheitliche Veränderungsrate der MGV nach Paragraph 87a SGB V wird mithilfe eines Groupers, d. h. einer Software zur Patientenklassifikation berechnet. Das verwendete Patientenklassifikationsmodell bildet dabei den Zusammenhang von Grouper-output (individuelle Morbidität der Versicherten) und Leistungsbedarf nach MGV-Abgrenzung ab und von Risikogruppen mit Kostengewichten zukünftigen Leistungsbedarf der Versicherten. Die Einordnung in die Risikogruppen erfolgt dabei neben dem Alter und Geschlecht anhand der für die Patienten kodierten ICD-10-Kodes, wobei der Grouper die komplette ICD-10-GM einbezieht. Betreut wird dieser Grouper vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA). Die verwendeten Zuordnungs- und Hierarchietabellen werden demnächst bereitgestellt.

Weitere Faktoren, die die Morbidität beeinflussen könnten, wie z. B. Region, Stadt/Land, Einkommen, Bildung, Familienstand, werden bisher nicht berücksichtigt. Eine Weiterentwicklung in diese Richtung wäre denkbar. Vorerst muss aber abgewartet werden, wie das Versorgungsstrukturgesetz tatsächlich verabschiedet wird.

2012 und dann?

Der vorliegende Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes sieht für 2012 vor, dass das InBA zukünftig für jeden KV-Bezirk zwei Veränderungsrate errechnet, eine auf Basis der kodierten Behandlungsdiagnosen und eine zweite anhand von demografischen Kriterien. Bisher wurde hier mit bundeseinheitlichen Veränderungsrate gerechnet, sodass es keinen regionalen Spielraum gab. Zukünftig soll dies anders werden, sodass Schleswig-Holstein nur an der dokumentierten Morbidität für die Patienten mit Wohnort in Schleswig-Holstein gemessen wird. Eine Steigerung der MGV und infolgedessen das Verhältnis des Morbi-Anteils zum Demografie-Anteil kann nur verhandelt werden, wenn dies sich auch in einem Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbe-

Paragraf 295 Abs. 1 SGB V

(Auszug)

(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet,

1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie die Angaben nach Paragraph 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 maschinenlesbar

aufzuzeichnen und zu übermitteln. 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 herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.

darfs und damit in der errechneten Rate ausdrückt. Zumal sich die einzelnen KVen untereinander dann in einen Wettbewerb um das zur Verfügung stehende Geld der Krankenkassen für dem ambulanten Sektor begeben.

Empfehlungen für die Praxis

Egal, ob Sie und Ihr Praxisteam das Modul der AKR bereits verwendet haben oder nicht, empfehlen wir Ihnen, sich mit den Möglichkeiten und Funktionen Ihrer Praxissoftware zu beschäftigen, damit qualitativ gutes Kodieren auch ohne Zeitverluste möglich ist. Jede Praxis sollte sich der Folgen bewusst sein und auch weiter das Thema „Klug kodieren“ als wichtige Aufgabe mit Auswirkungen auf die Vergütung erkennen und verbessern, damit Schleswig-Holstein insgesamt nicht die Konsequenzen aus einer „falschen“ Datengrundlage tragen muss.

Die KVSH wird Sie dabei unterstützen. Mit dieser Ausgabe des Nordlichts beginnen wir eine neue Serie, die Ihnen und Ihr Praxispersonal im Diagnosen-Dschungel als handliche Kodierhilfe nützliche Informationen liefern soll.

ANJA OELKERS, KVSH

Kodierhilfen im Netz

Hilfsangebote um den passenden ICD-10-Kode zu finden:

ZI-Kodierhilfe – www.zi-berlin.de

<http://195.149.76.244/kodierhilfe/kodierhilfe>

ICD-10-Browser der KBV

<http://icd.kbv.de/icdbrowser/>

Online-Fortbildung des Deutschen Ärzteblattes

(noch bis zum 31. Dezember 2011 möglich)

www.aerzteblatt.de/cme/

