

KBV Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bedeutet die Streichung der Ambulanten
Kodierrichtlinien (AKR) das Ende der
Diagnosenkodierung in der vertragsärztlichen
Versorgung?

107. DGKJ-Jahrestagung
am 24. September 2011 in Bielefeld

© Kassenärztliche Bundesvereinigung

KBV

Agenda

1. Historie der Regelungen zur Diagnosenkodierung im ambulanten Bereich
2. Kabinettsentwurf zum GKV-VStG und Stand der Vereinbarungen auf Selbstverwaltungsebene
3. Konsequenzen für die Diagnosenkodierung nach der ICD-10-GM in der ambulanten Versorgung

Diagnosenkodierung im ambulanten Bereich

KBV

Zeittafel 1

- 1999** Verbindliche Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10 gemäß § 295 SGB V mit Einführung eines Minimalstandards (3- oder 4-stellige Verschlüsselung bei Hausärzten)
- 2000** Zusatzkennzeichen V, Z und A, Seitenlokalisierung R, L und B
- 2004** ICD-10 GM mit Aufhebung des Minimalstandards; statt dessen:
„Für die hausärztliche Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes ist die Angabe der vierstelligen Schlüsselnummer ausreichend.“
- 2005** Dauerdiagnosen, Zusatzkennzeichen G

Diagnosenkodierung im ambulanten Bereich

KBV

Zeittafel 2

- 2007** Gesetzliche Vorgabe nach § 295 Abs. 3 SGB V zur Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) mit Wirkung ab 1.7.2009
- 2009/
2010** Beschlüsse der Partner der Bundesmantelverträge, die AKR entsprechend der Forderung der KBV erst in 2011 nach einem Praxistest erst ab 1.1.2011 umzusetzen



GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007



§ 295 Abs. 3 SGB V
Abrechnung ärztlicher Leistungen
Aufnahme eines 2. Satzes:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“
Streichung



GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007



§ 295 Abs. 3 SGB V
Begründung zur Aufnahme des 2. Satzes:

„Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. *Wie im DRG-System bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen.* Deshalb wird die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens Mitte 2009 gesetzlich vorgegeben werden. (..)“

KBV

Agenda

2. Kabinettsentwurf zum GKV-VStG und Stand der Vereinbarungen auf Selbstverwaltungsebene
3. Konsequenzen für die Diagnosenkodierung nach der ICD-10-GM in der ambulanten Versorgung

KBV

Kabinettsentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) vom 3. August 2011



Streichung der Vorschrift in § 295 Abs. 3 Satz 2 SGB V, welche die Partner der Bundesmantelverträge zur Vereinbarung von Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der ICD-10-GM sowie des OPS für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen (**Ambulante Kodierrichtlinien**) verpflichtet.



Begründung für die Streichung von § 295 Abs. 3 Satz 2 SGB V



„Mit dem Ziel Überregulierungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem abzubauen entfällt die Verpflichtung der Bundesmantelvertragspartner ambulante Kodierrichtlinien für die Dokumentation der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen zu vereinbaren. Damit entfällt auch die Verpflichtung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die Ambulanten Kodierrichtlinien anzuwenden.“



Aber - Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge vom 4. November 2010



Zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge besteht eine gültige Vereinbarung zur Einführung von **Ambulanten Kodierrichtlinien** mit verbindlicher Anwendung zum 1. Juli 2011.



 KBV setzt die AKR-Einführung zum 1. Juli 2011 zunächst einseitig aus. 



Einigung mit der Kassenseite zur Aussetzung der bestehenden Vereinbarung



Ambulante Kodierrichtlinien Aussetzungsvereinbarung



**7. September 2011
Abschluss Unterschriftenverfahren**

Vereinbarung der Partner der
BMV zur Aussetzung der
Einführung der Ambulanten
Kodierrichtlinien aufgrund
des zu erwartenden Wegfalls
der Rechtsgrundlage für eine
AKR-Einführung





Vereinbarung der Partner der Bundesmantel- verträge (BMV) vom 7. September 2011 (I)

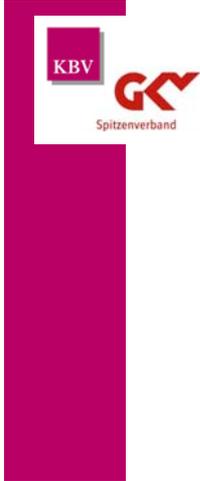


Aufgrund des zu erwartenden Wegfalls der
Rechtsgrundlage für eine AKR-Einführung
werden folgenden Festlegungen getroffen:

1. Aussetzung der Vereinbarung zur Einführung
der AKR vom 4. November 2010 ab dem 1. Juli
2011 bis zum Inkrafttreten der endgültigen
Regelung gemäß GKV-VStG
2. Entfallen der Verpflichtung zur
flächendeckenden für alle Vertragsärzte und
Vertragspsychotherapeuten einheitlichen
Anwendung der AKR zum 1. Juli 2011



Vereinbarung der Partner der Bundesmantel- verträge (BMV) vom 7. September 2011 (II)



3. Die Partner der BMV stellen gemeinsam fest, dass infolge des Verzichts auf die verbindliche Anwendung von Kodierrichtlinien eine flächendeckende Qualitätssicherung der ambulanten Diagnosen in 2011 und auch in den Folgejahren nicht erreicht werden kann, soweit die Partner der Gesamtverträge nach regionaler Prüfung im Einvernehmen hierzu nichts Abweichendes feststellen.



Agenda

3. Konsequenzen für die Diagnosenkodierung nach der ICD-10-GM in der ambulanten Versorgung

KBV

Kabinettsentwurf des GKV-VStG vom 3. August 2011 – Anwendung der ICD-10-GM



- § 295 Abs.1, Satz 1, 2, 3 SGB V **bleibt**
„[...] 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.“

Keine Änderung der Rechtslage zur Kodierung der Diagnosen nach der ICD-10-GM im Zusammenhang mit der Abrechnung ärztlicher Leistungen für die Vertragsärzte.

KBV

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 - 3 Richtlinien
12 Seiten - Spezieller Teil - 32 Richtlinien

⇨ entspricht **12 %** Neuerungen

Das bedeutet im Umkehrschluss 88 % der Regelungen bleiben bestehen trotz Wegfall der AKR!



Resümee ICD-10-GM-Anwendung aus dem Kabinettsentwurf zum GKV-VStG

Veränderungsraten	Bedarfsplanung	Spezialärztliche Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ § 87a Abs. 4 Nr. 5 bindet die Veränderungsrate weiter an die Morbiditätsstrukturveränderung. ▪ Die Veränderungsraten werden KV-spezifisch ermittelt. ▪ In § 295 Abs. 3 entfällt zwar der Satz 2 zu den AKR, aber die Kodierung der Behandlungsdiagnosen erfolgt nach Abs. 1 Satz 2 weiterhin über die ICD-10-GM. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ § 99 Abs. 1 enthält neu einen Passus, dass von den G-BA-Richtlinien auf Grund regionaler Besonderheiten, „insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität“, abgewichen werden kann. ▪ Dies findet sich ebenfalls in einer neuen Textpassage der Zulassungsverordnung für Ärzte § 12 Abs. 3. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach § 116b Abs. 3 hat der G-BA die Erkrankungen für die Spezialärztliche Versorgung auf der Basis der ICD-10-GM zu konkretisieren. Damit könnten Behandlungsdiagnosen bspw. für regionale Analysen wichtig werden.

Die sach- und fachgerechte Kodierung der Behandlungsdiagnosen mit den gültigen ICD-10-GM-Regeln ist für jede KV Ausgangspunkt der regionalen Verhandlungen.



Weitere Gründe für die sachgerechte Diagnosenkodierung nach der ICD-10-GM

Morbi-RSA	Plausibilitäts- u. Wirtschaftlichkeitsprüfungen	Selektivverträge
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enthält weiterhin die ambulanten Behandlungsdiagnosen ▪ Regionale Kodierung beeinflusst die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Kassen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notwendigkeit der Hinterlegung bestimmter Gebührenordnungspositionen im EBM mit ICD-10-Kode(s) ▪ Notwendigkeit zur Begründung des Ordnungsverhaltens über ICD-10-Kode(s) insbesondere bei teuren Arzneimitteln <p>→ Vermeidung von Nachfragen und Regressansprüchen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorisierung anhand von Diagnosenanalysen ▪ Gleiche Wettbewerbsbedingungen

KBV

Weitere Gründe für die sachgerechte Diagnosenkodierung nach der ICD-10-GM

Qualitätssicherung	Qualitätsmanagement	Basis für Analysen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ICD-Kodes als Triggerfunktion zur Patientenauswahl bei sektorenübergreifender Qualitätssicherung ▪ Benchmark innerhalb/ zwischen Fachgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strategische Ausrichtung der Praxis anhand des Diagnosenspektrums ▪ Entwicklung von Standards in der Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermittlung von Verlagerungseffekten aus dem stationären Sektor ▪ Versorgungsforschung

KBV

Benchmark der MGV-Veränderungsraten Kopfpauschalenbudgetierung vs. Morbidität

	Jahr	Grundlohnsummensteigerungsrate	vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegte Veränderungsrate(n)	
			Morbi-Veränderungsrate	zusätzliche Veränderungsrate(n)
Kopfpauschalen	2004	0,17%	-	-
	2005	0,38%	-	-
	2006	0,97%	-	-
	2007	0,79%	-	-
	2008	0,64%	-	-
	2009	1,14%	5,10%	-
	2010	1,54%	1,6616%	0,3357%
Morbidität	2011	1,15%	1,25%*	0 bis 3,484%**

* linearer Zuwachs an Stelle der Morbi-Quote nach dem GKV-FinG
** asymmetrischer Zuwachs nach GKV-FinG



Kassen fordern höhere Gewichtung der demographie- bezogenen Morbiditätsrate bis zur Anwendung der AKR

Ermittlung der Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur der Versicherten für das Jahr 2010 im Erweiterten Bewertungsausschuss

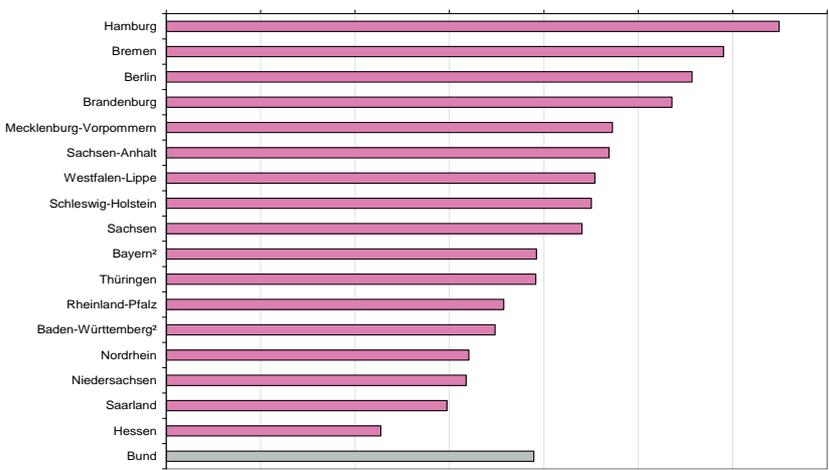
Gewichtete Zusammenführung von diagnosenbezogener (61 %) und demographischer (39 %) Komponente zu einer bundeseinheitlichen Morbi-Rate für 2010

1	2	3
Diagnosebezogene Morbi-Rate	2,5034%	61%
Demographiebezogene Morbi-Rate (Alter und Geschlecht)	0,3423%	39%
Gewichtete Summe: Morbi-Rate gesamt	1,6616%	100%



Die diagnosebezogene Morbiditätsrate liegt deutlich über der demografischen Veränderungsrate

Delta zw. demografie- und diagnosebezogene Veränderungsrate (2008 zu 2009)¹



Land	Delta (%)
Hamburg	~3.3%
Bremen	~3.0%
Berlin	~2.8%
Brandenburg	~2.7%
Mecklenburg-Vorpommern	~2.4%
Sachsen-Anhalt	~2.4%
Westfalen-Lippe	~2.3%
Schleswig-Holstein	~2.3%
Sachsen	~2.2%
Bayern ²	~2.0%
Thüringen	~2.0%
Rheinland-Pfalz	~1.8%
Baden-Württemberg ²	~1.7%
Nordrhein	~1.6%
Niedersachsen	~1.6%
Saarland	~1.5%
Hessen	~1.1%
Bund	~2.0%

1) Eigene Berechnungen
2) Ersatzweise VR für 2007/2008 wegen der in 2009 fehlenden Behandlungsdiagnosen der Selektivvertragsvers. im hausärztl. Versorgungsbereich.

KBV

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kleptomanie						
Geben Sie Ihr(e) Suchbegriff(e)						
AKR	T	ZI	K	Qu	Kode	Bezeichnung
					F63.2	Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]
					F63.2	Kleptomanie

WOLFGANG LACHMANN - CARTOONS.DE