



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

55. GMDS-Jahrestagung 09. September 2010

Symposium „Klassifikation, Kodierung und Terminologien – heute und morgen“

Ambulante Kodierrichtlinien und die Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Anna Maria Raskop, Dr. Martina Franzkowiak de Rodriguez

Dezernat 3 – Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich

Beschluss der Partner der Bundesmantelverträge am 24. März 2010 zu den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) erfolgt:

- ab 1. Juli 2010 Start einer Testphase in Bayern
 - ca. 100 Testärzte (Haus-, Fachärzte, Psychotherapeuten)
 - Dauer der Testphase 1 Quartal
 - Evaluation mittels Fragebogen
 - Fragen zur Umsetzung, Auswirkung auf Praxisablauf, Nutzen der Hilfsmittel; „keine Fragen zum Inhalt der AKR“

- In-Kraft-Treten bundesweit zum 1. Januar 2011

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich

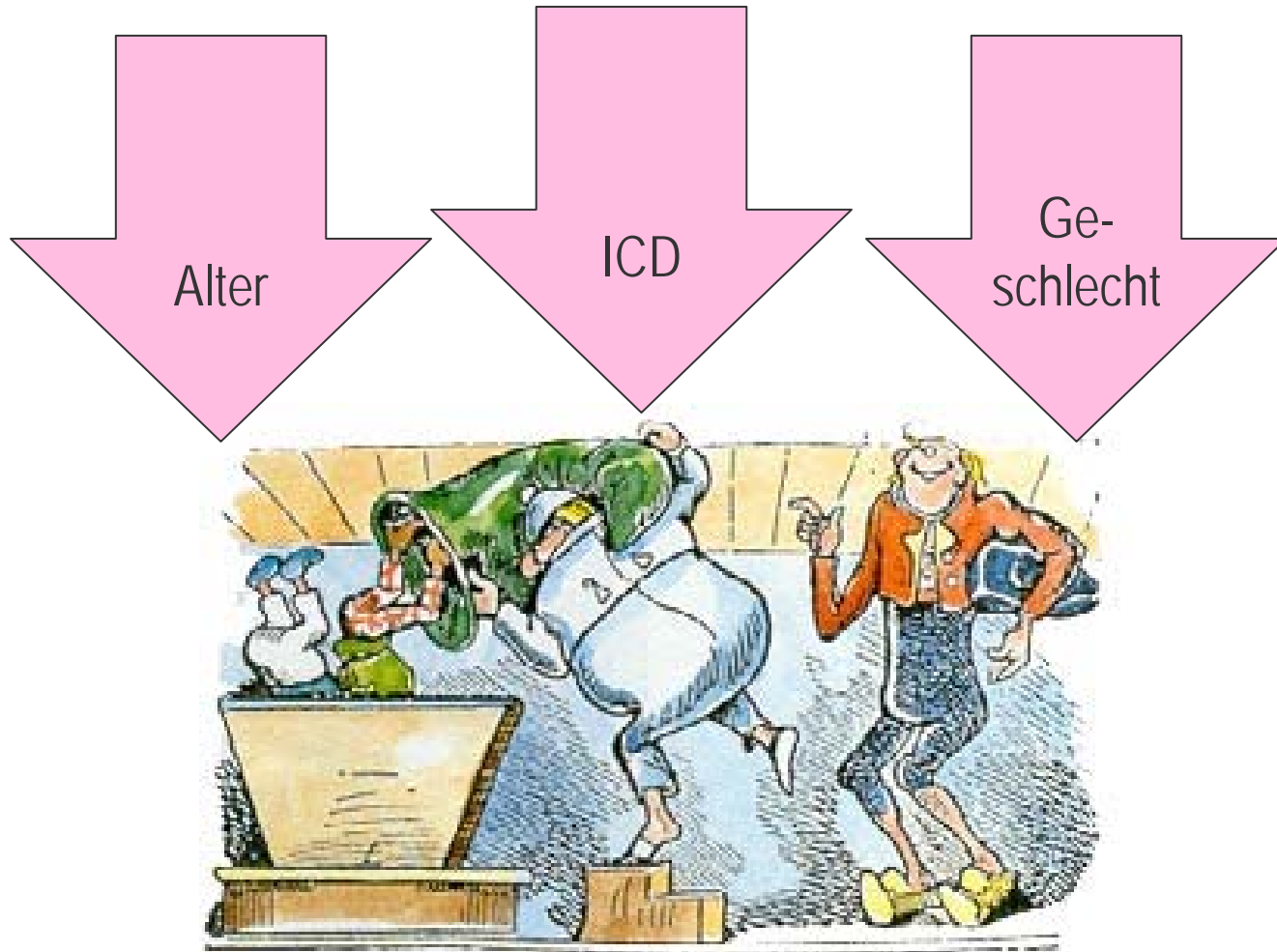
- Warum?
- Wie sehen sie aus?
- Wie müssen sie umgesetzt werden?
- Wie bringen wir sie unseren Mitgliedern nahe?

Welche Rolle spielt die korrekte Diagnosekodierung im ambulanten Bereich?

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

- Über Diagnosecodes werden maßgeblich Geldströme im Gesundheitswesen gesteuert.
- Vertragsärztliche Vergütung: Ermittlung von morbiditätsbedingten Veränderungsdaten.
- Morbi-RSA: Zuteilung Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen.
- Für beide Bereiche kommt als Instrument ein **Patientenklassifikationssystem (KS87a)** zum Einsatz (Gemeinsame Grundlage KS87a der Firma DxCG)

Grouper-Input



Grouper-Output



Jeder Versicherte mit seiner speziellen
Kombination aus Alters- und
Risikogruppen

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich

§ 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen

3) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge das Nähere über

1. Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen,

2.....

3.....

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.

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich

- Warum?
- Wie sehen sie aus?
- Wie müssen sie umgesetzt werden?
- Wie bringen wir sie unseren Mitgliedern nahe?

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)

„Nichts Neues“

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

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)

Gliederung:

■ Allgemeine Kodierrichtlinien

- Grundlagen und Definitionen der Behandlungsdiagnosen und Zusatzkennzeichen
- Besondere Kodiersituationen im ambulanten Bereich
- Regeln für die Kodierung mit der ICD-10-GM

■ Spezielle Kodierrichtlinien

- Kodierrichtlinien im Sinne von Hinweisen und Beispielen für spezielle Codebereiche
- Plausibilitätskriterien für ausgewählte Codes

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)

Überschneidungen AKR zu DKR?

Ja, allgemeine Regelungen der ICD-10-GM

Aber:

DKR

- Haupt-/Nebendiagnosen
- Bezug auf den stationären Aufenthalt
- Keine Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit

AKR

- Behandlungsdiagnosen
- Bezug Arzt- bzw. Behandlungsfall
- Zusatzkennzeichen Diagnosesicherheit

Agenda AKR

Allgemeiner Teil

- Grundregeln (A01)
- Definition der Behandlungsdiagnose (A02)
- Zusatzkennzeichen (A03-A05)
- Vollständige und spezifische Kodierung (A06)
- Besondere Behandlungssituationen (A07)
- ICD-Regeln (A08-A11)

Spezieller Teil

- 59 Regeln für spezifische Krankheitsbilder

A02 Definition der Behandlungsdiagnose

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

Leistungen sind:

- Diagnostische Maßnahmen
- Therapeutische Maßnahmen

Leistungen sind nicht:

- Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen verankert sind.

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

A02 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

Beispiel:

Wenn bei einer Sonographie wegen Gallenkoliken bei -Steinen- als Nebenbefund eine solitäre Nierenzyste re. auffällt, die nicht weiter abgeklärt oder behandelt werden muss, ist die Nierenzyste keine Behandlungsdiagnose.

A02 Behandlungsdiagnosen

Beispiel 1: Gastroenteritis bei bekanntem Diabetes mellitus

„Patient kommt am **08.10.2010** in die Praxis mit **Übelkeit, Brechreiz und Diarrhoe** nach dem er am Abend vorher in einem Restaurant Essen war. Der Patient ist in der hausärztlichen Versorgung dieser Praxis. Anamnestisch sind bei ihm ein Typ 1 Diabetes und eine beginnende diabetische Retinopathie bekannt. Im September 2009 erfolgte bei dem Patienten eine Appendektomie. Weiterhin liegt bei ihm eine saisonale Pollenallergie vor. Nach der körperlichen Untersuchung und der differentialdiagnostischen Abklärung wird eine akute Gastroenteritis diagnostiziert und entsprechend behandelt. Der Patient verlässt die Praxis.

Ein erneuter Besuch erfolgt im **November 2010** zur **1/4-jährlichen Kontrolluntersuchung des Typ 1 Diabetes**.

A02 Behandlungsdiagnosen

Beispiel 1: Gastroenteritis bei bekanntem Diabetes mellitus

Akutdiagnose:

- Gastroenteritis durch Lebensmittelvergiftung oder akute Gastroenteritis

Kodierung Dauerdiagnosen:

- Typ 1 Diabetes mit Retinopathie
- ~~saisonale Pollenallergie~~

wird in diesem Quartal nur kodiert, wenn sie diagnostische bzw. therapeutische Relevanz hat

- ~~Z. n. Appendizitis~~

rein anamnestische Diagnose und nicht mehr anzugeben

A03 Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit

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

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

Verbleibende Krankheitssituation

„Z“ oder „G“?

- Ist eine Behandlungsdiagnose noch akut oder liegt bereits ein „Zustand nach“ vor?
- Nehme ich dann das Zusatzkennzeichen „Z“ oder gibt es in der ICD-10-GM einen spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation?

Diese Fragen spielen bei Infektionskrankheiten oder chronischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Tumor eine Rolle.

Verbleibende Krankheitssituation

Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Gibt es einen spezifischen Code für die verbleibende Krankheitssituation, z. B. „Rest- oder Folgezustände“ einer früheren Erkrankung, dann nehmen Sie diesen. Der Code erhält das Zusatzkennzeichen „G“ (nicht „Z“).
- Gibt es in der ICD-10-GM keinen Code, der die verbleibende Krankheitssituation sachgerecht beschreibt, dann wählen Sie weiterhin den ICD-Code für die akute Erkrankung aus. Der Code erhält das Zusatzkennzeichen „Z“.

A04 Rest- und Folgezustände (Residuen)

2 Arten:

- Mit der Schlüsselnummer, die sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung kodiert, z.B. G21.3 Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom.
- Mit dem Code für den aktuellen Krankheitszustand und ggf. zusätzlich mit einer besonderen Schlüsselnummer, die im Titel „Folgen“ oder „Folgezustände“ einer früheren Erkrankung enthält, ohne den aktuellen Krankheitszustand zu beschreiben.

B0603 Schlaganfall, TIA und andere zerebrovaskuläre Krankheiten

Solange der akute Schlaganfall behandelt wird, ist 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.

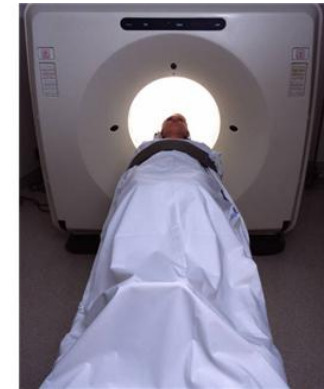
Schlaganfall

- I60.-Subarachnoidalblutung
- I61.-Intrazerebrale Blutung
- I62.-Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
- I63.-Hirnfarkt
- 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

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 durch Thrombose zerebraler Arterien
G81.0 G R	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
R47.0 G	Dysphasie und Aphasie

B0603 Schlaganfall, TIA und andere zerebrovaskuläre Krankheiten

Liegt anamnestisch ein Schlaganfall mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllen, vor, sind die neurologischen Ausfälle (z. B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) gemeinsam mit einer Schlüsselnummer aus

I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit zu kodieren
(siehe auch A04).

Kodierrichtlinien für Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen

Beispiel A07

Prävention / Gesundheits-Check / Vorsorgeuntersuchung / Screening / Früherkennung

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.**

A07 Prävention / Gesundheits-Check / Vorsorgeuntersuchung / Screening / Früherkennung

Beispiel 2:

Vorsorgeuntersuchung

Ein 60-jähriger Patient ohne spezifische Beschwerden stellt sich in einer Praxis zur Beratung für die Früherkennung von Darmkrebskrankheiten vor. Bei der anschließend durchgeführten Koloskopie findet sich kein pathologischer Befund.

Behandlungsdiagnose:

Z12.1 G Spezielle Verfahren zu Untersuchungen auf
Neubildungen des Darmtraktes

A07 Prophylaxe und Impfung

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 beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

Exemplarische Beispiele:

- Z00.0 Ärztliche Allgemeinuntersuchung Check up, Vorsorgeuntersuchung o. n. A.
- Z01.4 Gynäkologische Untersuchung (allgemein)
- Z01.6 Röntgenuntersuchung, andernorts nicht klassifiziert
Mammogramm, Röntgenthorax (routinemäßig)
- Z25.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe



A06 Vollständige und spezifische Kodierung

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

1. Auswahl einer **möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer** zur Verschlüsselung der Behandlungsdiagnose anhand der vorliegenden medizinischen Krankheitsinformation.
2. Auswahl **der endständigen ICD-Schlüsselnummer** bis zur maximalen Kodiertiefe (je nach ICD-Schlüsselnummer drei-, vier- und fünfstellige Kodierung).

Spezielle AKR prüfen !

A06 Vollständige und spezifische Kodierung

In der vertragsärztlichen Versorgung ist bei der
Diagnosendokumentation nach § 295 SGB V

- für die hausärztliche Versorgung,
- im organisierten Notfalldienst und
- in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes

die Angabe der vierstelligen ICD-Schlüsselnummer ausreichend.

Wenn die Diagnose aber in ihrer endständigen Differenziertheit bekannt ist, wird auch in diesen Bereichen empfohlen, bis zur fünften Ebene zu verschlüsseln.

Für einige Diagnosen ist in den speziellen Kodierrichtlinien eine fünfstellige Kodierung **ohne Ausnahme** Pflicht!

A08 Mehrfachkodierung

Die Kodierung einer Behandlungsdiagnose erfordert in den folgenden Fällen mehr als einen Kode aus der ICD-10-GM.

1. Kreuz-Stern-System (Ätiologie-Manifestations-Verschlüsselung)
2. Ausrufezeichen-Kodes

Zur Verschlüsselung sind in diesen Fällen **mindestens zwei ICD-Schlüsselnummern** erforderlich, die als Primär- und Sekundär-Schlüsselnummern bezeichnet werden.

Aufbau Spezielle Kodierrichtlinien



- Der kleine Kodierarchitekt

Systematik des Codeaufbaus; Welche Information auf welcher Ebene

B02 Neubildungen

- B0200 Bösartige Neubildungen (C00–C97)
- B0201 In-situ-Neubildungen (D00–D09)
- B0202 Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens (D37–D48)

Aufbau Spezielle Kodierrichtlinien

■ Do's and Dont's der Zusatzkennzeichen

B0200 Bösartige Neubildungen

B0400 Hypo- und Hyperthyreose

B0401 Hypo- und Hyperparathyreoidismus

B0603 Schlaganfall, TIA und andere zerebrovaskuläre Krankheiten

B0606 Hemi-, Para, Tetraparese und-plegie

B0902 Myocardinfarkt und chronisch ischämische Herzkrankheit



B0200 Bösartige Neubildungen

- Die ICD-Kodes für den Primär-, Rezidivtumor bzw. Metastasen sind immer mit dem Zusatzkennzeichen „G“ zu kodieren, wenn die Diagnose durch histologischen Nachweis gesichert oder durch eindeutige Kombinationen von laborchemischen, klinischen, intraoperativen Befunden und/oder bildgebenden Verfahren hinreichend gesichert sind. **Dabei sind die Befunde aller Versorgungsbereiche heranzuziehen.**
- Der ICD-Code wird solange mit dem Zusatzkennzeichen „G“ kodiert, **bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist.**
- Die Behandlung ist endgültig abgeschlossen, wenn keine weiteren therapeutischen Maßnahmen mehr durchgeführt werden oder geplant sind (z. B. durch Chemo-/Strahlentherapie, Palliativtherapie, Hormontherapie, wait and see, active surveillance).

B0200 Bösartige Neubildungen

- Werden nach abgeschlossener Behandlung weitere Tumor-Nachuntersuchungen durchgeführt, ist das primäre Malignom mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu verschlüsseln.
- Für die Kodierung der Tumor-Nachuntersuchung ist zusätzlich eine Schlüsselnummer aus Z08.- Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung zu kodieren.

B0200 Bösartige Neubildungen

Beispiel:

Eine Patientin erhielt vor 3 Jahren eine brusterhaltende Operation und Radiatio wegen eines Mammakarzinoms im oberen, äußeren Quadranten rechts mit Befall der axillären Lymphknoten (T2, N1, M0). Die Patientin kommt zur Fortsetzung der adjuvanten Hormontherapie mit Tamoxifen.

Behandlungsdiagnosen:

- C50.4 G R Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C77.3 G R Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität

B0200 Bösartige Neubildungen

Beispiel:

Nach Abschluss der Behandlung kommt die Patientin zur Nachuntersuchung. Kein Nachweis eines Rezidivs oder von Metastasen.

Behandlungsdiagnosen:

- Z08.7 G Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung
- C50.4 Z R Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C77.3 Z R Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität

B0200 Bösartige Neubildungen

- Handelt es sich um die rein anamnestiche Angabe einer Tumorerkrankung, die aber die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, ist eine Schlüsselnummer aus **Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese** mit dem Zusatzkennzeichen „G“ zu kodieren.
- Der Unterschied zwischen der Kodierung als Tumor mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ oder als Z85.- ist fließend, beide Codes können auch gemeinsam verschlüsselt werden.
- Da im Grouper nur „G“-Diagnosen berücksichtigt werden, sollte der Z85.- G Kode auf jeden Fall verschlüsselt werden.

Aufbau Spezielle Kodierrichtlinien

■ Freunde und Feinde unter Codes

Was braucht zwei Codes? Welche Codes dürfen nicht nebeneinander kodiert werden?

B0405 Hyperurikämie und Gicht

B0600 Multiple Sklerose

B0605 Polyneuropathien

B07 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

B12 Krankheiten der Haut und Unterhaut

B15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett



Aufbau Spezielle Kodierrichtlinien

■ Ritt durch die Kapitel der ICD

Kodes im Zusammenhang mit einer Krankheit in unterschiedlichen Kapiteln in der ICD



B0100 Hepatitis

B0101 HIV/AIDS und assoziierte Erkrankungen

B0601 Epilepsie

B0604 Karpaltunnel-Syndrom und andere Mononeuropathien der oberen Extremität

B18 Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind

B21 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich

- Warum?
- Wie sehen sie aus?
- Wie müssen sie umgesetzt werden?
- Wie bringen wir sie unseren Mitgliedern nahe?

Sachstand Elektronische Kodierunterstützung

- KBV-Stammdateien zur Einbindung in die PVS-Systeme
 - **AKR-Stammdatei** = elektronische Fassung der AKR
 - ICD-Stammdatei mit **Verlinkung** von ICD zu AKR (1:n)
 - Kodierregelwerk (KRW)
 - **interaktiver Prüflauf** von Kodierregeln über den Gesamtdatenbestand
 - Fehlermeldung + Korrekturvorschlag (mit Kode)
 - **dezent** Anzeige in der Patientenakte oder Abrechnungsschein (kein Dialog notwendig)

Technische Umsetzung (1)

A05 Zusatzkennzeichen Seitenlokalisierung

- Kategorie: Fehler oder Hinweis
- Prüfregel: Basis der Prüfung (ICD, AKR)
- Prüfungsvorgang: Generelle technische Beschreibung
- Rückmeldetext: Anzeigetext für den Anwender:
„Was könnte falsch sein“
- Hinweis: Anzeigetext für den Anwender
„Was ist zu tun“

Technische Umsetzung (2)

A05 Zusatzkennzeichen Seitenlokalisierung

PFLICHTPRÜFUNG	
PR_A05_144	Wenn bei einer beidseitigen Behandlungsdiagnose die Schlüsselnummer die Information beidseitig bereits enthält ist das Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung L nicht korrekt.

Kategorie:

Fehler

Prüfregel:

ICD=K40.20 (SL=L) vorhanden

Prüfvorgang:

Dieser ICD-Kode enthält die Bezeichnung beid- oder doppelseitig. Daher ist keine Seitenlokalisierung anzugeben.

Rückmeldetext:

K40.20: Dieser ICD-Kode enthält die Bezeichnung beid- oder doppelseitig. Daher ist keine Seitenlokalisierung anzugeben.

Hinweis: Das Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung ist zu entfernen.

Sachstand Elektronische Kodierunterstützung

- KBV-Kodierassistent
 - Unterstützung für kleine Systeme oder Individualsysteme ohne eigene Umsetzungsmöglichkeiten der Kodiervorgaben
 - diagnosebezogene **Anzeige** relevanter Kodierrichtlinien (stand-alone)
 - Prüfung gegen Kodierregelwerk bei Kommunikation über **KRWcom** und **Fehlermeldung**
- ICD-10 Browser – *Version 4-*
 - Freitextbasierte Kodesuche mit Verlinkung zu den AKR
- PVS-Hersteller wurden rezertifiziert

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich

- Warum?
- Wie sehen sie aus?
- Wie müssen sie umgesetzt werden?
- Wie bringen wir sie unseren Mitgliedern nahe?

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich

- Durchführung von Multiplikatorenschulungen von ca. 90 KV-Mitarbeitern erfolgt
 - **Weitere Schulungen terminiert**

- PowerPointpräsentationen liegen vor
 - zu allen Allgemeinen und Speziellen Ambulanten Kodierrichtlinien
 - zum Aufbau der elektronischen Kodierregeln und –tools

- Infomaterialien z.B. Zusammenfassung der Allgemeinen Kodierrichtlinien als „Wegweiser“ erstellt

- Übungsbeispiele zur Anwendung/Umsetzung der AKR

Download unter „Richtig kodieren“ KBV Homepage

- Einführung - ein Überblick
- Gute Gründe für richtiges Kodieren
- Hinweise zum Kodieren Dauerdiagnosen
- Praxis-EDV
- Checkliste: Vorbereitung
- Checkliste: Kodierablauf: 5 Schritte zum richtigen Kode
- Wegweiser Ambulante Kodierrichtlinien: Alle Regeln auf einen Blick
- Fragen und Antworten
- Hinweise zur Testphase
- Powerpoint-Vortragsfolien der Schulung
- Ambulante Kodierrichtlinien Version 2010 (vollständige Druckversion)

Kodierrichtlinien im Ambulanten Bereich

Wo gibt es weitere Informationen?

www.kbv.de unter Richtig kodieren

Mailanfragen: richtig-kodieren@kbv.de

Die KBV wird im Herbst ein Informationsheft mit weiteren Hinweisen und Tipps zum Kodieren herausbringen, das Sie mit dem Deutschen Ärzteblatt bzw. der PP-Ausgabe als Beilage erhalten. Das Deutsche Ärzteblatt wird außerdem ab Ende September regelmäßig Kodierbeispiele veröffentlichen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit