



## IM BLICKPUNKT: Ambulante Kodierrichtlinien

### EINE INFORMATION DES VORSTANDES DER KBV

#### Anlage 1 zur Information des Vorstandes der KBV vom 10. Februar 2011

##### Einführung der AKR ist gesetzlich vorgeschrieben

Die Einführung der AKR wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im § 295 Abs. 3 Satz 2 SGB V gesetzlich vorgeschrieben.

Dort heißt es: *"Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Abs. 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend."*

Die in dieser Regelung angesprochenen Vertragsparteien sind die Partner der Bundesmantelverträge, d. h. der GKV-Spitzenverband sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung; der Verweis auf § 87 Abs. 6 stellt klar, dass die durch die Partner der Bundesmantelverträge vereinbarten Kodierrichtlinien der aufsichtsrechtlichen Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit unterliegen und von dort aus beanstandet werden können.)

In der amtlichen Begründung zu dieser gesetzlichen Regelung heißt es:

*"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 ("Diagnosis Related Groups") 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. Die Neufassung des Satzes 2 erster Halbsatz stellt dies klar."*

##### Erarbeitung der AKR durch das Institut des Bewertungsausschusses und erste Vereinbarung zur Einführung der AKR vom April 2010

Nach Inkrafttreten der vorgenannten Regelungen zur Einführung der AKR mit dem GKV-WSG am 1. Januar 2007 wurde das Institut des Bewertungsausschusses mit der Erarbeitung eines entsprechenden Entwurfes beauftragt. Dieser Entwurf wurde im Sommer 2009 fertig gestellt.

Entgegen der Forderung des GKV-Spitzenverbandes, die Kodierrichtlinien noch unmittelbar zum gesetzlich vorgegebenen Termin am 1. Juli 2009 einzuführen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich vehement dafür eingesetzt, dass die vom Institut des Bewertungsausschusses erarbeiteten Kodierrichtlinien zunächst einem



## IM BLICKPUNKT: Ambulante Kodierrichtlinien

### EINE INFORMATION DES VORSTANDES DER KBV

Kommentierungsverfahren unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsverbände sowie der ärztlichen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften unterzogen wird, damit deren Expertise noch vor einer verbindlichen Einführung der AKR dort berücksichtigt werden kann. Nachdem die Kassenärztliche Bundesvereinigung dies durchsetzen konnte, hat das Institut des Bewertungsausschusses nach Durchführung des Kommentierungsverfahrens und einer entsprechenden Überarbeitung der AKR im Januar 2010 einen neuen Entwurf vorgelegt.

Der GKV-Spitzenverband hat daraufhin gefordert, die AKR in der entsprechenden Fassung mit Wirkung ab 1. April 2010, spätestens aber mit Wirkung ab 1. Juli 2010 flächendeckend und verbindlich vorzugeben. Demgegenüber hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung gefordert, die AKR zunächst einem Praxistest zu unterziehen, welcher insbesondere der frühzeitigen Erkennung von Problemen bei der Implementierung der AKR in die Praxisverwaltungssysteme und deren Lösung dienen sollte, bevor eine bundesweit verbindliche Einführung der AKR erfolgt. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung deutlich gemacht, dass eine ausschließliche Umsetzung der AKR in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung im Kollektivvertrag nicht hingenommen werden kann, sondern allenfalls eine allgemeinverbindliche Einführung der AKR für sämtliche Bereiche der ambulanten Versorgung in Betracht kommt. Der GKV-Spitzenverband, welcher sich bis dahin in dieser Frage noch nicht eindeutig positioniert hatte, wurde hierzu zur Stellungnahme aufgefordert.

In der nach schwierigen Verhandlungen mit Wirkung ab 1. April 2010 geschlossenen ersten Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur Einführung der AKR konnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Forderung zur Erprobung der AKR in einem Praxistest vor deren weitergehenden Einführung durchsetzen. Im Gegenzug wurde im Rahmen dieser Vereinbarung geeinigt, die flächendeckende und verbindliche Einführung der AKR mit Wirkung ab 1. Januar 2011 festzulegen. Des Weiteren wurde vereinbart, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die für die termingerechte Einführung der AKR notwendigen Maßnahmen zur Schulung und EDV-Einbindung treffen.

Weiterhin hat sich der GKV-Spitzenverband im Zusammenhang mit dem Abschluss der Vereinbarung im Sinne der Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu einer allgemeinverbindlichen Einführung der AKR für sämtliche Bereiche der ambulanten Versorgung positioniert.

### **Vorbereitende Maßnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Einführung der AKR**

---

Zur Vorbereitung der Einführung der AKR hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Kodierregelwerk-Stammdatei für die Implementierung der AKR in die Praxisverwaltungssysteme erstellt und diese den Softwarehäusern mit Wirkung zum



## IM BLICKPUNKT: Ambulante Kodierrichtlinien

### EINE INFORMATION DES VORSTANDES DER KBV

1. Juli 2010 insbesondere zur Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Durchführung des Praxistests der AKR in dem Bezirk der KV Bayerns zur Verfügung gestellt.

Weiterhin hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits parallel zum Verlauf der Verhandlungen der Partner der Bundesmantelverträge mit Multiplikatoren-Schulungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vorbereitung der Einführung der AKR begonnen. Diese wurden am 11./12. Februar 2010, 18./19. Februar 2010, 16./17. März 2010 und am 21. Oktober 2010 im Hause der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt. Zusätzliche von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen angebotene Termine für Multiplikatoren-Schulungen am 20./21. April 2010 sowie am 2. und 23. September 2010 wurden aufgrund mangelnder Anmeldungen abgesagt. Eine Multiplikatoren-Schulung der Hersteller von Praxisverwaltungssystemen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 12. und 13. April 2010 durchgeführt. Jenseits der Multiplikatoren-Schulungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Nachfrage der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Berufsverbände zusätzlich bis jetzt über 30 In-House-Schulungen bzw. Schulungen im Rahmen von Fachkongressen abgehalten.

Neben den Schulungsveranstaltungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung seit März 2010 die Sonderseite "Richtig Kodieren" auf der KBV-Homepage [www.kbv.de](http://www.kbv.de) geschaltet, welche unter laufender Aktualisierung sämtliche Informationen rund um die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien nebst einer Vielzahl von Hilfestellungen der AKR bereitstellt.

Zudem hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung für die Multiplikatoren von Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden ausführliches Schulungsmaterial und für die am Praxistest in der KV Bayerns beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten eine umfassende Starter-Mappe mit einer Vielzahl von Praxisinformationen und Checklisten zur Anwendung der AKR entwickelt, welche ebenfalls auf der KBV-Homepage in stetig aktualisierter Fassung allgemein zur Verfügung gestellt werden.

Des Weiteren wurde den Ärzten und Psychotherapeuten am 17. Dezember 2010 über das Deutsche Ärzteblatt eine Servicebroschüre "Richtig Kodieren" mit nützlichen Hinweisen zur Anwendung der AKR zum Kodieren über das Deutsche Ärzteblatt zur Verfügung gestellt. Seit Januar 2011 erscheint im Deutschen Ärzteblatt im 14-tägigen Wechsel mit einem fortlaufenden AKR-Ratgeber eine CME-Fortbildung, welche zehn Schulungseinheiten umfasst. Weiterhin ist ein programmierter Fortbildungskurs zur Einführung in die AKR und zum richtigen Kodieren in Vorbereitung, welcher als ergänzendes E-Learning-Angebot auf der KBV-Homepage bereitgestellt werden wird.



## IM BLICKPUNKT: Ambulante Kodierrichtlinien

### EINE INFORMATION DES VORSTANDES DER KBV

Das vorgenannte Angebot der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird weiterhin maßgeblich ergänzt durch die Kodierhilfen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung für jenseits der AKR liegende Fragestellungen der Kodierung nach der ICD-10-GM.

#### Praxistest der AKR in Bayern

---

Entsprechend der Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden die AKR in der Version 2010 im 3. Quartal 2010 einem Praxistest in dem Bezirk der KV Bayerns unterzogen. An dem Praxistest haben 87 Ärztinnen und Ärzte aus 22 Fachgruppen teilgenommen. Beteiligt waren hierbei 35 Einzelpraxen, 35 Gemeinschaftspraxen und 4 Medizinische Versorgungszentren mit Praxisverwaltungssystemen von 10 Herstellern. Die Zahl der insgesamt dokumentierten Behandlungsfälle belief sich auf 102.667.

Im Ergebnis dieses Praxistests fanden sich drei wesentliche Kritik- bzw. Ansatzpunkte hinsichtlich der weiteren Einführung der AKR:

- Bei der Mehrheit der im Rahmen des Praxistests zum Einsatz gekommenen Praxisverwaltungssysteme wurde ein deutlicher Verbesserungsbedarf hinsichtlich einer anwenderfreundlichen Einbettung der AKR in die Dokumentations- und Abrechnungssoftware des jeweiligen Praxisverwaltungssystems reklamiert.
- Es ergab sich inhaltlicher Klarstellungs- und Vereinfachungsbedarf einzelner AKR
- Es wurde weiterer Schulungsbedarf zur Ermöglichung einer korrekten Umsetzung der AKR angegeben.

Unter den vorgenannten Punkten wurde insbesondere der erste von den an dem Praxistest teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten hervorgehoben, wobei insbesondere die Hausärzte weitergehende Hilfestellungen forderten, damit die besonderen Belange der hausärztlichen Patientenversorgung sachgerecht zur Abbildung kommen.

#### Zweite Vereinbarung zur Einführung der AKR

---

In Konsequenz der Ergebnisse des Praxistests sowie der Beratungen der 35. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 1. Oktober 2010 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine verbindliche flächendeckende Umsetzung der AKR noch mit Wirkung ab 1. Januar 2011 abgelehnt und gefordert, die AKR im Jahr 2011 lediglich auf freiwilliger Basis einzuführen sowie eine bundesweit verpflichtende Umsetzung der AKR hinter die Behebung der aus dem Praxistest resultierenden Kritikpunkte auf den 1. Januar 2012 zurückzustellen. Nachdem der GKV-Spitzenverband unter Berufung auf das Bundesversicherungsamt und die Politik zunächst weiterhin auf einer bundesweit verbindlichen Umsetzung der AKR mit Wirkung ab 1. Januar 2011 bestanden hatte, konnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der am 4. November



## IM BLICKPUNKT: Ambulante Kodierrichtlinien

### EINE INFORMATION DES VORSTANDES DER KBV

2010 getroffenen zweiten Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien im Jahr 2011 immerhin durchsetzen, dass eine nicht oder nur eingeschränkt mögliche Anwendung der Ambulanten Kodierrichtlinien bis zum 30. Juni 2011 sanktionsfrei gestellt ist.

Für diesen weiteren Aufschub musste allerdings in der Vereinbarung die Zusage eingegangen werden, dass dies bei der Gewichtung des Anteils des diagnosenbezogenen Klassifikationsverfahrens bei der Bemessung der Zunahme des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2013 zu berücksichtigen ist.

#### **Beschlüsse der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 3. Dezember 2010**

---

In ihrer 36. Sitzung der 13. Amtsperiode hat sich die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 3. Dezember 2010 erneut mit der Einführung der AKR befasst. Hierbei wurden zwei Anträge zum Stopp der Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien bzw. zur Aussetzung der Anwendung der Kodierrichtlinien mehrheitlich bzw. mit großer Mehrheit abgelehnt, dafür aber mit Mehrheit ein Beschluss zur Überarbeitung der Kodierrichtlinien gefasst. Nach diesem Beschluss sind die Kodierrichtlinien in Bezug auf die Testung in Bayern im ersten Halbjahr 2011 an die Bedürfnisse der Praxis, insbesondere im hausärztlichen Bereich anzupassen und es soll dafür Sorge getragen werden, dass die Umsetzung der Kodierrichtlinien in den Praxisverwaltungssystemen optimal gestaltet wird.

#### **Stand der Umsetzung des Beschlusses der Vertreterversammlung**

---

Während in den Ambulanten Kodierrichtlinien der Version 2011 die Korrekturen in Bezug auf die Ergebnisse der Testung der Ambulanten Kodierrichtlinien in der Version 2010 im Bezirk der KV Bayerns bereits umgesetzt werden konnten, laufen die Bemühungen, die Kodierrichtlinien in ihrer praktischen Umsetzung entsprechend der Bedürfnisse der Praxis, insbesondere im hausärztlichen Bereich, zu optimieren, auf Hochtouren.

Im Einzelnen ergibt sich zur Umsetzung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 3. Dezember 2010 folgender Sachstand:

##### **1. Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zu den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) vom November 2010**

Die AKR werden zum 1. Januar 2011 mit einer 6-monatigen Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2011 eingeführt, in der die Nichtanwendung sanktionsfrei bleibt. Die Übergangsfrist wurde vereinbart, um dem Zeitbedarf für bestehenden



## IM BLICKPUNKT: Ambulante Kodierrichtlinien

### EINE INFORMATION DES VORSTANDES DER KBV

Schulungsbedarf und eine möglichst anwenderfreundliche Implementierung der AKR in die Dokumentations- und Abrechnungssoftware von Praxisverwaltungssystemen Rechnung zu tragen.

#### 2. Überarbeitung der AKR Version 2011

Aufgrund von Erfahrungen im Rahmen des Praxistests in Bayern wurden einzelne Kodierrichtlinien deren Ausführungen noch missverständlich waren, überarbeitet. Dies betraf insbesondere die Regelungen der Kodierrichtlinie A07 Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen:

- Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt – Klarstellung der Anwendung des Codes Z76.0
- Screening/Prävention/Früherkennung – Aufnahme einer klaren Regelung, wenn pathologische Befunde vorliegen, die nicht dem Untersuchungsanlass entsprechen
- Nicht endgültig gesicherte Diagnosen mit Therapie – Neuformulierung der Regelung und Verschiebung unter die Kodierrichtlinie A03 zur Anwendung des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit „G“
- Somatische Diagnosen und Psychotherapie – Aufnahme einer Regelung zur Anwendung von somatischen Diagnosen durch Psychotherapeuten.

#### 3. Überarbeitung des Anforderungskataloges zur softwaretechnischen Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen sowie der KBV-Stammdateien

- Implementierung einer gestuften Anwendung der Vorgaben zu den Kodierrichtlinien mit Schalterfunktion (Ein- sowie Ausschalten der AKR möglich)
- Einschränkung der Prüfungen auf den Echtzeitbetrieb der Kodierung im laufenden Quartal – keine Kodierprüfungen im Rahmen des Abrechnungsprüfmoduls bis zum 01. Juli 2011
- Überarbeitung der Prüfregeln der Kodierregelwerksstammdatei (KRW-Stammdatei) mit Fokus auf AKR-spezifische Regeln (Gesamtversion der KRW-Stammdatei mit 17.000 vorliegenden (primär) ICD-10-Regelungen wurde reduziert auf knapp 8.000 Regeln)
- Reduktion der Regeln mit dem Status "harter Fehler", der sich auf die Abrechnung auswirkt (ab 01. Juli 2011), auf Kodieranforderungen die in direktem Zusammenhang mit der EBM-Abrechnung stehen (insgesamt 18 Regeln).



## IM BLICKPUNKT: Ambulante Kodierrichtlinien

### EINE INFORMATION DES VORSTANDES DER KBV

#### 4. Berücksichtigung der Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung

Im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung wurde ein Arbeitsgruppe "Kodieren – Lösungen für Hausärzte" eingerichtet, welche zur Erleichterung der Abbildung der Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung mittels der ICD-10-GM eine Zusammenstellung der für die hausärztliche Versorgung relevanten Schlüsselnummern in der ICD-10-GM sowie die Erstellung einer diesbezüglichen Überleitungstabelle aus der ISPC-2 empfohlen hat. Die Erstellung eines Kataloges inklusive Thesaurus mit den für die hausärztliche Versorgung relevanten Schlüsselnummern auf Basis der ICPC-2 wird in der ersten Februarhälfte abgeschlossen. Der im Ergebnis resultierende Thesaurus wird den Hausärzten als vorläufige Arbeitshilfe unmittelbar zur Verfügung gestellt und bei dem am Praxistest der AKR im Bezirk der KV Bayerns teilnehmenden Hausärzten, weiteren interessierten Ärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufs- und Fachverbänden einem Kommentierungsverfahren unterzogen. Der Thesaurus wird danach mit den aus dem Kommentierungsverfahren resultierenden Anpassungen noch mit Wirkung ab 1. Juli 2011 in die Praxisverwaltungssysteme implementiert und damit als integrierte Lösung ab dem 3. Quartal 2011 zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Zusage eingeholt, dass erforderliche Erweiterungen der ICD-10-GM auf Grundlage der ICPC-2 mit in die ICD-10-GM-Version 2012 übernommen werden. Parallel hierzu läuft bereits eine lizenzrechtliche Klärung zu Möglichkeiten der Einbindung der ICPC-2 mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) sowie dem Welthausärzterverband WONCA, welche die Rechte daran besitzen.



## Thema: Ambulante Kodierrichtlinien

Information der KBV 137/2011

An die  
Kassenärztlichen Vereinigungen

Vorsitzender des Vorstands  
**Dr. Andreas Köhler**  
Tel. (030) 40 05 – 1001 + 1002  
Fax (030) 40 05 – 1090  
E-Mail: AKoehler@kbv.de  
Dr. Kö/Ra/pre/Az.:§ 295 SGB V

---

30. Juni 2011

### **Keine Anwendung der AKR zum 1. Juli 2011 – KBV setzt Vereinbarung nicht um**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach mehrfachem Appell an den GKV-Spitzenverband, eine einvernehmliche Lösung zum weiteren Umgang mit den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) zu finden, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung entschieden, die Vereinbarung zum Inkrafttreten der AKR nicht umzusetzen. Damit müssen die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die AKR ab 1. Juli 2011 definitiv nicht zur Verschlüsselung ihrer Behandlungsdiagnosen benutzen. Ziel ist es, die Vereinbarung zu kündigen, sobald das Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten ist.

#### **Vereinbarung zur Aussetzung der AKR mit den Krankenkassen ist noch in Abstimmung**

Die Krankenkassen hatten bis zum Schluss darauf beharrt, einem einvernehmlichen Aussetzen der Vereinbarung nur zuzustimmen, wenn dies später bei der Berechnung von Honorarzuwächsen berücksichtigt wird. Die KBV hat diese Forderung als untragbar abgelehnt und entschieden, den Vertrag nicht umzusetzen. Die von den Partnern der Bundesmantelverträge im November 2010 abgeschlossene Vereinbarung sieht eine bundesweite verpflichtende Anwendung der AKR zum 1. Juli 2011 vor.

Mit der Nichtumsetzung dieser Vereinbarung kommt die KBV der Forderung der Vertreterversammlung nach, die am 30. Mai in Kiel dafür votiert hatte, die AKR nicht anzuwenden. Hintergrund dafür war der nunmehr vorliegende Referentenentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Die Bundesregierung kündigt darin an, dass die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes, auf Bundesebene Ambulante Kodierrichtlinien zu vereinbaren, entfallen soll. Sollte die Regelung so Gesetz werden, gibt es für die AKR-Einführung keine Rechts-

## Information der KBV 137/2011

grundlage mehr. Eine vorübergehende verpflichtende Anwendung bis Jahresende wäre für die Vertragsärzte unzumutbar gewesen. Deshalb hatte die KBV die Kassen aufgefordert, die Vereinbarung zunächst auszusetzen, um sie mit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes zu kündigen.

Auch die Kassen sehen vor dem Hintergrund der gesetzlichen Planungen in einer verpflichtenden Umsetzung der Ambulanten Kodierrichtlinien zum 1. Juli 2011 keinen Sinn mehr. Die KBV strebt daher weiter eine Vereinbarung mit den Krankenkassen zur Aussetzung der Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur verpflichtenden Anwendung der AKR mit Wirkung ab 1. Juli 2011 an, wird die AKR-Einführung im notwendigen Fall aber auch ohne eine solche Aufhebungsvereinbarung auf Dauer nicht umsetzen.

### Auswirkungen für Praxen

Im Folgenden möchten wir Sie über die Konsequenzen informieren, die sich aus dem Referentenentwurf bzw. aus dem Aussetzen der Vereinbarung ergeben:

- Die AKR treten nicht zum 1. Juli in Kraft. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen sie nicht anwenden.
- Die gesetzliche Verpflichtung aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zum Kodieren der Diagnosen nach der ICD-10-GM bleibt weiterhin bestehen. Die darin enthaltenen Regelungen sind anzuwenden.
- Auswirkungen im Rahmen der Praxisverwaltungssoftware und der Abrechnungsmodule:
  - Im Anforderungskatalog der KBV an die Softwarehersteller wird ein AKR-Schalter zum Ein- und Ausschalten der AKR-Funktionalitäten in der Praxissoftware gefordert. Grundsätzlich empfiehlt die KBV, diesen Schalter durch die Ärzte ausgeschaltet zu lassen.
  - Ärzte, die die AKR schon anwenden und eine Gliederung der Dauerdiagnosen in anamnestische und behandlungsrelevante Dauerdiagnosen vorgenommen haben, können den Schalter auf freiwilliger Basis nach wie vor aktiviert lassen. Hierdurch wird sichergestellt, dass auch bei Nichtumsetzung der AKR die Aufteilung bleibt. Sie entspricht den Vorgaben der ICD-10-GM und ist somit weiterhin sinnvoll. Inwieweit eine Praxis diese Unterscheidung in anamnestische und Dauerdiagnosen weiterhin nutzen will, bleibt ihr selbst überlassen.
  - Bereits freigeschaltete Kodierregelwerke mit Hinweisen zur korrekten Kodierung können ebenfalls vorerst durch Einschalten des AKR-Schalters weiter auf freiwilliger Basis genutzt werden.
  - Der Anforderungskatalog an die Softwarehersteller wird umgehend angepasst, so dass ab dem Vorliegen konkreter gesetzlicher Regelungen weitergehende Maßnahmen greifen. Über Art und Umfang dieser Maßnahmen werden wir Sie jeweils zeitnah informieren
  - Der ICD-10-Browser als Suchmaschine zur Ermittlung des korrekten ICD-10-GM-Kodes wird auch zukünftig weiter zur Kodierunterstützung bereitgestellt.



## Information der KBV 137/2011

- Ergänzende Werkzeuge zur Kodierunterstützung wie Hausarztthesaurus und ZI-Kodierhilfe werden vorerst nicht bereitgestellt. Sie sollen aber zur ICD-10-GM-Kodierunterstützung angepasst werden.

Den Ärzten und Psychotherapeuten entstehen durch diese Maßnahmen keine Kosten. Bereits durchgeführte Anpassungen und Bereinigungen von Diagnosekodierungen bleiben bestehen. Geleistete Arbeit geht damit nicht verloren.

Die Telefonhotline der KBV ist zurzeit eingestellt, die KBV-Internetseite „Richtig kodieren“ wird vollständig überarbeitet und ist vorübergehend deaktiviert.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, dass die KBV den Wegfall der AKR begrüßt. Sie wird jedoch weiterhin Maßnahmen hinsichtlich der Verbesserung der Kodierqualität fördern, um letztlich auch Sie, die Kassenärztlichen Vereinigungen, bei Ihren regionalen Honorarverhandlungen zu unterstützen.

### **Praxisinformation für Ihre Ärzte und Psychotherapeuten**

Wir haben diesem Schreiben eine Praxisinformation beigelegt, die Sie zur Information Ihrer Mitglieder nutzen können. Sobald weitere Entscheidungen und Beschlüsse zur Thematik getroffen wurden, werden wir Sie schnellstmöglich informieren. Für Rückfragen steht Ihnen das Dezernat 3 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Köhler

**Anlage**



## Thema: Ambulante Kodierrichtlinien

Information der KBV185/2011

An die  
Kassenärztlichen Vereinigungen

Dezernat 3  
Vergütung, Gebührenordnung  
und Morbiditätsorientierung  
Dr. Bernhard Rochell  
Tel. (030) 40 05 – 1312  
Fax (030) 40 05 – 1390  
E-Mail: [BRochell@kbv.de](mailto:BRochell@kbv.de)  
Ro/Ra/to/Az: § 295 SGB V

---

12. September 2011

### **Krankenkassen stimmen Aussetzung der AKR-Vereinbarung zu – außerdem: Neue Unterstützungsangebote zum Kodieren**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Vereinbarung zur Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ist ausgesetzt. Die Partner der Bundesmantelverträge haben eine entsprechende vertragliche Regelung unterzeichnet (Anlage). Damit liegt jetzt auch die Zustimmung der Krankenkassen vor, dass Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die AKR nicht anwenden müssen. Die KBV hatte bereits Ende Juni erklärt, die Vereinbarung nicht umzusetzen. Die ausgesetzte Vereinbarung war Ende vergangenen Jahres abgeschlossen worden mit dem Ziel, die Ambulanten Kodierrichtlinien zum 1. Juli 2011 bundesweit einzuführen. Sie soll gekündigt werden, sobald das Versorgungsstrukturgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in Kraft tritt und damit die Verpflichtung zur Vereinbarung von AKR auf Bundesebene entfällt.

#### **Kompromiss ermöglicht einvernehmliche Lösung**

Die Einigung zwischen KBV und Krankenkassen ist durch einen Kompromiss möglich geworden, dem der Arbeitskreis der Kassenärztlichen Vereinigungen (AK KV) am 11. August zugestimmt hatte. Danach wurde in die Aussetzungsvereinbarung folgender Passus aufgenommen: „Die Partner der Bundesmantelverträge 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.“ Die Krankenkassen wollten ursprünglich nur die ihrer Meinung nach unzureichende Kodierqualität vertraglich verankern. Die Möglichkeit der regionalen Prüfung wurde erst auf Drängen von KBV und KVen aufgenommen.

Durch diesen Kompromiss konnte Einvernehmen mit den Krankenkassen und damit Rechtssicherheit hergestellt werden. Für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten selbst ändert sich aber nichts: Die KBV hatte bereits Ende Juni erklärt, dass die Ärzte die Richtlinien nicht anwenden müssen. Ein Einvernehmen mit den Krankenkassen konnte damals nicht hergestellt werden.

### **Neue Kodierhelfer: Internetseite und Wegweiser ICD-10-GM**

Auch wenn laut Regierungsentwurf zum GKV-VStG die Vorgabe zur Einführung von Ambulanten Kodierrichtlinien voraussichtlich entfällt, bleibt die gesetzliche Verpflichtung aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zum Kodieren der Diagnosen nach der ICD-10-GM bestehen. Die KBV wird deshalb Informations- und Serviceangebote bereitstellen, die Ärzte beim Kodieren unterstützen sollen. Erste Angebote sind:

- Neue Internetseite „ICD kodieren“

In einem ersten Schritt haben wir auf der Homepage der KBV eine neue Serviceseite unter dem Titel „ICD kodieren“ ([www.kbv.de/kodieren](http://www.kbv.de/kodieren)) eingerichtet. Dort werden sukzessive praktische Hilfen wie Checklisten, FAQ und Beispiele zur Anwendung der ICD-10 bereitgestellt, um das Kodieren möglichst unkompliziert in den Praxisalltag zu integrieren.

- Wegweiser ICD-10-GM – wesentliche Regeln auf einen Blick

Ergänzend zum Hausarzkatalog des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung („Kitteltaschenversion“) haben wir einen Wegweiser mit allgemeinen Regeln der ICD-10-GM zusammengestellt. Dieser ist diesem Schreiben als Praxisinformation beigelegt, die Sie zur Information Ihrer Mitglieder nutzen können. Auf der Internetseite „ICD kodieren“ finden Sie ihn unter Basiswissen ICD-10.

### **Hintergrund: Gründe für die Verschlüsselung nach ICD-10-GM**

Die Verpflichtung zum Kodieren bleibt mit dem Wegfall der AKR bestehen. In welchen Bereichen die genaue Abbildung des Krankheitsgeschehens eine Rolle spielt, haben wir nachfolgend zusammengestellt.

Allein im Gesetzesentwurf zum GKV-VStG findet sich in drei Passagen der Hinweis auf eine Kodierung nach ICD-10-GM:

- Im § 87a Abs. 4, Nr. 2 SGB V wird die Veränderungsrate bei der Honorarentwicklung, die künftig regionalspezifisch ermittelt wird, weiter an die Morbiditätsstrukturveränderung gebunden.
- Im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung enthält der § 99 Abs. 1 SGB V den Passus, dass von den G-BA-Richtlinien aufgrund regionaler Besonderheiten insbesondere hinsichtlich von Demographie und Morbidität abgewichen werden kann.

## Information der KBV 185/2011

- Zur spezialärztlichen Versorgung wird ausgeführt, dass nach § 116b Abs. 3 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss die Erkrankung für die spezialärztliche Versorgung auf der Basis der ICD-10-GM zu konkretisieren hat.

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

Weitere Schlagworte im Zusammenhang mit den ICD-10-Kodes sind ambulante Behandlungsdiagnosen im Morbi-RSA, die Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf Basis von ICD-Kodes sowie Kodiervorgaben im Zusammenhang mit Selektivverträgen. ICD-Kodes dienen auch als Triggerfunktion im Rahmen von Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und als Basis von Analysen zur Ermittlung von Verlagerungseffekten. Auch in der Versorgungsforschung sind sie von Bedeutung.

Richtiges Kodieren wird allein schon aus diesen Gründen weiterhin eine entscheidende Rolle im Gesundheitsbereich spielen. Von daher ist es unerlässlich, dass wir die Vertragsärzte bestmöglich unterstützen.

Für Ihre Rückfragen zum Thema Kodieren stehen Ihnen die Mitarbeiter des Dezernats 3 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Rochell', written over a white rectangular area.

Dr. Bernhard Rochell  
Dezernent

### Anlagen