



© Zerophoto – stock.adobe.com

# Der Stichtag ist gekommen

## Ambulante Kodiervorgaben zum 1.7.2022

Von Ursula Klinger-Schindler

Mit sechs Monaten Verzögerung müssen die ambulanten Kodiervorgaben zum 01. 07. 2022 verbindlich umgesetzt werden. Dies trifft für die Abrechnung in Klinik und MVZ gleichermaßen zu. Eine schrittweise Einführung soll die Umsetzung begleiten.

**Keywords:** Ambulante Versorgung, Abrechnung

Jeder, der sich schon mehrere Jahre mit der ambulanten Abrechnung in Klinik und Praxis befasst, wird sich erinnern können. Vor genau elf Jahren, zum 1.7.2011, wurden die ambulanten Kodier-Richtlinien durch die Kassenärztliche Vereinigung (KBV) als ausgesetzt verkündet. Die Einführung der in die „ambulanten Kodiervorgaben“ umbenannten Richtlinien wurde damit nur verschoben. Eine verpflichtende Umsetzung wurde nun auf den 1.7.2022 terminiert, da rund 40 Prozent der Praxissoftwareanbieter die Aktualisierung in den Praxissoftwaresystemen nicht pünktlich umsetzen konnten. Grundlage bildet der ICD 10: Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind seit dem Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu verschlüs-

seln. Die Kodierung erfolgt nach der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, German Modifikation – kurz ICD-10-GM. Deren Systematisches Verzeichnis besteht aus 22 Kapiteln zu bestimmten Krankheiten oder Zuständen mit den jeweiligen Schlüsselnummern, dem offiziellen Diagnosetext und Benutzungshinweisen. Ergänzt wird es durch das Alphabetische Verzeichnis mit Begriffen der ICD-10-Systematik und Synonymen. Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Den Auftrag hat der Gesetzgeber der KBV mit dem TSVG erteilt und die Frist zum 1. 1. 2022 vorgegeben. Am 12. 6. 2020 bereits hat die Vertreterversammlung der KBV die „Kodiervorgaben nach Paragraph 295 Absatz 4 SGB V“ beschlossen.

### Anwendungsbereiche

Der Geltungsbereich der Anwendung ambulanter Kodiervorgaben ist übergreifend und betrifft nahezu alle Bereiche der ambulanten Behandlung am Krankenhaus bis hin zu MVZ und Arztpraxis, mit Ausnahme der Notaufnahme (► Infokasten).

### Die Rahmenbedingungen

Wie und wo ist die ärztliche Pflicht zur Dokumentation bisher festgeschrieben? In der Ärzte Muster-Berufsordnung (MBO) ist in § 10 Abs. 1, Satz 1 die „Dokumentationspflicht“ verankert. Überall dort, wo ambulante Abrechnung festgeschrieben ist, gilt der Bundesmantelvertrag (BMV-Ä), der in Abschnitt 14 besondere Rechte und Pflichten des Vertragsarztes und in § 57 die Dokumentation erhobener Befunde festschreibt. Daneben findet sich im EBM als Abrechnungsgrundlage der ambulanten Abrechnung noch die allgemeine Bestimmung 2.1 zur vollständigen Leistungserbringung. Die Vorgabe des einheitlichen Bewertungsmaßstabes legt fest, dass eine Leistung (GOP) nur dann vollständig erbracht ist, wenn ICD 10 und ggf. OPS dokumentiert sind. Die neuen Rah-

### Anwendungsbereiche ambulanter Kodiervorgaben

§ 27b Absatz 3, §§ 73b, 76 Absatz 1a, § 105, den §§ 116, 116a, 116b Absatz 2, §§ 117 bis 119, 119c, 120 Absatz 1a, den §§ 121a, 137f, 140a, § 311 sowie für die Behandlung nach § 115b SGB V

menbedingungen zu den ambulanten Kodiervorgaben legen zur Kodierung von Diagnosen nach dem ICD 10 nun fest, dass je Behandlungsfall mindestens eine Behandlungsdiagnose anzugeben ist, und dass diese anzahlmäßig unbegrenzt aufgeführt werden können. Die Reihenfolge, in der Behandlungsdiagnosen aufgeführt werden, ist beliebig. Im Vergleich zur Abrechnung in MVZ und Praxis findet sich hier bereits ein gravierender Unterschied zur Verschlüsselung der Diagnosepraxis im stationären Bereich der Klinik. Bei Übernahme eines Patienten aus der stationären in den ambulanten Versorgungsbereich, beispielsweise in das trügereigene MVZ, aber auch in die Bereiche Notaufnahme oder ambulante spezialfachärztliche Versorgung, können die Diagnosen des stationären Aufenthaltes als Behandlungsdiagnosen übernommen werden, wenn im abzurechnenden Quartal auf diese Diagnosen bezogene ambulante Behandlungen durchgeführt werden.

### Aufbau des Regelwerks

Die wichtigsten Rahmenbedingungen finden sich in den sechs Seiten umfassenden allgemeinen Regelungen zur Kodierung. Die Anlage I und II umfassen die festgelegten ersten 46 Kodiervorgaben mit den Prüfregeln aus dem Kodier-Regelwerk sowie der Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnosenverschlüsselung nach ICD-10-GM. Es handelt sich um ein schrittweises Einführungssystem. Das bedeutet, es wurde in einer ersten Selektion festgelegt, welche Diagnosebereiche mit Regeln zuerst umgesetzt werden müssen. Dazu gehören aus dem Bereich Herzinfarkt die ICD-Gruppe der Ischämischen Herzkrankheiten, aus dem Bereich Schlaganfall die ICD Gruppe der Cerebrovaskulären Krankheiten, die große ICD-Gruppe des Diabetes mellitus und die Bluthochdruckfolgen der ICD-Gruppe Hypertonie. Die Übersicht zeigt die Regelbereiche in der Übersicht, mit der Anzahl der Regelanwendungen sowie dem Status der Anwendung (► Tab.). Die einzelnen Regeln sind obligat oder fakultativ anzuwenden. Obligate Regelanwendungen sind immer verpflichtend umzusetzen. Unter fakultativen Regelanwendungen sind Kann-Regeln zu verstehen, eine Umsetzung ist nicht verpflichtend. Im Überblick der ersten Kodiervorgaben liegt der besondere Fokus auf dem Verschlüs-

Diagnosebereich	Anzahl	Anzuwenden
Akuter Myokardinfarkt „Zustand nach“	01-01-001	Obligat
	01-01-002	
Diabetes mellitus mit Komplikationen	01-02-010	Fakultativ
	01-02-016	
Diabetes mellitus mit Komplikationen	01-01-017	Obligat
	01-01-028	
Herz, Herz-Nierenerkrankungen	01-02-029	Fakultativ
	03-02-046	

Tab.: Regelbereiche in der Übersicht

selungsbereich der Diagnosen des Diabetes mellitus mit Komplikationen, alleine elf Regeln sind obligat anzuwenden. Für den Betrachter unsicher zu erkennen ist damit, dass die diabetologischen Schwerpunktpraxen zu Beginn der Einführung besonders betroffen sind.

### Kodiervorgabe Regel

Exemplarisch wird nachfolgend die Vorgabe an der Regel Nummer 001 zur korrekten Verschlüsselung des Herzinfarktes erklärt. Die Regelanwendung 001 ist obligat, also verpflichtend umzusetzen. Das Regelthema befasst sich mit dem ICD 10 Abschnitt IX, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, die Regel prüft die Verwendung der Kodierung „Zustand nach“ bei einem Code für Akuten Myokardinfarkt. Die Prüfparameter die geprüft werden, umfassen den ICD 10 Abschnitt I21.0 bis I21.9. Es erscheint in der Kliniksoftware die Regel mit dem Hinweis, dass ein spezifischer Code vorliegt. Der Vorschlag ein Code nach I25.20 bis I25.29 (Alter Myokardinfarkt, Zeitraum zurückliegend) mit dem Zusatzkennzeichen G soll, sofern zutreffend, übernommen werden.

### Umsetzungshinweise

Die Kodiervorgaben sind zum 01.07.2022 nicht nur verbindlich umzusetzen, sondern Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind für die korrekte Dokumentation der abrechnungsrelevanten Diagnosen verantwortlich, egal, ob der Einzelne selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Kodierung übernimmt. Das Kernproblem der Kodierung ist weiterhin nicht behoben. Weder bei der MFA im MVZ noch bei dem Mitarbeiter oder der Mitarbeiterin der ambulanten Abrechnung im Krankenhaus gehört die Kodierung von Diagnosen zum Ausbildungsrahmen. Das MVZ erlebt eine Unterstützung seitens der KBV durch den zum 01.07.2022 integrierten „Kodier-Check“ in der Praxissoftware. Der digitale Helfer, der beim Verschlüsseln

von Diagnosen unterstützen soll, wurde in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt beim Kodieren zur Verfügung. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Bluthochdruck folgen. Der Kodier-Check kann direkt beim Kodieren oder bei der Abrechnung durchgeführt werden. Er enthält bereits die obligaten und fakultativen Regeln für den Kodier-Check, die fakultativen Regeln können von vorneherein deaktiviert werden. Reklamationen seitens der Krankenkassen aufgrund der Nichtanwendung obligater Kodier-Regeln in ambulanten Abrechnungsfällen an Krankenhäusern konnten bis dato nicht beobachtet werden.

### Fazit

In der Anwendung der ambulanten Kodiervorgaben für die ambulante Abrechnung an Klinikambulanzen gestaltet sich die Umsetzung schwieriger. Hier treffen gleich mehrere Kernprobleme aufeinander. Neben Maßnahmen zur Behebung fehlender Kodier-Kenntnisse und fehlerhafter Kodierung seitens Arzt und Mitarbeiter der ambulanten Patientenabrechnung, fehlender Abstimmung und der fehlenden Festschreibung, wer kodiert, werden viele Kliniken zudem das Zugriffsrechtekonzept ihres Krankenhausinformationssystems für die ambulante Abrechnung aktualisieren müssen. Es empfiehlt sich als erste Maßnahme ein Status Quo der Kodierqualität einzelner Fachabteilungen, um erste Maßnahmen zur Unterstützung der ambulanten Kodierung festzulegen. Diese umfassen neben entsprechender Schulungsmaßnahmen aber auch neue Strukturen, wie die Überlegung zum gezielten Einsatz einer ambulanten Kodierfachkraft. ■

### Literatur bei der Verfasserin

**Ursula Klinger-Schindler**  
Abrechnungsberatung für Klinik und MVZ  
u.klinger@abrechnungseminare.de