

DIE KODIERUNTERSTÜTZUNG FÜR PRAXEN DIREKT UND DIGITAL – AB JANUAR 2022 IN DER PRAXISSOFTWARE

Praxen erhalten ab Januar 2022 einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Er wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Ärzten und Psychotherapeuten direkt beim Kodieren zur Verfügung – ob bei der Abrechnung oder bei der Angabe der Diagnose auf dem Krankenschein. Mit der Kodierunterstützung kommen keine neuen Regeln oder Vorgaben: Basis ist und bleibt die ICD-10-GM.

Bluthochdruck, Grippe oder Mittelohrentzündung. Bei solchen Krankheiten ist die Wahl des richtigen Diagnosekodes Routine. Eine im Praxisverwaltungssystem integrierte Codesuche oder automatisch angezeigte Hinweise zum Kodieren unterstützen Ärzte und Psychotherapeuten bereits jetzt. Wird das Krankheitsbild komplexer, kann sich die Suche nach einem passgenauen Diagnoseschlüssel mitunter schwierig gestalten. Hier kommt ab Januar 2022 die neue Kodierunterstützung zum Einsatz. Sie wird in der Praxissoftware bereitgestellt und kombiniert bestehende und neue Funktionen rund um die Kodierung (siehe Übersicht unten). Sie bietet Ärzten und Psychotherapeuten eine Lösung aus einer Hand – von der Suche bis zur Auswahl eines Diagnosekodes. Regelungen der ICD-10-GM werden damit transparenter und leichter anwendbar.

Funktionen der Kodierunterstützung

Eine neue Funktion ist der Kodier-Check – zur Plausibilisierung von gewählten Codes, der bei vier Diagnosebereichen im Hintergrund läuft. Neben der ICD-10-GM ist künftig auch die Verschlüsselungsanleitung, herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), in die Praxissoftware eingebunden. Bewährte Funktionen wie die Codesuche und die Kennzeichnung von Dauerdiagnosen wurden überarbeitet und stehen weiter für alle Diagnosebereiche bereit.

Mit der Erweiterung der Kodierunterstützung um neue Inhalte und Funktionalitäten sind künftig alle Informationen der ICD-10-GM zum Kodieren in der Praxissoftware zu finden. Das Nachschlagen in Büchern und Suchen im Internet, was gerade bei seltenen oder komplexen Kodierungen mitunter nötig ist, entfällt.

Gesetzlicher Auftrag

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat die KBV den Auftrag erhalten, verbindliche Vorgaben zum Kodieren zu erstellen und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Denn immer wieder steht die Kodierqualität auf dem Prüfstand. Für die KBV stand von Anfang an fest: Durch neue Kodiervorgaben darf keine neue Bürokratie entstehen. Im Gegenteil: Das Kodieren soll leichter werden.

Das Ergebnis ist die praxisnahe Kodierunterstützung – integriert im PVS. Mit ihr werden keine neuen Regelungen eingeführt. Vielmehr hilft sie, die vorhandenen, aber teils recht komplexen Regelungen der ICD-10-GM noch besser anzuwenden und den passenden Code zu finden. Bei der Ausgestaltung hat die KBV darauf geachtet, dass den Praxen möglichst keine Mehrarbeit entsteht, sondern sie entlastet werden – durch eine Unterstützung nach Maß.

Die konkrete Implementierung der Kodierunterstützung in das jeweilige PVS obliegt den Herstellern und kann in Funktionalität und Darstellung variieren. Eine individuelle Ausgestaltung ist erforderlich und sinnvoll, damit sich die von der KBV vorgegebenen Inhalte optimal in den Work-Flow der jeweiligen Software integrieren können.

Kodieren ist zu einem wichtigen Part der vertragsärztlichen Arbeit geworden, der von niemandem sonst übernommen werden kann. Unter anderem wirkt sich eine exakte Kodierung der Behandlungsdiagnosen auf die Geldströme im Gesundheitssystem aus und kommt somit auch den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten zugute.

Denn mithilfe der Codes wird gemessen, wie krank die Versicherten sind und wieviel Geld letztlich für ihre medizinische Versorgung benötigt wird. Dies spielt sowohl eine Rolle beim Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen – wer mehr Schwerkranke versichert hat, erhält mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds – als auch bei den jährlichen Honorarverhandlungen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Vor diesem Hintergrund steht die Kodierqualität auch immer wieder auf dem Prüfstand. Im Fokus stehen Krankheiten mit hohen Fallzahlen, deren Behandlung jährlich Millionen kostet.

So funktioniert der Kodier-Check

Der neue Kodier-Check startet so auch bewusst für vier Diagnosebereiche mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks. Geben Praxen einen Kode aus diesen Diagnosebereichen an, beginnt ein Kodierregelwerk im Hintergrund mit der Prüfung. Passt etwas nicht, meldet es sich und gibt beispielsweise den Hinweis, dass ein spezifischerer ICD-10-GM-Kode vorhanden ist und bietet diesen direkt zur Auswahl an. Mit nur einem Klick kann der Anwender den Kode übernehmen oder ablehnen. Soll der Hinweis bei diesem Fall im selben Quartal nicht noch einmal angezeigt werden, kann er deaktiviert werden. Die ärztliche Entscheidung hat oberste Priorität.

Die Software ist so voreingestellt, dass der Kodier-Check direkt bei der Kodierung läuft. Wer das nicht möchte, kann die Einstellung so anpassen, dass die Überprüfung erst bei der (Test-)Abrechnung erfolgt. Ärztinnen und Ärzte erhalten dann eine Übersicht mit allen Behandlungsfällen und den entsprechenden Hinweisen angezeigt, und die Fälle können einzeln bearbeitet werden.

Anlegen von Dauerdiagnosen weiter möglich

Die Funktion, Behandlungsdiagnosen eines Quartals so zu kennzeichnen, dass sie auch in den Folgequartalen automatisch in die Abrechnungsunterlagen übernommen werden können, bleibt erhalten. Neu ist, dass diese Funktion künftig auch für anamnestische Diagnosen bereitsteht und in jeder Praxissoftware aktiviert ist. Einige Ärzte und Psychotherapeuten werden somit ab Januar 2022 zum ersten Mal damit arbeiten können – die Nutzung bleibt aber freiwillig.

Bevor Praxen „Dauerdiagnosen“ oder „anamnestische Diagnosen“ in die Abrechnung übernehmen, sollte eine Prüfung erfolgen, ob diese in dem Quartal für die Behandlung relevant waren. Die Auswahl und Übernahme ist weiterhin mittels weniger Klicks im PVS möglich. Der Diabetes mellitus eines Patienten ist beispielsweise regelhaft Anlass zur Behandlung und wäre eine klassische Dauerdiagnose. Eine Penizillin-Allergie hat ein Patient ebenfalls dauerhaft, sie führt aber nur sporadisch zu einem Behandlungsaufwand. Für die ärztliche Entscheidung ist sie etwa bei der Verordnung eines Antibiotikums wichtig und daher als anamnestische Diagnose zu kennzeichnen.

Eine zusätzliche Funktion bietet die Kodierunterstützung speziell für den „akuten Herzinfarkt“ und den „akuten Schlaganfall“. Sollen die entsprechenden Codes mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für gesichert als Dauerdiagnose neu abgespeichert werden, erhält der Anwender einen Hinweis. Denn akute Diagnosen sind in aller Regel als Dauerdiagnosen ungeeignet, und für den Herzinfarkt und Schlaganfall sieht die ICD-10-GM spezifische Codes für die dauerhafte Schädigung und Behandlung vor. Aber auch hier gilt: Es sind Hinweise, die Entscheidung trifft der Arzt.

Infoangebot für Praxen

Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Ärzte und Psychotherapeuten beim Start der neuen Kodierunterstützung: Neben dem Informationsangebot im Internet unter www.kbv.de/html/kodieren.php wird es ein Serviceheft in der Reihe PraxisWissen (Beilage im Deutschen Ärzteblatt) sowie Erklärvideos zu verschiedenen Problematiken und Sachverhalten rund ums Kodieren geben.

KODIERUNTERSTÜTZUNG: IHRE VORTEILE

Ausschließlich digital: Keine dicken Wälzer, keine neuen Regeln – die Kodierunterstützung ist ein digitaler Helfer, der beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Dazu wird er in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht immer zur Verfügung, wenn Ärzte und Psychotherapeuten ihn brauchen – ob für die Abrechnung oder bei der Angabe der Diagnose auf dem Krankenschein.

Direkt beim Kodieren: Krankheiten, egal ob es ein Diabetes mellitus oder eine Herzschwäche ist, so spezifisch wie möglich kodieren – das ist nicht immer einfach. Die Kodierunterstützung hilft direkt beim Kodieren, die passenden Codes zu finden und sie richtig zu kennzeichnen. Möglich ist unter anderem auch eine fachgruppenspezifische Sortierung und Vorauswahl zur Kodesuche, so werden Ihnen die relevanten Codes übersichtlich angezeigt.

Unterstützung nach Maß: Die ICD-10-GM umfasst unzählige Regelungen zum Kodieren, doch nicht alle sind gleichermaßen komplex und häufig in der Praxis. Beim Kodier-Check konzentriert sich das Kodierregelwerk deshalb auf wenige, praxisnahe ICD-10-GM-Regelungen zu häufigen Erkrankungen – ob bei der Auswahl des Codes oder bei der Kennzeichnung. Der Nutzer entscheidet zudem selbst, wieviel Unterstützung er beim Kodieren wünscht. Der Abrechnungsablauf wird nicht gestört.

Alles an einem Ort: Ob die Codes oder die Kodieranleitung der ICD-10-GM – alle Informationen, die Sie zum Kodieren benötigen, sind in Ihrem PVS hinterlegt und miteinander verknüpft. So können Sie sich bei Bedarf zu einem Code auch gleich alle in der ICD-10-GM hinterlegten Regelungen anzeigen lassen.

BAUSTEINE DER KODIERUNTERSTÜTZUNG

Kodesuche

- › Freitextsuche nach Codes der ICD-10-GM
 - Suche kann fachgruppenspezifisch angepasst werden (Einbindung der Facharzt- und Hausarztthesauren des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung)
 - freiwillige Nutzung

Benutzungshinweise

- › Hinweise aus der ICD-10-GM, zum Beispiel zur Abrechenbarkeit eines Diagnosekodes und Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz
 - Hinweise werden wie bisher beim Kodieren erzeugt und können weiterhin ignoriert werden

Verschlüsselungsanleitung

- › Neu: Hinweise aus der Verschlüsselungsanleitung der ICD-10-GM
 - Kodebezogene Hinweise oder Anzeige als Gesamtdokument möglich
 - freiwillige Nutzung

Kodier-Check

- › Neu: Kodierregelwerk zur Plausibilisierung der gewählten Diagnosecodes mit Hinweisen und Korrekturvorschlägen auf Basis der ICD-10-GM; zunächst für die vier Diagnosebereiche Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Bluthochdruckfolgen
 - Hinweise können ignoriert beziehungsweise Korrekturen müssen nicht ausgeführt werden, wenn der Arzt einen bereits ausgewählten Code beibehalten will
 - Kodier-Check kann direkt beim Kodieren oder bei der Abrechnung durchgeführt werden
 - Kodierregelwerk für den Kodier-Check enthält obligate und fakultative Regeln – fakultative Regeln können deaktiviert werden

Dauerdiagnosen

- › Funktion zur Kennzeichnung von Dauerdiagnosen sowie zur Verwaltung und Unterstützung bei der Übertragung in die Abrechnung bleibt erhalten
 - freiwillige Nutzung
- › Neu: Funktion zur Kennzeichnung von anamnestischen Diagnosen und deren Verwaltung und Unterstützung bei der Übertragung in die Abrechnung
 - freiwillige Nutzung

Zusätzlich zunächst für die Diagnosebereiche Herzinfarkt und Schlaganfall:

- › Neu: Prüfung bei Kennzeichnung eines Codes als Dauerdiagnose, inwieweit dieser dafür geeignet ist
 - Hinweis wird beim Kodieren erzeugt und kann ignoriert werden
- › Neu: Quartalsübergreifender Dauerdiagnosen-Check - Kodierregelwerk zur Validierung der Patientendaten; prüft das dauerhafte Vorhandensein von Akutdiagnosen mit Hinweisen und Korrekturvorschlägen
 - freiwillige Nutzung zu einem beliebigen Zeitpunkt

WARUM KODIEREN WICHTIG IST

Alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind seit dem Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu kodieren, zum Beispiel auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Abrechnungsunterlagen. Die Kodierung erfolgt nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10-GM.

Die exakte Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen ist wichtig, um die Morbidität in Deutschland möglichst genau bestimmen zu können. Sie ist ein entscheidendes Kriterium dafür, wie viel Geld die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante medizinische Versorgung zur Verfügung stellen müssen.

Aber nicht nur für den Honorartopf der Ärzte und Psychotherapeuten ist die Kodierung wichtig: Auch für die Krankenkassen spielen die kodierten Behandlungsdiagnosen eine Rolle, da sich nach der Morbidität ihrer Versicherten die finanziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bemessen.

KODIERUNTERSTÜTZUNG: RECHTLICHER HINTERGRUND

Den Auftrag zur Entwicklung von Kodiervorgaben hat der Gesetzgeber der KBV in **Paragraf 295 Absatz 4 SGB V** mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz erteilt und die Frist zur Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen zum 1. Januar 2022 vorgegeben.



Weitere Informationen, Kodierbeispiele sowie ein Erklärvideo zur ambulanten Kodierunterstützung finden Sie hier: www.kbv.de/html/kodieren.php