

KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschließt die nachstehenden Vorgaben zur sachgerechten Kodierung

im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. sowie dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information nach § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V.

Im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. wird zudem festgelegt, dass die Vorgaben auch für Krankenhausärzte nach § 295 Absatz 4 Satz 5 SGB V gelten.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	2
§ 1 GRUNDREGELN	2
(1) Grundlage ICD-10-GM	2
(2) Geltungsbereich	3
(3) Verantwortlichkeit	3
§ 2 DEFINITIONEN UND VORGABEN	3
(1) Behandlungsdiagnosen	3
(2) Dauerdiagnosen	4
(3) Anamnestische Diagnosen	4
§ 3 ERGÄNZENDE REGELUNGEN NACH § 295 SGB V FÜR DIE VERSCHLÜSSELUNG	4
(1) Zusatzkennzeichen	4
(2) Abweichung von der spezifischen endständigen Kodierung	4
(3) Befreiung von der Kodierungspflicht	5
§ 4 INKRAFTTRETEN	5
§ 5 ÜBERGANGSREGELUNG	6

Vorwort

Mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) werden gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 und 5 SGB V alle Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäuser sowie sonstige Einrichtungen, die an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, gleichermaßen zur Kodierung ambulanter (Behandlungs-) Diagnosen verpflichtet. Nach festgelegten Vorgaben einheitlich kodierte Diagnosen sorgen für Transparenz, erleichtern die Abrechnungen mit den Krankenkassen und sorgen für eine Harmonisierung der Kodierung bei zunehmend sektorübergreifender Vernetzung. Sie bilden die Grundlage für eine valide Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur und wirken sich somit im Rahmen der morbiditätsbedingten Veränderungsrate auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) der Krankenkassen aus.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erstellt diese Kodiervorgaben im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. sowie dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information. Im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. gelten diese Vorgaben auch für die Ärzte an Krankenhäusern, die im Rahmen des § 295 Absatz 4 Satz 5 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Mit diesen Kodiervorgaben wird der Auftrag des Gesetzgebers, verbindliche Regelungen erstmals bis zum 30.06.2020 festzulegen, umgesetzt. Sie werden jährlich aktualisiert.

§ 1 Grundregeln

(1) Grundlage ICD-10-GM

Die Kodiervorgaben nach § 295 Absatz 4 SGB V basieren auf den Regelungen der ICD-10-GM. Nach § 295 Absatz 1 SGB V sind bereits seit dem 1. Januar 2000 die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gesetzlich verpflichtet, alle für die Abrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erforderlichen Diagnosen nach der ICD-10 zu verschlüsseln. Des Weiteren ist die Angabe von Codes nach ICD-10-GM im Rahmen der Heilmittelverordnung nach § 32 SGB V grundsätzlich erforderlich. Die gesetzliche Grundlage für die an die Krankenkassen zu übermittelnden Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für stationäre Krankenhausfälle und ambulante Leistungen bilden § 301 bzw. § 295 SGB V.

Bei Widersprüchen zwischen den Kodiervorgaben und den Regeln der ICD-10-GM gilt folgende Vorrangregel:

Kodiervorgaben

VOR

Regeln der ICD-10-GM.

Die Kodiervorgaben zur sachgerechten Anwendung der ICD-10-GM sind für ausgewählte, häufig vorkommende Krankheiten als verpflichtende Prüfregelein aus der

Kodierregelwerk(KRW)-Stammdatei in die Softwaresysteme zu integrieren. Näheres dazu siehe Anlage 1 der vorliegenden Kodiervorgaben.

(2) Geltungsbereich

Die Kodiervorgaben gelten für alle Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ambulante oder belegärztliche Behandlungen durchführen, sowie für Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen und Medizinische Versorgungszentren, die ambulante Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, einschließlich der Ärzte und Einrichtungen nach § 27b Absatz 3, den §§ 73b, 76 Absatz 1a, § 105, den §§ 116, 116a, 116b Absatz 2, den §§ 117 bis 119, 119c, 120 Absatz 1a, den §§ 121a, 137f, 140a und § 311 sowie für die Behandlung nach § 115b SGB V.

(3) Verantwortlichkeit

Alle unter „§ 1 (2) Geltungsbereich“ aufgeführten Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind für die korrekte Dokumentation der abrechnungsrelevanten Diagnosen verantwortlich. Die Kodiervorgaben sind hierbei verbindlich anzuwenden, unabhängig davon, ob der Einzelne selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Kodierung übernimmt.

§ 2 Definitionen und Vorgaben

(1) Behandlungsdiagnosen

Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal eine Behandlung oder sonstige ärztliche Leistungen durchgeführt wurden. Sie werden nach der ICD-10-GM inklusive des zugehörigen Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit verschlüsselt und in die Abrechnungsunterlagen übertragen.

Dabei sind die folgenden Vorgaben zu beachten:

- › Je Behandlungsfall ist mindestens eine Behandlungsdiagnose anzugeben.
- › Behandelt der Arzt in einem Quartal einen Patienten wegen derselben Krankheit mehrfach, so genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-Kodes inklusive des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit.
- › Behandlungsdiagnosen können anzahlmäßig unbegrenzt aufgeführt werden.
- › Die Reihenfolge, in der Behandlungsdiagnosen aufgeführt werden, ist beliebig.
- › Behandlungsdiagnosen sind so spezifisch wie möglich (endständig) zu kodieren. Abweichungen hiervon werden unter „§ 3 Ergänzende Regelungen“ aufgeführt.
- › Bei Übernahme eines Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung sind die Diagnosen des stationären Aufenthaltes nur dann als Behandlungsdiagnosen zu übernehmen, wenn im abzurechnenden Quartal auf diese Diagnosen bezogene ambulante Behandlungen durchgeführt werden. Stationär nicht kodierte Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit der Behandlungsdiagnose sind verpflichtend zu ergänzen.

(2) Dauerdiagnosen

Dauerdiagnosen wurden im Jahr 2005 als EDV-technische Unterstützung in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) etabliert, um Behandlungsdiagnosen aus einem Vorquartal in ein Folgequartal zu übernehmen. Diese Möglichkeit bleibt bestehen.

Dabei sind die folgenden Vorgaben zu beachten:

- › Dauerdiagnosen sind in jedem Quartal vor der Übernahme in die Abrechnungsunterlagen auf ihre Behandlungsrelevanz zu überprüfen. Dabei sind gegebenenfalls die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.

Prüfregeln aus dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen werden für die Softwarehersteller zur verpflichtenden Umsetzung hinterlegt. Näheres dazu siehe Anlage 2 der vorliegenden Kodiervorgaben.

(3) Anamnestische Diagnosen

Anamnestische Diagnosen können in der Patientenakte hinterlegt werden, bewirken jedoch im abzurechnenden Quartal keine diagnostische und/oder therapeutische Leistung. Sie sind daher in den Abrechnungsdaten nicht zu übermitteln. Sollten sie behandlungsrelevant werden, unterliegt die Kodierung ebenfalls den Regelungen der ICD-10-GM unter Berücksichtigung dieser Kodiervorgaben.

§ 3 Ergänzende Regelungen

(1) Zusatzkennzeichen

Für die Anwendung der ICD-10-GM gelten zwei Arten von Zusatzkennzeichen:

- › Obligatorisch anzugebende Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit:
 - **V** für eine Verdachtsdiagnose
 - **G** für eine gesicherte Diagnose
 - **A** für eine ausgeschlossene Diagnose
 - **Z** für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose

- › Fakultativ anzugebende Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation:
 - **R** für rechts
 - **L** für links
 - **B** für beidseitig

(2) Abweichung von der 5-stelligen Kodierung

Die Angabe der vierstelligen ICD-Schlüsselnummer ist ausreichend:

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

(3) Befreiung von der Kodierungspflicht

Gemäß § 57a Bundesmantelvertrag-Ärzte kann in den nachfolgend aufgeführten Fällen anstelle des jeweils spezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM regelhaft im Sinne eines Ersatzwertes der ICD-Kode Z01.7 Laboruntersuchung angegeben werden:

- › Für Arztfälle in einer Arztpraxis, in denen in-vitro-diagnostische Untersuchungen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 32.2, 32.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) oder entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 oder 8.5 des EBM ohne unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden, es sei denn, im EBM sind für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen speziellere Regelungen getroffen.
- › Fallunabhängig für Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Neuropathologie, Fachärzten für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.

Der ICD-Kode ist regelhaft mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für die Diagnosesicherheit zu versehen.

Soweit von diesen Ärzten anhand der durchgeführten Diagnostik eine spezifische Diagnose gestellt werden kann, ist diese zu kodieren.

§ 4 Inkrafttreten und Schritte zur Einführung

Die Kodiervorgaben nach § 295 Absatz 4 SGB V werden zum 1. Juli 2020 bekannt gegeben.

Die in Anlage 1 und 2 enthaltenen Prüfregelein zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung sind in die Software, die die Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ambulant vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen unterstützen, bis zum 31. Dezember 2021 zu integrieren.

Die Vorgaben zur Integration in die Softwaresysteme erfolgen über den KBV-Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM unter Berücksichtigung und Kennzeichnung von sektorspezifischen Anforderungen.

Entsprechende Softwarezertifizierungen der KBV werden im Zeitraum vom 15. Januar 2021 bis Dezember 2021 stattfinden, um sie fristgerecht zur Anwendung ab dem 1. Januar 2022 in allen Einrichtungen nach „§ 1 (2) Geltungsbereich“ zur Verfügung zu stellen.

Für die Softwaresysteme von Krankenhäusern gelten nur die bereits bestehenden Zertifizierungspflichten für die Kodierung im Rahmen der ambulanten Versorgung. Darüber hinaus werden durch diesen Beschluss keine weiteren Zertifizierungsverfahren für Softwaresysteme von Krankenhäusern begründet, insbesondere gilt dies für die Zertifizierung von Software, Softwareteilen oder Komponenten für die Datenübermittlung in der Direktabrechnung nach den §§ 115b, 116b und 120 Abs. 3 SGB V.

Die Kodiervorgaben nach § 295 Absatz 4 SGB V sind zum 1. Januar 2022 verbindlich von allen unter „§ 1 (2) Geltungsbereich“ aufgeführten Ärzten anzuwenden.

§ 5 Übergangsregelung

Für Softwarehersteller, die nicht fristgerecht zum 1. Januar 2022 die Vorgaben zur Integration in die Softwaresysteme gemäß dem KBV-Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM erfüllt haben, erfolgt eine Verlängerung des Zertifizierungszeitraumes bis zum 30. Juni 2022.

Die in „§ 1 (2) Geltungsbereich“ genannten Ärzte und Einrichtungen müssen in diesem Übergangszeitraum die Kodiervorgaben nach § 295 Absatz 4 SGB V nur soweit anwenden, wie das von ihnen verwendete Softwaresystem die hierfür technischen Voraussetzungen umgesetzt hat. Die Verpflichtung zur Anwendung der Schlüssel gemäß § 295 Absatz 1 SGB V bleibt davon unberührt.

Anlagen:

1. Prüfregelein aus der Kodierregelwerk-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10-GM.
2. Prüfregelein aus dem „Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM“ und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen.