Ambulante Kodierrichtlinien

Viel Wind um nichts?

Die Einführung und die Umsetzung der ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) sorgen derzeit für viel Wirbel im Praxisalltag. Dabei ist der Unterschied zur Kodierung nach ICD10 in weiten Bereichen marginal. Von Bedeutung ist jedoch, dass die AKR eine wichtige Voraussetzung dafür sind, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Honorar und Aufwand bei der ärztlichen Leistung hergestellt werden kann – ein Forderung, die der Bundesverband der Pneumologen schon lange erhebt.

— Es ist bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen selbstverständlich, dass diese adäquat aufgelistet werden, eine Aufgabe, die bislang durch das ICD10-Regelwerk erfolgte. Seit dem 1. Januar dieses Jahres wird dieses Regelwerk durch die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ergänzt. Das hat bereits im Vorfeld und mehr noch seit Einführung der AKR zu lautstarken Protesten von Seiten der Ärzteschaft geführt bis hin zur Petition an die Mitglieder des Deutschen Bundestages.

Bürokratisierungswahn oder Sturm im Wasserglas?

Als Auswuchs des „Bürokratisierungswahns“ werden die AKR titulierte und es wird beklagt, dass die neuen Kodierrichtlinien sehr zeitaufwändig seien und die Arbeitsbelastung des niedergelassenen Arztes weiter steigern, ohne dass sich dies in finanziellen Vorteilen niederschlägt. Betrachtet man die neue Regelung ge-

nauer, zeigt sich, dass die AKR in weiten Teilen der ICD10 entsprechen und es im Vergleich zu der bisherigen Regelung – von der Umstellungsphase in der Praxis und bei der Praxissoftware abgesehen – kaum große Änderungen und damit auch kaum zusätzliche Belastungen gibt.

Müssen sich deshalb nicht die laut über den „immensen Zeitaufwand“ klagenden Kollegen fragen lassen, ob sie bislang richtig nach ICD10 kodiert haben? Denn anders als bei der bisherigen ICD10-Kodierung wird es nach der Übergangsphase, die am 1. Juli oder am 31. Dezember dieses Jahres endet, hinsichtlich der Honorierung tatsächlich notwendig sein, die ärztlichen Leistungen richtig zu kodieren.

Die Kodierrichtlinien sind – ebenso wie zumindest theoretisch der ICD10 – abrechnungsrelevant. Sie wurden eingeführt, damit es eine bundesweit einheitliche Verschlüsselung der ärztlichen Leistungen gibt. Nur so lässt sich realisieren, dass ärztliches Honorar über die Morbidität generiert wird. Es sind entsprechend der – aus Sicht des Bundesverbandes der Pneumologen berechtigten – Forderung des Gesetzgebers dazu klare Regelungen notwendig. Dieser Forderung wird durch die AKR stattgegeben.

AKR bieten Chancen

Für die niedergelassenen Pneumologen bieten die neuen Kodierrichtlinien durchaus auch Chancen. Denn unser Stellenwert als Pneumologe steigt in der Ärzteschaft wie auch der öffentlichen Wahrnehmung mit der steigenden Morbidität, die nunmehr direkt durch die Kodier-

Dr. med. Andreas Hellmann

Vorsitzender
des Bundesverbandes
Deutscher
Pneumologen

richtlinien abgebildet wird. Damit wird zugleich die Leistung der niedergelassenen Pneumologen für Arzt und Patient transparent, was direkt einer Aufwertung dieser Facharztgruppe gleichkommt.

Zudem erhält der Hausarzt, der seinen Patienten an den Pneumologen überweist, diesen zusammen mit der korrekt kodierten Diagnose zurück. Das erleichtert ihm die tägliche Arbeit, und die Behandlung des Patienten wird auf eine adäquate, für alle Beteiligten nachvollziehbare Basis gestellt. Es wurde auch früher schon vom Bundesverband der Pneumologen vorgeschlagen, die Kodierung nach ICD10 z. B. im Hausarztbrief zu vermerken.

Schulungen nutzen

Der Aufwand bei der Umsetzung der neuen Kodierrichtlinien hängt wesentlich vom gewählten Praxissystem und der Software ab. Hinsichtlich der Kodierung ärztlicher Leistungen werden Schulungen über den Berufsverband – in naher Zukunft auch speziell für Arzthelferinnen in der pneumologischen Praxis – angeboten. Zudem wird ein Kompendium der Diagnosen zur Unterstützung bei deren Verschlüsselung entsprechend der aktuellen Kodierrichtlinien erarbeitet. Mit einer weiteren Vereinfachung der AKR ist zu rechnen, da die Übergangsfrist wohl bis Ende des Jahres ausgedehnt wird. Zu überlegen ist auch, wie die Kodierung noch genauer erfolgen kann – z. B. indem beim Asthma bronchiale auch der jeweilige Kontrollgrad Berücksichtigung findet.

Dr. Andreas Hellmann, Augsburg

© Pressmaster/Fotolia

Wird mit den Kodierrichtlinien Bürokratie auf- oder abgebaut?