

## Neue Codierrichtlinien – aber nicht überall

Die neuen ambulanten Codierrichtlinien (AKR) wurden mittlerweile durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA), unterstützt durch eine Arbeitsgruppe der Partner der Bundesmantelverträge, erarbeitet und befinden sich kurz vor der Beschlussfassung. Es ist deshalb davon auszugehen, dass eine verbindliche Umsetzung in der Arztpraxis unter Anwendung eines speziellen Codierregelwerkes zum 1.7.2010 relevant wird. Die Einführung der AKR soll zunächst in ausgewählten Testregionen erfolgen.

In nicht betroffenen KV-Regionen kann somit auch nach dem 1.7.2010 wie bisher üblich codiert werden. Inhaltlich entsprechen die ambulanten Codierrichtlinien einem erweiterten Codierregelwerk für ICD-10-Diagnosen, welches nach § 295 SGB V Anwendung finden muss. Die Co-

dierrichtlinien werden über ein spezielles KRW erfasst. In diesem werden ausgehend von z.B. einem ICD-10-Code weitere ICD-10-Codes, feste Kombinationen von Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit oder auch EBM-Gebührenordnungspositionen gefordert. Die Anzeige der Ergebnisse der Regelprüfungen mit entsprechenden Hinweisen zum weiteren Vorgehen direkt im Codierverlauf soll den Anwendern die verpflichtende Berücksichtigung der ambulanten Codierrichtlinien erleichtern.

Wie die einzelnen Komponenten – dazu gehören die um Referenzangaben erweiterte ICD-Stammdatei, eine AKR-Stammdatei mit den EDV-technisch aufbereiteten Codierrichtlinien sowie die Codierregelwerk-Stammdatei – ineinandergreifen und welche funktionalen Anforder-

ungen an ihre Softwareprodukte bestehen, ist in einem speziellen Anforderungskatalog „Ambulante Codierrichtlinien“ zusammengefasst worden.

### MMW Kommentar

*Was sich für die Praxis zunächst sehr unübersichtlich und fast schon bedrohlich anhört, stellt in erster Linie einschneidende Änderungen in den Abrechnungssystemen dar. Wer noch kein EDV-System in seiner Praxis einsetzt, könnte sich zunächst freuen, aber nur vorübergehend, denn ab 1.1.2011 ist das bekanntlich Pflicht. Auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kommt deshalb spätestens zu diesem Stichtag ein zusätzlicher Verwaltungs- und Schulungsaufwand zu, denn man muss den Umgang mit den neuen Codes erst einmal lernen.*

## Neuregelung des Fremdkassenzahlungsausgleichs

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) plant zum 1.7.2010 eine Neufestlegung des Trennungsfaktors für die regionalen Gesamtvergütungen in einen haus- und einen fachärztlichen Versorgungsbereich. In diesem Zusammenhang soll auch der sog. Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) neu organisiert werden.

Bisher wird der Trennungsfaktor auf der Basis der an bereichseigene Ärzte gezahlten Honorare ermittelt und auf das in einer KV zur Verfügung stehende Finanzvolumen – also die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) nach Abzug bzw. Addition der Zahlungen in/aus dem FKZ – angewendet. Zukünftig soll der Trennungsfaktor für die Aufteilung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil auf der Basis der von den Krankenkassen an eine KV

gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte berechnet werden.

### MMW Kommentar

*Bisher wurden FKZ-Zahlungen jeweils in die regionale Gesamtvergütung eingeleitet bzw. von dort abgezogen. Die Belastung solcher Ausgleichszahlungen für Leistungen, die an Patienten erbracht wurden, die innerhalb des Bereichs einer KV wohnen, aber medizinische Leistungen im Bereich einer anderen KV erhalten haben, erfolgte gewissermaßen „solidarisch“, egal, ob es sich dabei um haus- oder fachärztliche Leistungen handelte. Dies wird sich – kommt es zu der geplanten versorgungsbereichsspezifischen Zuordnung – gravierend ändern. Da es sich bei solchen Leistungen meist um sol-*

*che aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich handelt, hängen die Auswirkungen in einer KV auf dem hausärztlichen Sektor davon ab, ob es sich um eine „Geber-“ oder „Nehmer-KV“ handelt. Erhält eine KV viel Geld über den FKZ aus umliegenden KVen – wie das insbesondere in den Stadt-KVen Hamburg, Bremen und Berlin der Fall ist –, fließt nach dem neuen System mehr Geld in den fach- und weniger in den hausärztlichen Bereich. Bei KVen, die viel Geld abgeben müssen, wie dies z.B. in Hessen oder Brandenburg der Fall ist, wirkt sich das neue System hingegen für die Hausärzte positiv aus.*