

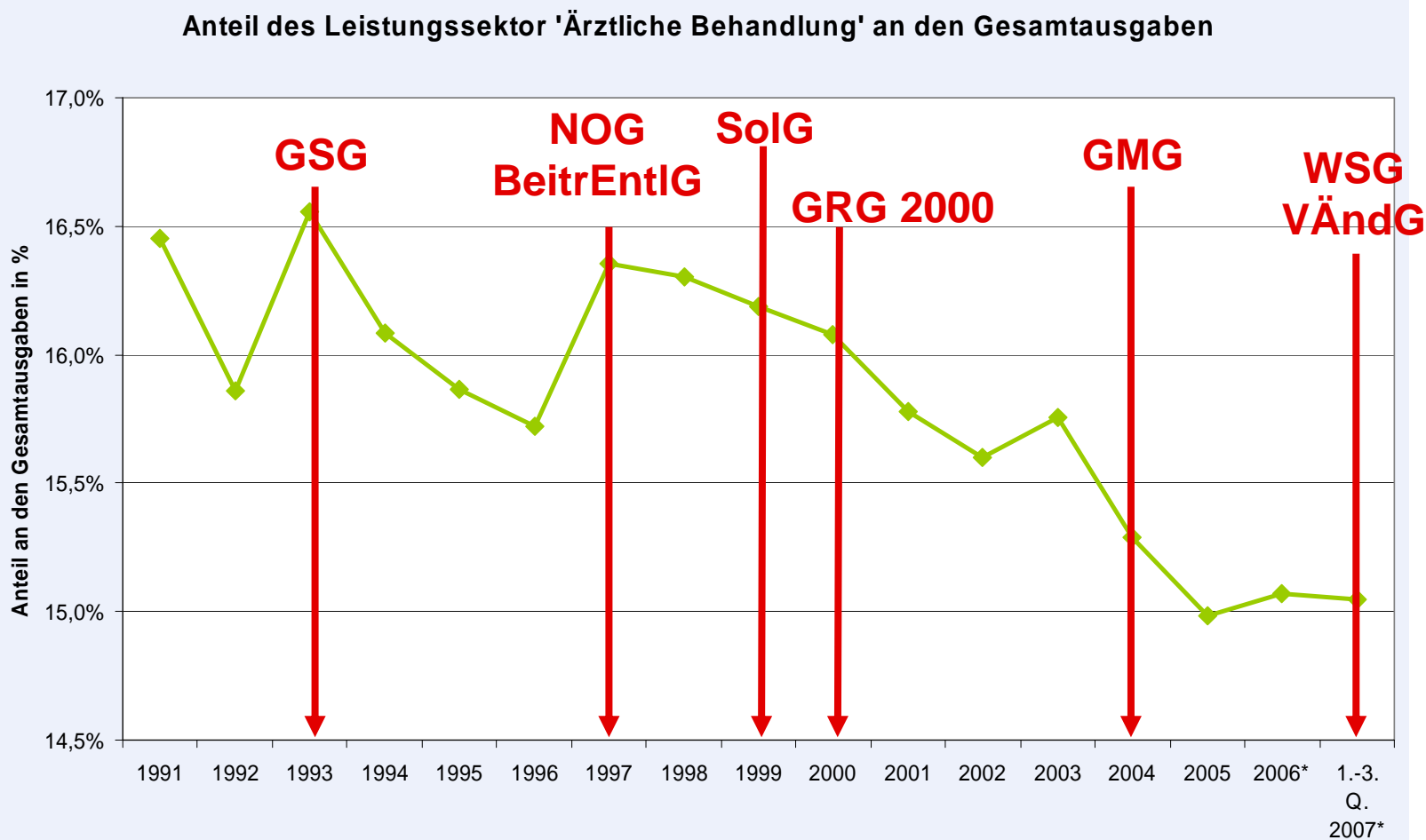


Allgemeine Kodierrichtlinie – Allgemeine Konfusions-Richtlinie AKR

Berlin, 7.5.2011

A. Hellmann, Augsburg

Der Gesetzgeber steuert das Gesundheitswesen



Quelle: BMG, Pressemitteilung vom 3.12.2006, 2006 und 1.-3. Quartal 2007 vorläufige Zahlen

Gilt immer noch!



85 SGB V Gesamtvergütung

(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen

Wie funktioniert(e) Vergütung? Bis 2008



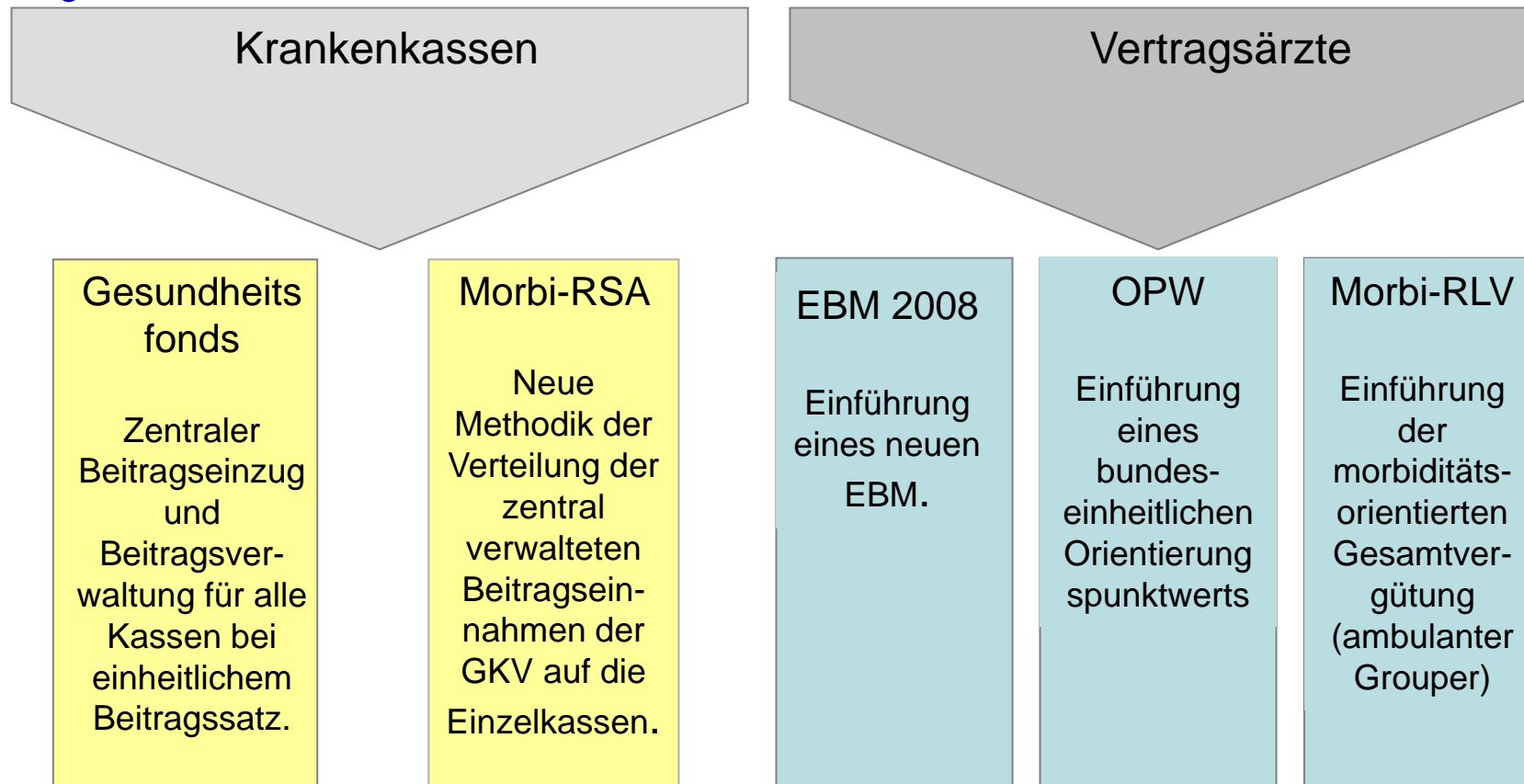
Die Krankenkassen zahlten eine **Kopfpauschale** je Versicherten an die zuständige **Kassenärztliche Vereinigung (KV)**, deren Höhe sich in erster Linie an der Historie und kaum an der Versorgungsrealität orientierte.

Insbesondere durfte das ärztliche Honorar im Rahmen der budgetierten Gesamtvergütung nicht stärker steigen als die **Grundlohnsumme**. Die Kopfpauschale war je nach Krankenkasse unterschiedlich hoch – zwischen 220 und 500 Euro pro Jahr und Mitglied. Aus ihr mussten fast alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen honoriert werden.



Wie funktioniert sie ab 2009?

GKV-WSG: Gesundheitsfonds und Morbi RSA



Fazit: Vorgaben des GKV-WSG ändern Finanzsystematik der GKV grundlegend

268 SGB V Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs



Morbi-RSA

§ 268 SGB V

- Bestimmung der 50 - 80 Krankheiten
- Bestimmung der Gewichtung der AZM- und Krankenhaus-morbidität
- Bestimmung der Gewichtung der Sockelbeträge in Relation zu Morbi-Anteilen

- (1) Die Versichertengruppen sind vom 1. Januar 2009 an nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden (Morbiditätsgruppen), die zugleich
1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,
 2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind,
 3. Anreize zu Risikoselektion verringern,
 4. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen und
 5. 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde legen.

Morbi RSA Allgemein

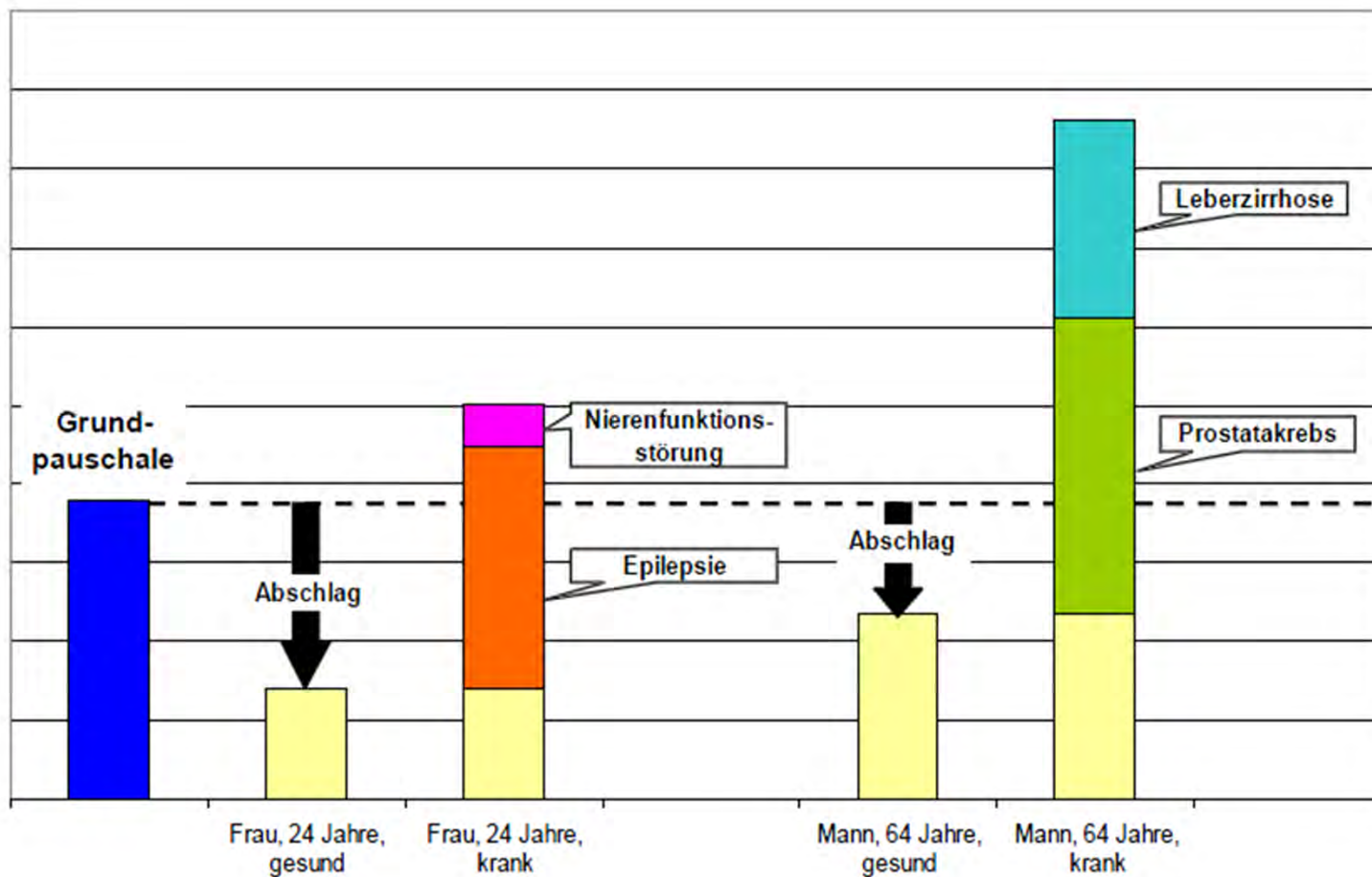


Abbildung 1: Zuweisungen für Pflichtleistungen der Krankenkasse: Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschlägen

Quelle: BVA

Verkehrte Welt



ÄRZTE & ZEITUNG.DE

Home

Politik & Gesellschaft

Medizin

Praxis & Wirtschaft

Panorama

Ko

Arzneimittelpolitik Berufspolitik Gesundheitspolitik international Pflege Krankenkassen Medizinethik

Sie befinden sich hier: Home » Politik & Gesellschaft » Krankenkassen

Ärzte Zeitung online, 30.10.2008

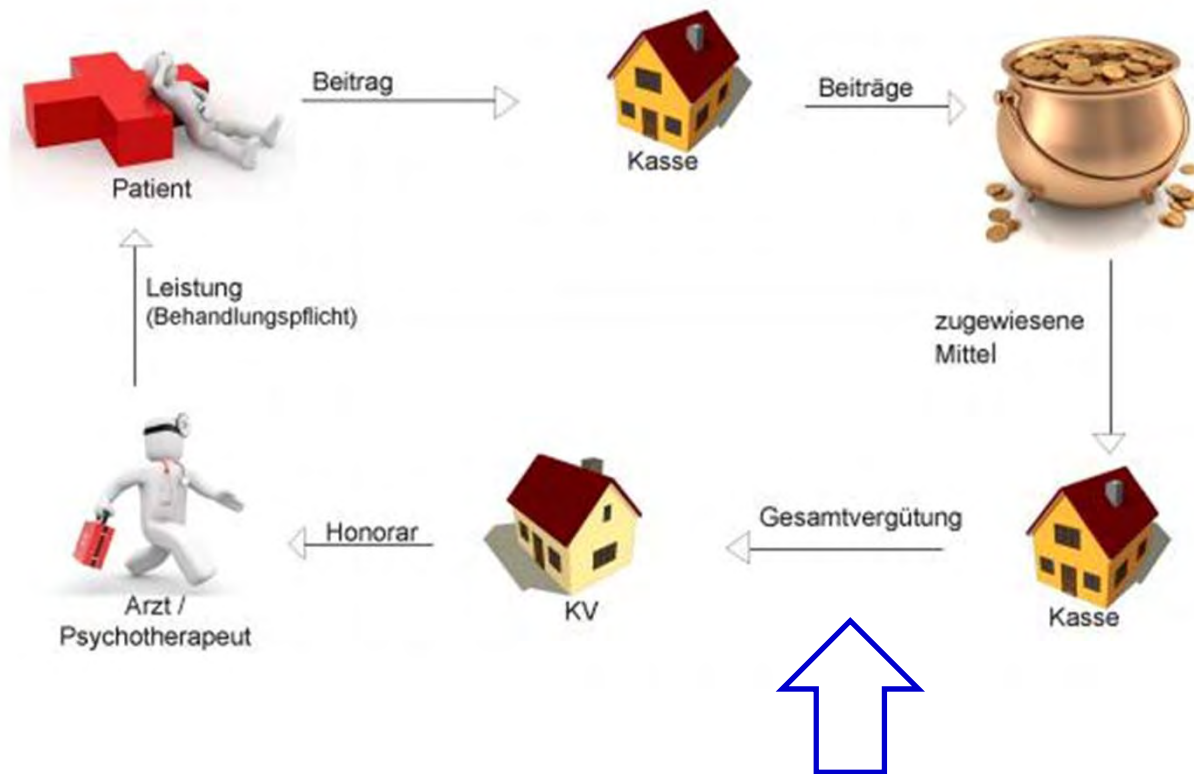


Kasse bittet Ärzte um Prüfung alter Diagnosen

Schreiben der BKK Salzgitter / Kassen erhalten nur für gesicherte Diagnosen Geld aus dem Risikostrukturausgleich

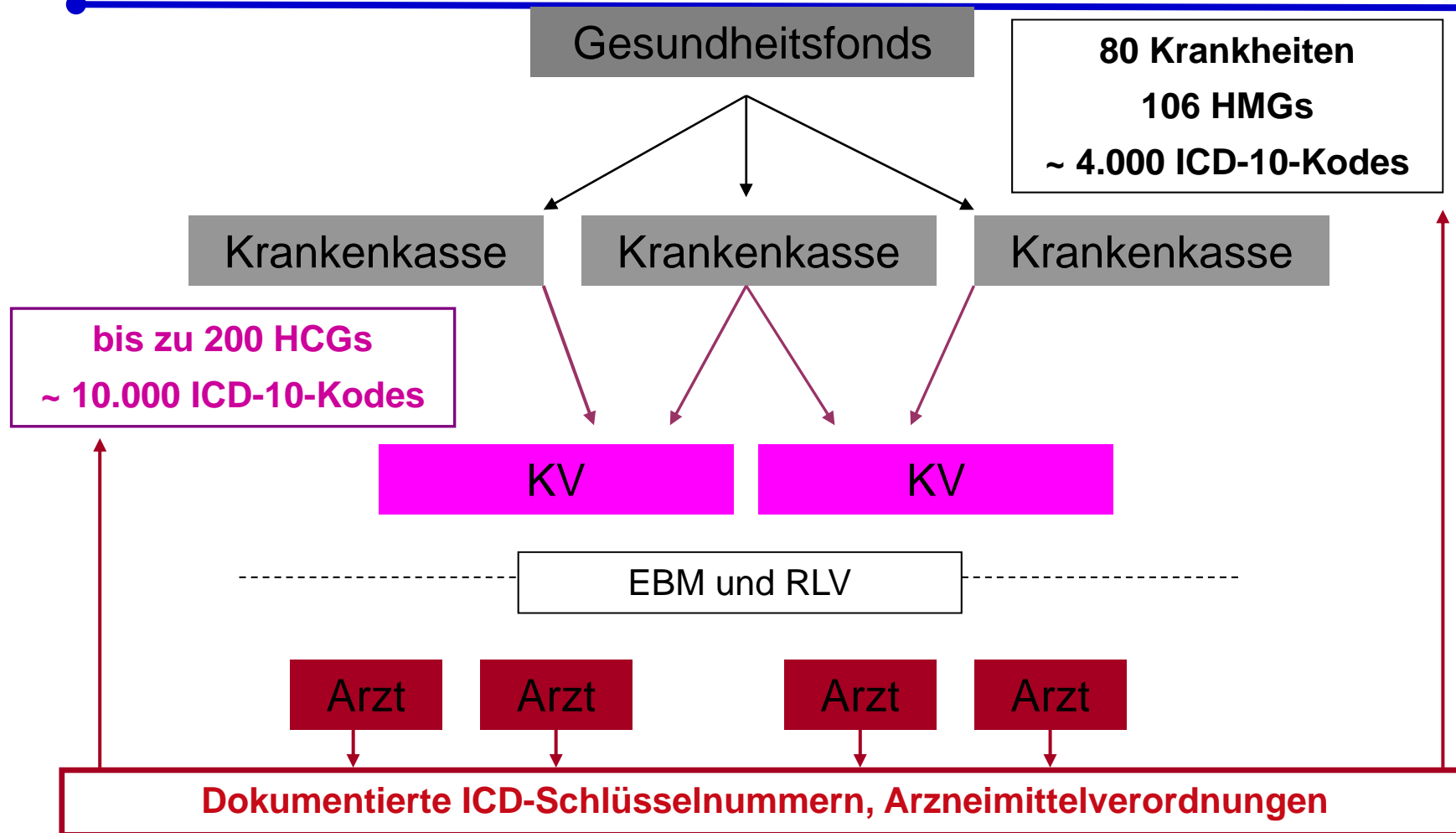
KÖLN (iss). Im Bemühen, sich für die neuen Finanzierungsmodalitäten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu rüsten, setzen manche Kassen auf die Kooperationswilligkeit der Ärzte.

Endlich weg von der Grundlohnsumme!!



**Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
2009 = 2007 + 5,1 % und dann weiter
nach Morbidität!**

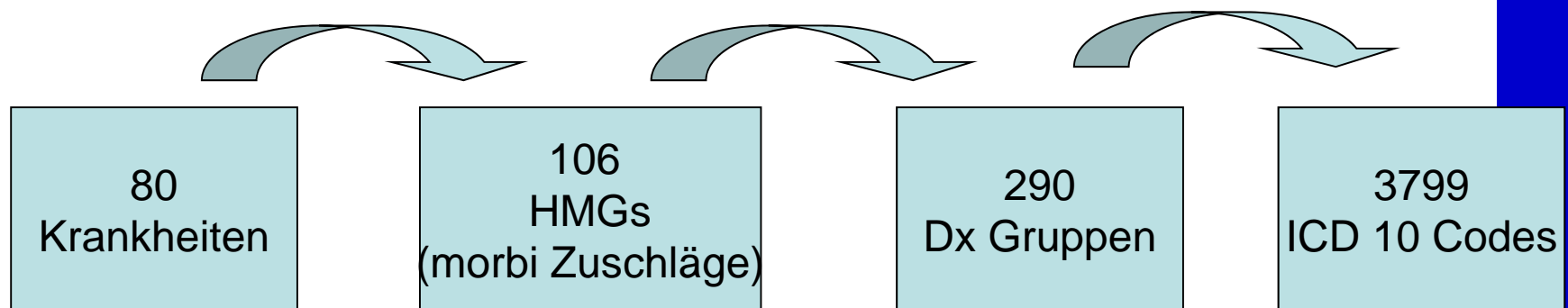
Künftige Bedeutung der Kodierung



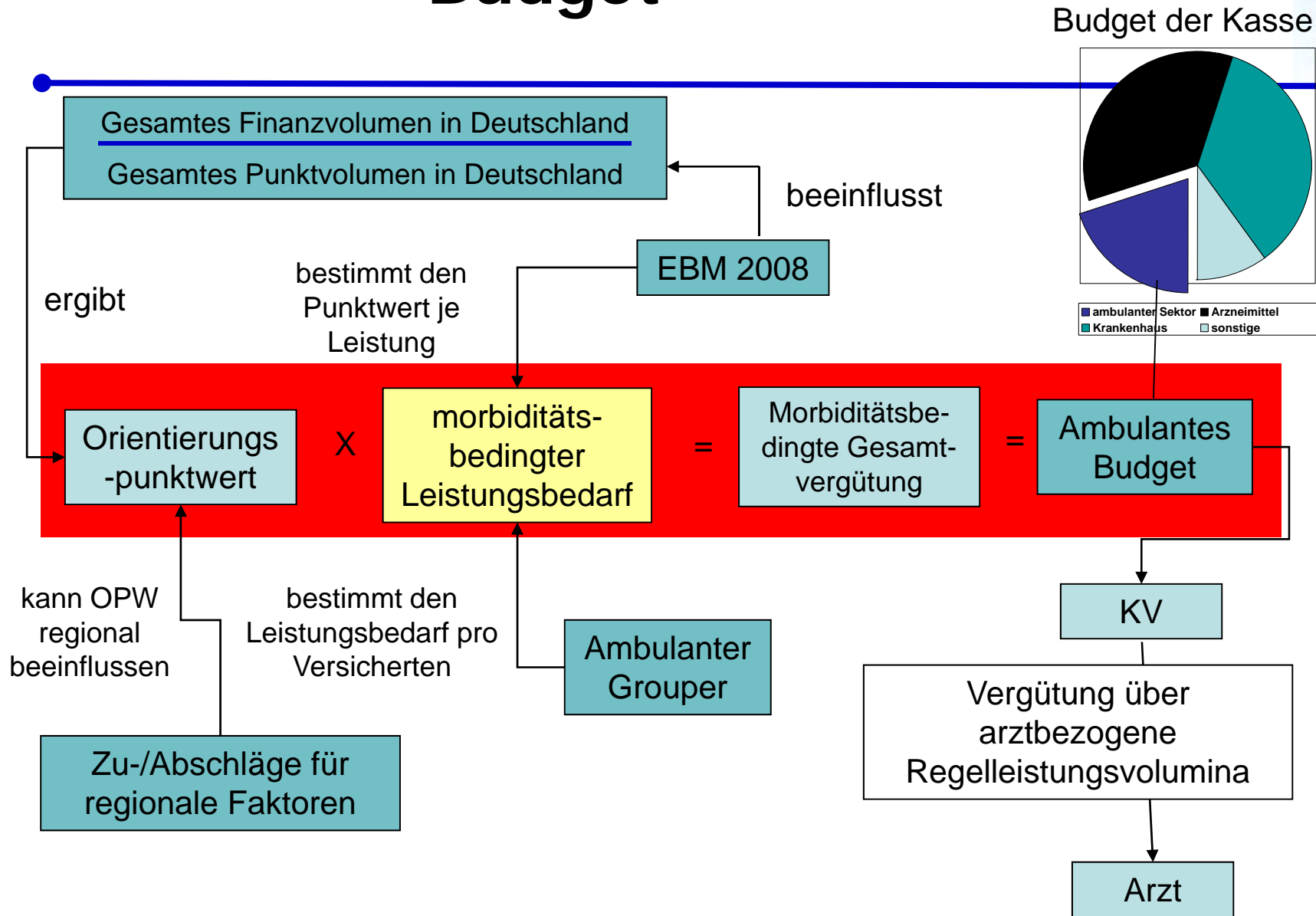


Morbi RSA Allgemein

- Ziel des Morbi – RSA ist eine gerechte(re) Allokation der Gelder aus dem Gesundheitsfonds
- Morbiditätsbezug soll Anreize zur Risikoselektion auf Seiten der Kassen vermindern
- Systematik des Klassifikationsmodells:



Mechanismus Ambulantes Budget



§ 87a Abs. 3 SGB V: MGV



Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlverfahren auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit den nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1.

§ 87 a, Abs. 4 SGBV



(4) Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 2 sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 beruhen,
3. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung

Ätsch – zu früh gefreut!! (GKV FinG ab 1.1.2011)



87d SGB V Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012

(1) Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung der Orientierungswerte nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 werden im Jahr 2011 und 2012 nicht angewendet. Die in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannten Punktwerte werden für die Jahre 2011 und 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf die Orientierungswerte nicht vereinbart werden.

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich



295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen



Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien);

GKV WSG ab
1.1.2007

§ 295 Abs. 1 Satz 2:

„Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Fassung zu verschlüsseln.*“

So wars ausgemacht!



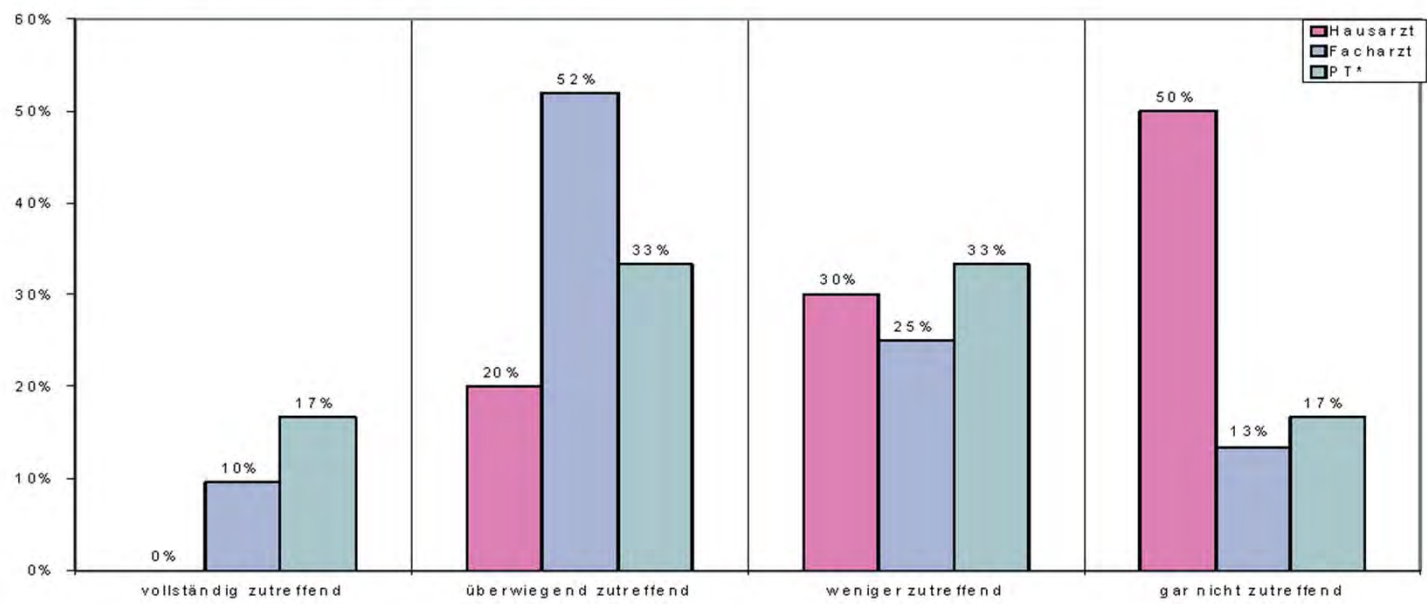
- Die Partner der Bundesmantelverträge kommen dieser Verpflichtung nach und **setzen die Ambulanten Kodierrichtlinien in der Version 2011** gemäß der Anlage zu dieser Vereinbarung mit Wirkung **ab 1. Januar 2011** in **sämtlichen KV-Bezirken Deutschlands flächendeckend und in der Anwendung einheitlich für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen verbindlich in Kraft.**

Akzeptanz der AKR - Bayernversuch



KBV

Akzeptanz für die zu übermittelnden Informationen aufgrund der gesetzlich geforderten genaueren Diagnosenkodierung mit Hilfe der AKR für die Morbiditätsmessung (n=68)



HA (n = 10)

FA (n = 52)

PT (n = 6)

*ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Psychosomatik

Erstes Straucheln!!



2. Umsetzung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 3. Dezember 2010

KDV

- a. Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge (BMV) zur Einführung der AKR im Jahr 2011
 - Zur Berücksichtigung des erkannten Zeitbedarfs für eine möglichst anwenderfreundliche Implementierung in die PVS und für die Schulungen von Ärzten und medizinischem Assistenzpersonal wird die nicht oder eingeschränkte Anwendung der AKR bis zum 30. Juni 2011 sanktionsfrei gestellt
 - Angemessene Berücksichtigung der mangelnden Qualität der Kodierung durch die Sanktionsfreiheit im 1. Halbjahr 2011 bei der MorbiMessung im Jahr 2013

Heiliger Konfusius!



P R E S S E M I T T E I L U N G

Einführungsphase der AKR verlängern – Begrenzung auf Querschnitt von Praxen gefordert

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) – Vertreterversammlung spricht sich für weitere Vereinfachung aus.

Berlin, 8. April 2011 – Die Einführung der AKR soll auf einen repräsentativen Querschnitt von Arztpraxen begrenzt werden. Da



Was nu?

Presseinformation
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns



KVB-Vorstand: „Verschiebung der zwingenden Einführung der Kodierrichtlinien ist eine Entscheidung der Vernunft“

München, 17. Februar 2011: Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) begrüßt die Ankündigung des Bundesgesundheitsministeriums, wonach die umstrittenen Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) erst ab dem 1. Januar 2012 zwingend anzuwenden sind. Dies teilte die KVB heute in München mit. „Diese Aussage aus dem Ministerium ist eine Entsch-



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Pressemitteilung

Ambulante Kodierrichtlinien sollen ab 1. Juli angewendet werden

Magdeburg, 18. April 2011. Die Vertragsärzte und Psychotherapeuten Sachsen-Anhalts werden aufgefordert, die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ab dem 1. Juli 2011 anzuwenden. Diesen Beschluss fasste die Vertreterversammlung (VV) der

Andere haben keine Hemmungen!



Z.B. § 3 Abs. 5 des Hausarztvertrages der IKK classic in Baden-Württemberg:

„(5) Zur Abwicklung der HzV *ist der HAUSARZT* gegenüber dem Hausärzteverband, MEDI und der IKK wie folgt *verpflichtet*:

a) *Sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlinien; d.h., bei Verschlüsselung sind die Zusatzkennzeichen (G, Z, V, A) anzugeben. Sofern A, V oder Z nicht zutreffen, ist das Zusatzkennzeichen G anzugeben;*“

und Anlage 3 des Vertrages – II Dokumentation:

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

Was bedeutet die Verschiebung?



Die Morbidität wird nach Alter und Geschlecht, wie bisher ermittelt.

Das bedeutet, dass die Gesamtvergütung in 2013 um ca. 400 Mio € weniger wachsen wird, als mit einer sauberen Codierung nach AKR

Die Kassen werden ausschließlich die stationären Diagnosen für den RSA heranziehen müssen.

Der ambulante Bereich wird marginalisiert.



Die Diskussion ist eröffnet...