

SPRECHSTUNDE KODIERUNTERSTÜTZUNG

[KBV_ITA_SIEX_SPRECHSTUNDE]

**KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG**

**DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT
IT IN DER ARZTPRAXIS**

4. APRIL 2022

VERSION 1.09

DOKUMENTENSTATUS: IN KRAFT

AUFFÜHRUNG DOKUMENTENSTATUS

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
1.09	04.04.2022	KBV	Ergänzung der offenen Fragen		alle
1.08	30.11.2021	KBV	Aufnahme der Fragen vom 23.11.2021		28
1.07	23.11.2021	KBV	Aufnahme der Fragen vom 16.11.2021		27
1.06	16.11.2021	KBV	Aufnahme der Fragen vom 09.11.2021		26
1.05	08.11.2021	KBV	Aufnahme der Fragen vom 02.11.2021		25
1.04	01.11.2021	KBV	Aufnahme der Fragen vom 26.10.2021		24
1.03	22.10.2021	KBV	Aufnahme der Fragen vom 19.10.2021		21
1.02	15.10.2021	KBV	Aufnahme der Fragen vom 12.10.2021		16
1.01	08.10.2021	KBV	Aufnahme der Fragen vom 05.10.2021		9
1.00	01.10.2021	KBV	Erstellung des Dokuments		alle

INHALT

1	SPRECHSTUNDE 28. SEPTEMBER 2021	4
2	SPRECHSTUNDE 5. OKTOBER 2021	9
3	SPRECHSTUNDE 12. OKTOBER 2021	16
4	SPRECHSTUNDE 19. OKTOBER 2021	21
5	SPRECHSTUNDE 26. OKTOBER 2021	24
6	SPRECHSTUNDE 2. NOVEMBER 2021	25
7	SPRECHSTUNDE 9. NOVEMBER 2021	26
8	SPRECHSTUNDE 16. NOVEMBER 2021	28
9	SPRECHSTUNDE 23. NOVEMBER 2021	29

FRAGEN UND ANTWORTEN ZU TECHNISCHEN VORGABEN

1 SPRECHSTUNDE 28. SEPTEMBER 2021

Frage:

Muss eine AU im Test ausgefüllt werden um diese gegen die Kodierregeln der Abrechnung zu prüfen? Oder passiert das bei der Abrechnung automatisch?

Antwort der KBV:

Wenn das Ereignis für das Auslösen der Prüfregeleln „bei Kodierung“ ist, sollten vor Befüllen der AU die Regeln eigentlich durchlaufen werden.

Wenn das Ereignis „zur Abrechnung“ ist, müsste das Befüllen der AU wie das Ereignis „zur Abrechnung“ ausgewertet werden.

Frage:

Wird immer das gültige Kodierregelwerk je Quartal oder übergreifend eingesetzt? Wie sind die Nachzüglerfälle geregelt?

Antwort der KBV:

Die Gültigkeit der behandlungsfallbezogenen Regeln bezieht sich auf den Behandlungsfall, nicht auf den Zeitpunkt der Abrechnung. Lag der Behandlungsfall im 4. Quartal, gelten die Regeln für das 4. Quartal, auch wenn im 1. Quartal des Folgejahres abgerechnet wird.

Frage:

Die aktuelle Version der Verschlüsselungsanleitung in der Vorankündigung gilt bis 31.12.2021? Wann kommt zum 01.01.22 eine neue Version?

Antwort der KBV:

Die Verschlüsselungsanleitung des BfArM für 2022 ist veröffentlicht und wird gerade für die Umsetzung in den SW-Systemen vorbereitet. Gleiches gilt für die Zuordnungen der für 2022 gültigen ICD-10-GM-Kodes zu den Abschnitten der Verschlüsselungsanleitung. Zum regulären Quartalsupdate am 15.11.2021 wird die gültige Stammdatei für 2022 veröffentlicht.

Frage:

KRW-Daten: Wenn eine Regel verändert wird, wird die originale Regel gelöscht und mit neuer ID eingefügt.

D. h. bei der Anzeige der Änderung der KRW-Stammdaten kann der Anwender nicht wirklich erkennen, ob sich eine Regel geändert hat.

Man sieht nur IDs, die neu hinzugekommen sind oder die nicht mehr vorhanden sind. Ist das korrekt?

Antwort der KBV:

In der Anforderung KP10-640 Akzeptanzkriterium 2 (Stand vom 8. September 2021) wurden einige Mindestanforderungen für Anzeige der Informationen aufgeführt.

Frage:

Die Vorgaben der Konfiguration im Anforderungskatalog zum Status und zum Prüfzeitpunkt sind sehr detailliert.

Es werden Detailseiten und Übersichtsseiten aufgeführt. Warum muss das sein?

Antwort der KBV:

Da der Anwender Entscheidungen über den Prüfzeitpunkt und z.T. über die Aktivierung von Regeln treffen kann, sollte ihm die Möglichkeit gegeben werden, sich umfassend über den Inhalt der Regeln zu informieren. Der Anwender sollte sich dabei zunächst einen Überblick verschaffen können und, bei Bedarf, zu einzelnen Regeln weitergehende Informationen erhalten können.

Frage:

Soll die getroffene Einstellung des Anwenders auch bei Aktualisierung der SDKRW beibehalten werden oder soll durch die Aktualisierung der SDKRW auch die Einstellung des Anwenders "aktualisiert" werden?

KP10-650 - Konfiguration der behandlungsfallbezogenen Kodierregeln

KP10-660 - Konfiguration der quartalsübergreifenden Kodierregeln

Die Festlegungen zu einer Kodierregel können wieder geändert werden.

Die getroffenen Festlegungen eines Anwenders zu einer Kodierregel bleiben solange erhalten bis der Anwender diese ändert.

Antwort der KBV:

Die Konfiguration bleibt solange bestehen bis der Anwender diese ändert.

Wenn eine fachliche Änderung der Kodierregeln vorgenommen wird, welche Auswirkungen auf die Entscheidung des Anwenders haben, wird die betroffene Kodierregel gestrichen und eine neue definiert.

Frage:

Abrechnung KP10- 240 Verpflichtende Anforderung zur Anamnestischen Dauerdiagnose

Ist dies eine freiwillige Nutzung durch den Anwender? Oder ist dies abrechnungsrelevant und muss gekennzeichnet werden?

Welche Regeln werden an die Scheinübernahme in der Abrechnung verpflichtend vorgegeben?

Antwort der KBV:

Die Nutzung der Funktionen für Dauerdiagnosen und anamnestische Diagnosen ist für den Anwender freiwillig. Dem Anwender müssen diese Funktionen aber angeboten werden.

Die Frage „Welche Regeln werden an die Scheinübernahme in der Abrechnung verpflichtend vorgegeben?“ wird am 05.10.2021 nochmals diskutiert.

Frage:

Was ist mit den quartalsübergreifenden Regeln, bei denen Prüfzeitpunkt "wählbar" steht und der

Anwender den manuellen Zeitpunkt nie angesteuert hat? Wird dann zum Zeitpunkt Abrechnung geprüft?

KP10-240 Alle Dauerdiagnosen sollen markiert sein? Wie geht man mit einer langen Liste von Dauerdiagnosen um?

Antwort der KBV:

Die quartalsübergreifenden Regeln sollen so ausgelöst werden, wie vom Anwender konfiguriert. Wenn der Anwender nur die Option eines von ihm wählbaren Zeitpunktes eingestellt hat, dann werden die Regeln nur manuell ausgelöst. Wenn der Anwender dies nicht nutzt, ist keine „Ersatzvornahme“ vorzusehen.

Der Sachverhalt in der Anforderung KP10-240 von „langen Listen von Dauerdiagnosen“ wird derzeit nochmals intern beraten.

Update 04.04.2022:

Mit der optionalen Anforderung O10-270 wurde die Möglichkeit einer Komfortfunktion geschaffen. Die Liste nach KP10-240 kann auf die Dauerdiagnosen eingeschränkt werden, welche innerhalb der letzten vier Quartale in die Abrechnung übertragen worden sind. Zu beachten ist, dass der Anwender die Möglichkeit haben muss die Vorselektion zu deaktivieren.

Frage:

**Usecase 6 des Dokumentes KBV_ITA_AHEX_Beispiele_Umsetzung_KRW.
Kann in einem Kodiervorgang mehrere Kodierregeln vorkommen?**

Antwort der KBV:

Die Diskussion hat gezeigt, dass der Begriff „Kodiervorgang“ nicht beschreibt, wann ein Kodiervorgang abgeschlossen ist. Diese Festlegung wurde im Anforderung nicht vorgenommen, damit Softwarehersteller weiterhin die Möglichkeiten haben die Ausführung der Kodierregeln in Ihren System bestmöglich zu unterstützen/integrieren.

Unabhängig davon sollen alle kodierten Behandlungsdiagnosen immer gegen alle aktiven Regeln des Kodierregelwerkes geprüft werden.

UseCase 6 geht von der Annahme aus, dass erst dann gegen die aktiven Regeln geprüft wird, wenn alle ICD-10-GM-Kodes der Liste eingegeben worden sind. Jede der eingegebenen Behandlungsdiagnosen soll dann gegen jede aktive Regel geprüft werden, das betrifft auch den etwaig inhaltlich belegten Prüfblock. Wenn im UseCase 6 nach jeder einzelnen Eingabe eines ICD-Kodes in der Reihenfolge der Liste eine Prüfung gegen die aktiven Regeln ausgelöst wird, wäre die erwartete Reaktion der Software, dass nach Eingabe von E11.30 G ein Hinweis auf die zusätzlich kodierbaren Schlüssel H28.0 und H36.0 ausgegeben wird (Regel 01-02-011). Wenn danach einzeln die eingegebenen Kodes H36.0 und E11.31 gegen die aktiven Regeln geprüft werden, wäre die erwartete Reaktion der Software, dass keine weiteren Hinweise ausgegeben werden. Der Satz „Nach der Beendigung des Kodiervorgangs wird keine Kodierregel ausgelöst“ meint, dass die Prüfung gegen die aktiven Regeln nicht zur Ausgabe eines oder mehrerer Hinweise/Korrekturvorschläge führt.

Frage

Frage zur Umsetzung von Anforderungen in Bezug auf die Darstellung

Die Darstellung der Codes mit Regeln sind sehr detailliert. Im System hat der PVSH Platzprobleme. Können die Regeln zusammen dargestellt werden oder müssen diese getrennt dargestellt werden? Können diese getrennt vorgenommen werden?

Vorgaben sehr spezifisch - Anzeigen zu Kodierregeln – ist das so notwendig?

Stichwort: Hierarchischer Diagnosetext, SDVA ist mit vielen Formatierungen vorgesehen, Prüffall 10 → „aufklappen“ vs. Button

Antwort der KBV:

Die Darstellung der Regelanschlüsse kann einzeln oder zusammen erfolgen. Der Anwender soll dabei aber erkennen können, welcher Code welchen Hinweis ausgelöst hat und was das „Problem“ ist, und er soll bei einer etwaigen Korrektur unterstützt werden.

SDVA-Formatierungen: Stichpunkte, Listen oder Tabelleninhalte, die in der Anzeige nicht als solche erkennbar sind und nur als Fließtext für den Anwender vorliegen, können ggf. den Kontext verzerren und zu Missverständnissen führen.

Prüffall 10: „Aufklappen“ ist nicht als Umsetzungsvorgabe gemeint. Es soll nachgewiesen werden, dass die Informationen aus der SDVA angezeigt werden können.

Frage:

Bzgl. KP10-650 Konfiguration der behandlungsfallbezogenen Kodierregeln:

Wenn nur eine ICD-10-GM Version pro Jahr kommt, heißt dies im Umkehrschluss, dass man nur zwei ICD-10-GM Versionen gleichzeitig (für Vorquartale) unterstützen muss?

Antwort der KBV:

Weder für die SDKRW noch für die SDICD kann ausgeschlossen werden, dass sich unterjährige Anpassungen ergeben. Es muss sichergestellt sein, dass die für den jeweiligen Behandlungsfall gültigen Stammdateien vorhanden sind.

Frage:

Quartal: Diagnosen werden pro Schein übertragen. Erfolgt eine Prüfung pro Schein bzw. erfolgt die Behandlungsrelevanz pro Schein?

Beachte: Kassenwechsel, Selektivverträge

Antwort der KBV:

Die Prüfung der Kodierregeln ist laut Anforderungskatalog im allgemein auf den Behandlungsfall bezogen.

Wenn in einem Softwaresystem der Behandlungsfall mit einem Schein gleichgesetzt wird, erfolgt die Prüfung entsprechend.

Den Sachverhalt mit dem Kassenwechsel prüft die KBV nochmals intern.

Update 04.04.2022:

Es gilt: wenn in einem System der Behandlungsfall mit einem Schein gleichgesetzt ist, erfolgt die Prüfung nach dem Kassenwechsel erneut.

Frage:

Wann, an welcher Stelle und in welcher Form (Dialog) hat die Information über Änderungen des Kodierregelwerks im Programm zu erfolgen?

Antwort der KBV:

Die Anforderungen wurden hier bewusst offengelassen, damit die Softwarehersteller die Freiheit haben eine aus Software-Sicht optimale Einbindung vorzunehmen. Die Mindestanforderungen sind lediglich: nach jeder Aktualisierung der SDKRW und zumindest ein Mal.

Frage:

P10-540 - Ermittlung eines ICD-10-GM-Kodes im Rahmen einer „Freitext-Suche“

Was genau definieren Sie mit der "Systematische und alphabetische" und "Systematische" - Verzeichnissuche?

Antwort der KBV:

Die systematische Verzeichnissuche bezieht sich auf das Element `../diagnose/bezeichnung/@V`.

Die alphabetische Verzeichnissuche bezieht sich auf die Elemente `../diagnose/diagnosethesaurus_liste/`.

Frage:

KP10-650 / 650

Der Anwender muss die Möglichkeit haben, die Übersicht anhand der angezeigten Informationen zu filtern und / oder zu sortieren.

Frage: Muss das filtern zwingend neben dem Sortieren umgesetzt werden und wenn ja, nach welchen Kriterien soll gefiltert werden können?

Antwort der KBV:

Das Akzeptanzkriterium ist mit „und / oder“ formuliert. Daher muss das Filtern nicht zwingend neben dem Sortieren umgesetzt werden. Sinnvolle Kriterien aus Sicht der KBV sind aktiv/inaktiv, Prüfzeitpunkt und Regelanwendung. Gerne können Softwarehersteller Ihren Kunden den Komfort anbieten alle Elemente zu filtern.

Frage:

Die Software kann das Festlegen eines Zeitpunktes für eine Menge von Kodierregeln in der Übersicht unterstützen.

Dies Anforderung muss verpflichtend umgesetzt werden, auch wenn ein "kann" im Satz enthalten ist. Korrekt?

Antwort der KBV:

Im Falle der Anforderung KP10-650 Akzeptanzkriterium 5b) ist das „kann“ für die Softwarehersteller als optional zu verstehen.

Wenn bei einer Anforderung bspw. die folgende Art der Formulierung *„Der Anwender kann zu jeder Kodierregel einen der Prüfzeitpunkte „bei Kodierung“ oder „zur Abrechnung“ auswählen.“* verwendet wird, dann muss ein Softwarehersteller diese Funktion verpflichtend umsetzen, da sich das kann auf den Anwender bezieht.

2 SPRECHSTUNDE 5. OKTOBER 2021

Frage:

KP10-750 Erzeugung eines Hinweises und Korrekturvorschlages, Akzeptanzkriterium 2: Ausschluss Kodierregeln für Patient im laufenden Quartal.

Was gilt hier für Nachzüglerfälle des Patienten (a) bei der Kodierung im laufenden Quartal, (b) bei der Abrechnung im Folgequartal?

Antwort der KBV:

Sowohl für die Kodierung als auch für die Abrechnung ist der Bezugszeitraum für die Verarbeitung der behandlungsfallbezogenen Regeln der Behandlungsfall (in der Definition des § 1a Nr. 28 Bundesmantel-Vertrag Ärzte). Das gilt auch für die Nachzüglerfälle. Der Begriff „laufendes Quartal“ meint daher auch für die Nachzüglerfälle den Bezugszeitraum „Behandlungsfall“.

Frage:

Bei quartalsübergreifenden Fällen, zum Beispiel §115b (amb. OP) ist die Frage, welches Kodierregelwerk gilt. Das bei Aufnahme, oder bei Entlassung?

Antwort der KBV:

Grundsätzlich gilt, dass eine Kodierregel zum vom Anwender ausgewählten Prüfzeitpunkt ausgelöst wird. Dies bedeutet bspw., dass wenn der Prüfzeitpunkt „bei Kodierung“ ausgewählt wurde, dass die Regel zum Zeitpunkt/Beendigung der Kodierung ausgeführt wird.

Frage:

Wann wird das Thema Copyright Hinweis in der XML bearbeitet? Im Moment ist die Verwendung der KRW XML auf die vertragsärztliche Versorgung begrenzt laut Copyright.

Antwort der KBV:

Die Anpassung des Copyrights ist bereits unter <https://update.kbv.de/ita-update/Ankuendigung/Kodierunterstuetzung/> bereitgestellt. Das Copyright in der XML Datei wurde durch eine zusätzliche Textdatei in dem Schnittstellenpaket aktualisiert. Mit der nächsten Schemaänderung der SDKRW wird dieser neue Copyright in die SDKRW selber übernommen

Frage:

P10-440 Änderung der Anforderung:

"Verweigern eines Ausdruckes bzw. der Verwendung dieses ICD-10-GM-Kodes in einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf den Formularen (gedruckte wie elektronisch) der vertragsärztlichen Versorgung, falls die Software die Bedruckung der Formulare bzw. die Ausstellung einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung elektronischer Formulare zulässt." Bedeutet dies, dass die Meldung NICHT auf allen anderen Formularen der vertragsärztlichen Versorgung erscheinen muss, diese ohne Hinweis ausgedruckt werden können?

Antwort der KBV:

Ja, die Bedeutung ist korrekt wiedergegeben. Die Anforderung schränkt nur die in der Anforderung definierten vertragsärztlichen Formulare ein.

Hersteller können die Anwender generell bei anderen vertragsärztlichen Formularen über den Sachverhalt informieren.

Frage:

KP10-200 - Muss eine Rückspeicherung der Diagnose in den Versicherten durchgeführt werden, wenn es eine Dauer- bzw. anamnestische Diagnose ist?

Antwort der KBV:

Ja, alle Änderungen in Bezug auf die Klassifizierung von Dauer- bzw. anamnestische Diagnosen müssen in der Patientendokumentation bzw. Patientenbezogen gespeichert werden.

Frage:

Kann der "wählbare" Prüfzeitpunkt in der Gesamtübersicht der Kodierregeln in der Software umbenannt werden, da diese Einstellung für den Anwender verwirrend, bzw. unverständlich ist.

Antwort der KBV:

Die Frage wird mitgenommen und ggf. im AFK nachgeschärft.

Update 04.04.2022:

Der Begriff „wählbar“ kann umbenannt werden. Siehe Hinweis zu Anforderung KP10-660.

Frage:

Wählbare Prüfzeitpunkt – zeigt Liste von Patienten, muss zusätzlich bei einem Patienten selbst angezeigt werden oder reicht diese Liste?

Antwort der KBV:

Die Anzeige einer Liste reicht aus.

Frage:

KP10-650 Muss es bei der Kodierregelkonfiguration einen BSNR- und/oder Benutzerbezug geben? Dürfen Konfigurationen von Kodierregeln auch übergreifend für bspw. eine Softwareinstallation gelten?

Antwort der KBV:

Es wurde bereits ein Hinweis im Anforderungskatalog aufgenommen, der auf die Mandantenfähigkeit des Systems hinweist.

Frage:

Die Überschneidung von Patientendaten bzw. Konfiguration nicht zu teilen in Bezug auf die Organisationseinheit ist zu offen in der Interpretation.

Antwort der KBV:

Es wird an dieser Stelle nochmals KBV intern geprüft, ob der Begriff Organisationseinheit nachgeschärft werden kann. Eine Prüfung hat ergeben, dass eine Schärfung des Begriffes auf nur eine BSNR nicht sinnvoll ist, da hierdurch bspw. der UseCase ein Arzt arbeitet in zwei zusammengehörenden Betriebsstätten (BSNR und NBSNR) und nutzt ein Softwaresystem nicht abgedeckt ist. Denn bei einer Einschränkung auf nur eine BSNR kann der Arzt die Konfiguration nicht gleichzeitig in der BSNR und NBSNR einsetzen.

Update 04.04.2022:

Es wurden keine Kriterien gefunden, die eine sinnvolle Konkretisierung des Begriffs Organisationseinheit erlauben.

Frage:

Das Kodierregelwerk gilt ab dem 01.01.2022. Ist es richtig das Diagnosen aus 2021 nicht geprüft werden müssen?

Antwort der KBV:

Das Kodierregelwerk gilt ab dem 01.01.2022 und muss ab diesem Zeitpunkt eingesetzt werden. Dies bedeutet, dass ab diesem Datum die Diagnosen der Behandlungsfälle aus dem ersten Quartal 2022 entsprechend mit den definierten Kodierregeln geprüft werden.

Frage:

Bei einigen Korrekturvorschlägen ist die Diagnosesicherheit mit angegeben, bei anderen jedoch nicht. Gibt es hierfür einen bestimmten Grund?

Antwort der KBV:

Der Grund liegt im jeweiligen Kodierkontext. Das Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit wird dann mit angegeben, wenn eine Alternative nicht sinnvoll erscheint, und ist als Service für den Anwender gedacht. Eine Änderung durch den Anwender ist aber auch hier möglich.

Beispiel: Regel 01-01-001: Die Regel behandelt den Fall, dass eine zurückliegende Erkrankung spezifisch mit einem Code aus den „Organkapiteln“ der ICD verschlüsselt werden kann. Die entsprechenden Codes lösen die Regel nur aus, wenn sie mit dem Zusatzkennzeichen Z für „Zustand nach“ angegeben sind. Ein Zustand nach einer Erkrankung setzt voraus, dass die Erkrankung (gesichert) vorgelegen hat. Daher wird hier für die zu ersetzenden Codes das Zusatzkennzeichen G mit angegeben. Ein Zustand nach Herzinfarkt (z.B. I21.9 Z) ist ein gesicherter alter Herzinfarkt (z.B. I25.29 G).

Frage:

Ist es zulässig, alle 3 Prüfzeitpunkte für Behandlungsfallregeln und quartalsübergreifende Regeln anzubieten auch wenn es laut Anforderungskatalog nicht vorgesehen ist?

Antwort der KBV:

Die KBV prüft, ob dies möglich ist.

Update 04.04.2022:

Dies ist derzeit aufgrund der Anforderungslage nicht möglich. Die Einführung weiterer Prüfzeitpunkte wird ggf. zu einem späteren Zeitpunkt mit Klarstellung der Anforderungen erfolgen.

Frage:

KP10-760: Was passiert, wenn zur Löschung eine Diagnose ausgewählt wird, die bereits in dem Quartal für z.B. AU oder Verordnungen verwendet wurde. Wird diese dann trotzdem gelöscht?

Antwort der KBV:

Der Begriff „Löschen“ ist im Zusammenhang mit den Kodierregeln so zu verstehen, dass die betroffene ICD-10-GM-Kode nicht weiter in dem aktuellen Behandlungsfall für weitere Vorgänge, z.B. die Abrechnung, verwendet wird. Mit dem Begriff „Löschen“ ist kein Löschen eines ICD-10-GM-Kode aus dem System oder generell aus Patientendokumentation gemeint.

Frage:

Verständnisfrage zur eigentlichen Prüfung:

Bei Regel 01-01-001 soll laut den Angaben eigentlich das gleiche geprüft werden, wie bei Regel 03-02-036.

Im ersten Fall soll z.B., wenn ICD I21.0 G vorhanden ist, KEIN weiterer aus der Bedingungen-Liste mehr enthalten sein.

Im zweiten Fall soll z.B., wenn ICD I21.0 G vorhanden ist, in jedem Quartal dieser ICD aus der Bedingungen-Liste enthalten sein.

Ist das Unterscheidungskriterium zwischen den unterschiedlichen Prüfungen nun nur am Bezugsraum zu unterscheiden?

Antwort der KBV:

Das „Thema“ in beiden Fällen ist der akute Herzinfarkt. Die behandlungsfallbezogene Regel 01-01-001 behandelt den Fall, dass ein zurückliegender Herzinfarkt spezifisch mit Diagnoseschlüsseln aus I25.2- kodiert werden kann. Daher ist der Auslöser der Regel nicht bspw. I21.0 mit dem Zusatzkennzeichen G sondern bspw. I21.0 mit dem Zusatzkennzeichen Z.

Die quartalsübergreifende Regel 03-02-036 behandelt den Fall, dass ein stets über zwei zurückliegende Behandlungsfälle hinweg kodierter akuter Herzinfarkt (mit dem Zusatzkennzeichen G) daraufhin überprüft werden sollte, ob im aktuellen Behandlungsfall wirklich weiterhin ein akuter Herzinfarkt vorliegt oder eher ein zurückliegender Herzinfarkt kodiert werden sollte.

Die Regeln gleichen sich daher im Ergebnis, dass für den aktuellen Behandlungsfall der auslösende ICD-10-GM-Kode in einen ICD-10-GM-Kode aus der Liste I25.2- mit dem Zusatzkennzeichen G zu ändern ist.

Frage:

KP10-660: Was bedeutet das genau „wählbar“? Soll ein spezifisches Datum angegeben werden können, an dem die Regel ausgelöst wird? Und wann soll dies geschehen?

Antwort der KBV:

„Wählbar“ bedeutet zunächst, dass im Gegensatz zu dem Ereignis-gesteuerten Auslösen von Prüfungen gegen das Kodierregelwerk (wie „bei Kodierung“ und „bei Abrechnung“) die Prüfung durch den Anwender manuell ausgelöst werden kann. Die Umsetzung des vom Anwender wählbaren Zeitpunktes wurde bewusst offengelassen. Komfortfunktionen, wie das Voreinstellen eines bestimmten Zeitpunktes, können dem Anwender angeboten werden. Dies kann beispielsweise zusätzlich im Rahmen der Konfiguration der Regeln erfolgen.

Frage:

Korrektur-ICDs: Dürfen nicht endständige Korrektur-ICDs ausgeblendet werden, wenn die Software diese nicht zur Kodierung zulässt?

Antwort der KBV:

ICD-10-GM-Kodes, welche durch eine Kodierregel zur Korrektur definiert werden, werden grundsätzlich in der Regel Definition endständig angegeben. Ein Änderungsvorschlag mit ICD-10-GM-Kodes, die für eine Verschlüsselung im Geltungsbereich der §§ 295 oder 301 SGB V nicht zugelassen sind, sollte damit ausgeschlossen sein.

Frage:

KP10-740: Ist es wirklich sinnvoll den vollständigen Hinweistext einer Kodierregel anzuzeigen? Die Hinweistexte sind teilweise sehr lang, das macht die Darstellung in einem Abrechnungsprotokoll problematisch. Wäre es denkbar alternativ sprechende Kurzformen der Hinweistexte anzuzeigen?

Antwort der KBV:

Die KBV nimmt die Frage mit und stimmt diese intern ab.

Update 04.04.2022:

Das Akzeptanzkriterium 2. b) der Anforderung KP10-740 wurde angepasst. Lange Hinweistexte können entsprechend gekürzt werden. Beim Kürzen der Texte muss die Software sicherstellen, dass der Anwender den vollständigen Hinweistext in geeigneter Weise einsehen kann.

Frage:

KP10-710: Dürfen bei Kodierregeln mit Prüfungszeitpunkt "bei Kodierung" die Hinweise und Korrekturvorschläge auch über die Kodierung hinaus angezeigt werden, so dass eine Korrektur auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann oder muss die Korrektur immer unmittelbar nach der Prüfung vollzogen werden?

Antwort der KBV:

Die KBV nimmt die Frage mit und stimmt diese intern ab.

Update 04.04.2022:

Bei Kodierregeln mit Prüfzeitpunkt „bei Kodierung“ können die Hinweise und Korrekturvorschläge zu einem späteren Zeitpunkt angezeigt werden und die Korrekturen entsprechend vorgenommen werden. Siehe dazu den Hinweis unter KP10-710.

Frage:

Ist angedacht in der Zukunft auch abrechnungsverhindernde Regeln oder Regeln mit Bezug auf Leistungsziffern einzuführen?

Antwort der KBV:

Die Regeln sollen grundsätzlich weder die Entscheidungshoheit des Arztes beschränken noch in den Abrechnungslauf eingreifen. Sie sind Bestandteil der *Kodierunterstützung*. Abrechnungsverhindernde Regeln sind nicht angedacht.

Regeln mit Bezug zu Leistungsziffern sind kein Bestandteil des Kodierregelwerkes. Für Leistungsziffern, die gemäß den Festlegungen des Bewertungsausschusses einen spezifischen begründenden ICD-10-GM-Code benötigen, erfolgen entsprechende des Hinweises aus der Gebührenordnungs-Stammdatei. Der KVDT-Anforderungskatalog (P2-920) wurde entsprechen angepasst. Darüberhinausgehende Regelungen in Bezug zu Leistungsziffern sind nicht angedacht.

Frage:

- a) Wie lange sind die Kodierregelwerke (KRW) seit Gültigkeit im Softwaresystem vorzuhalten?**
- b) Für die Konfiguration der KRW sind demnach auch gespeicherte Einstellungen für inzwischen aus dem KRW entfernte Regeln aufzubewahren. Dies ließe sich mit der Version des KRW verknüpfen.**

Antwort der KBV:

Es ist im Rahmen des Anforderungskataloges *Kodierunterstützung* keine explizite Vorgabe zur Vorhaltung der Kodierregeln definiert. Dies liegt in der Entscheidung des Softwareherstellers. Es sollte an dieser Stelle von dem Softwarehersteller sichergestellt werden, dass die zu einem Behandlungsfall gültigen Kodierregeln greifen.

Frage:

Macht es Sinn die wählbaren Regeln auch bei der Abrechnung anzubieten? Oder ist es ausreichend die Regeln anzubieten, wenn der Anwender sich den Prüfzeitpunkt selbst auswählt?

Antwort der KBV:

[Definition von „wählbar“ weiter oben]

„Wählbar“ bedeute, dass im Gegensatz zu dem Ereignis-gesteuerten Auslösen von Prüfungen gegen das Kodierregelwerk (wie „bei Kodierung“ und „bei Abrechnung“) die Prüfung durch den Anwender manuell ausgelöst werden kann. Daher ist es ausreichend, wenn der Anwender den Prüfzeitpunkt selbst auswählt, wenn er „wählbar“ konfiguriert hat.

Frage:

**PF07 - "Anzeige der gesamthaften Verschlüsselungsanleitungen des BfArMs in der Übersicht" .
Dort wird die Anzeige einer Kapitelübersicht angefordert und diese Kapitel sollen auch auf/zuklappbar sein.**

Ist das wirklich so erforderlich? Im Anforderungskatalog ist das unter P11-750 so nicht spezifiziert und auch das dort genannte Beispiel hat eine solche Anzeige nicht.

Antwort der KBV:

Das Wort „Aufklappen“ in PF 7 und PF 10 ist nicht als Umsetzungsvorgabe gemeint. Es soll nachgewiesen werden, dass die Informationen aus der SDVA angezeigt werden können. Es gelten die Akzeptanzkriterien der P11-750.

Frage:

P10-440 bitte nochmals komplett erneut näher drauf eingehen!

Antwort der KBV:

Die Beschränkung des Akzeptanzkriteriums 1.c) auf die Arbeitsunfähigkeitsdaten ergibt sich aus dem Umstand, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in der Heilmittel-Richtlinie nicht endständige Diagnosenkodes für die Begründung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nach § 32 Abs. 1a SGB V angibt, die laut BfArM für eine Verschlüsselung nicht zugelassen sind (vgl. E84.- Zystische Fibrose (Mukoviszidose)). Auch die mit dem GKV-Spitzenverband vereinbarte Diagnosenliste für den besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V enthält derartige nicht endständige Codes (vgl. R13.- Dysphagie) Des Weiteren verlangt der § 295 Abs. 1 SGB V „lediglich“, dass in den Arbeitsunfähigkeitsdaten und in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln sind. Diese Umstände haben zu der Entscheidung geführt, die Verweigerung der Verwendung eines nicht abrechenbaren ICD-10-GM-Kodes nicht auf weitere medizinische Formulare auszuweiten.

Frage:

In der KRW-Schnittstellenbeschreibung wird in dem Kapitel 5.10 Regelthema (Seite 19) auf die Schlüsseltabelle mit der ID "1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.55" verwiesen. Wo ist diese zu finden?

Antwort der KBV:

Veröffentlichung erfolgt zeitnah.

3 SPRECHSTUNDE 12. OKTOBER 2021

Frage:

Welche Prüffälle müssen in Abhängigkeit vom Anwendungsbereich des Zertifizierungsgegenstandes durchgeführt werden?

Antwort der KBV:

ZERTIFIZIERUNGSGEGENSTAND WIRD IN DEN FOLGENDEN BEREICH EINGESETZT? (ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG)	DURCHZUFÜHRENDE PRÜFFÄLLE (PRÜFPAKET)
Der Zertifizierungsgegenstand, wird nicht ausschließlich zur Erstellung <ul style="list-style-type: none">• von Abrechnungen gemäß § 57a, Abs. 2 BMV-Ä• von Direktabrechnungen gemäß §§ 115b, 116b und 120 Abs. 3 SGB verwendet.	Prüffälle 01 bis 07 (Kapitel 2)
Der Zertifizierungsgegenstand, wird ausschließlich zur Erstellung von Abrechnungen gemäß § 57a, Abs. 2 BMV-Ä verwendet.	Prüffälle 08 bis 10 (Kapitel 3)
Der Zertifizierungsgegenstand, wird ausschließlich zur Erstellung von Direktabrechnungen gemäß §§ 115b, 116b und 120 Abs. 3 SGB V verwendet.	Prüffälle 11 bis 17 (Kapitel 4)
Der Zertifizierungsgegenstand, wird ausschließlich zur Erstellung von selektivvertraglichen Abrechnungen verwendet.	Prüffälle 08 bis 10 (Kapitel 3)

Frage:

In P10-440 widerspricht sich 1a und 1c.

Antwort der KBV:

Die KBV nimmt die Unstimmigkeit mit, und diese wird intern abgestimmt und konkretisiert.

Update 04.04.2022:

Die Anforderung P10-440 wurde angepasst.

Frage:

bzgl. SDVA:

Die derzeit veröffentlichte SDVA auf <https://update.kbv.de/ita-update/Ankuendung/Kodierunterstuetzung/> ist nur bis 31.12.2021 gültig.
Wann wird die für 2022 gültige SDVA veröffentlicht?

Antwort der KBV:

Die für 2022 gültige SDVA wird im Rahmen des regulären Updates am 15. November 2021 veröffentlicht. Dies gilt auch für die SDKRW- und die ICD-10-Stammdatei. Sollen das Datum, wie es jetzt in der Beispieldatei steht, im Rahmen der Softwareentwicklung oder Softwaretests Schwierigkeiten bereiten, können wir von Seiten der KBV in der Beispieldatei eine entsprechende Änderung vornehmen. Da es sich nur um eine Beispieldatei handelt, können Sie diese Änderung aber auch selbst vornehmen.

Frage:

Offene Frage von letzter Woche: Müssen Korrekturen immer zum Zeitpunkt der Prüfung vorgenommen werden, oder kann dies auch verzögert erfolgen?

Antwort der KBV:

Dieser Sachverhalt ist intern in Klärung und wird zeitnah veröffentlicht.

Update 04.04.2022:

Die Software kann dem Anwender eine Komfortfunktion zur Verfügung stellen. Diese bietet die Möglichkeit, sich die Ergebnisse der Prüfung der Kodierregeln mit Prüfzeitpunkt „bei Kodierung“ zu einem späteren Zeitpunkt am Behandlungstag anzeigen zu lassen und die Korrekturen durchzuführen. Siehe Hinweis unter Anforderung KP10-710.

Frage:

Ich vermisste die Frage bezüglich Konfiguration von Status und Prüfzeitpunkt direkt in der Listenansicht. Es war angedacht, dass die Anforderung in Anbetracht von Kombi-Ansichten nochmal überarbeitet wird

Antwort der KBV:

Dieser Sachverhalt ist intern in Klärung und wird zeitnah veröffentlicht.

Update 04.04.2022:

Die Anforderungen KP10-650 und KP10-660 wurden entsprechend angepasst: „Bei jeder Kodierregel muss der Anwender min. in der Detailansicht gemäß Akzeptanzkriterium 4 und kann in der Übersicht gemäß Akzeptanzkriterium 2 die Möglichkeit haben, festzulegen, zu welchem Zeitpunkt die Behandlungsdiagnosen gegen die Regel geprüft werden sollen.“

Frage:

Bauen die Prüffälle aufeinander auf? Bei P06 gibt es die Voraussetzung: „Die vorangegangenen Prüffälle wurden durchgeführt.“ Bei den anderen Prüffällen ist dies nicht der Fall. Heißt das bei P02-P05, können die jeweils davonfliegenden Prüffälle zu ignorieren?

Antwort der KBV:

Die Prüffälle in Kapitel 2 bauen aufeinander auf. Für die Bearbeitung von Prüffall 06 müssen die Patientendaten bzw. die ICD-10-GM-Kodes und die Konfiguration der Regeln aus den vorangegangenen Testfälle durchgeführt worden sein.

Frage:

P10-470 Geschlechtsbezug - Bezieht sich auf Akzeptanzkriterium 3: Darf bei einem "muss"-Fehler der Code ohne Ausnahmetatbestand gar nicht eingegeben werden? Gilt dies auch für "muss"-Fehler bei anderen Bezugsprüfungen?

Antwort der KBV:

Die Anforderung P10-470 wurde nicht inhaltlich geändert, sondern nur in das neue Format übertragen. Der ICD-10-GM-Code, für den eine Ausnahme definiert ist, kann im Falle eines „muss“-Fehlers nicht abgerechnet werden. Dies wird auch vom Prüfmodul gemeldet.

Frage:

Wann kommt der angekündigte neue Anforderungskatalog?

Antwort der KBV:

Die Erweiterungen werden KBV intern besprochen noch abgestimmt und zeitnah veröffentlicht.

Frage:

Fachgruppenkatalog: Es gibt eine Schlüsseltabelle der KBV mit 46 Arztgruppen. In der aktuellen ICD Stammdatei wären derzeit ca. 15 Arztgruppen, welche zur Auswahl angezeigt werden sollen. Muss die komplette Arztgruppenliste für den Anwender angezeigt werden oder nur die, welche im ICD-XML immer aktuell vorhanden ist.

Antwort der KBV:

Bei der Fachgruppenkatalog-Suche müssen nur die 15 Arztgruppen angezeigt werden, die aktuell in der ICD-10-Stammdatei vorhanden sind.

Die Schlüsseltabelle wird in verschiedenen Bereichen verwendet, daher sind mehrere Arztgruppen definiert.

Frage:

Legen wir für die Zertifizierung die Patienten selbst an oder gibt es da irgendwas von der KBV?

Antwort der KBV:

Die Patientendaten sind im Prüfpaket enthalten. Die Erfassung der Patientendaten in den einzelnen Prüffällen kann entweder über das Einlesen (mit einer sogenannten Import-Schnittstelle) der XML-Datei realisiert werden oder die Daten können im Ersatzverfahren bzw. händisch erfasst werden. Das Vorgehen zur Erfassung der Patientendaten im Prüfpaket Kodierunterstützung sollte den Softwareherstellern bereits

bekannt sein, da dieses Vorgehen bereits in den bekannten und etablierten Zertifizierungsverfahren eingesetzt wird.

Frage:

KP10-540 1c) "individuelle Favoritenliste" wie kann es hier sein, dass nur in einer Favoritenliste gesucht werden soll. Der Anwender legt in seinem System doch mehrere Listen an und legt nicht eine bestimmte Liste zur Suche fest. Dann würde die Suche hier nicht nach bestimmten Listen stattfinden, sondern nach bestimmten ICDs in einer Favoriten Liste. Dies ergibt für mich überhaupt keinen Sinn.

Was ist mit den Regeln die wegfallen, werden die weiterhin In der Stammtabelle KRW_1.40_74_tf+2022q2_nr+1.xml gepflegt oder fallen Sie auch hier raus?

Antwort der KBV:

KP10-540 1 c): Die Suche kann auch in mehreren Favoritenlisten erfolgen, sofern der Anwender mehrere Favoritenlisten angelegt hat.

Nicht (mehr) gültige Kodierregeln werden nicht veröffentlicht. Von der KBV wird nur der jeweils aktuelle Stand der gültigen Regeln ausgeliefert.

Frage:

KP10-540 1b - Muss die Thesaurus-Suche im Fachgruppenkatalog für die die individuellen Arztgruppen möglich sein (z.B. nur Einträge mit der Arztgruppe 13 für Internist)?

Oder ist hier tatsächlich nur eine Suche im "Fachgruppenkatalog (Arztgruppe != 3) gemeint?

Antwort der KBV:

Die Suche muss für die verschiedenen (15 Arztgruppen) möglich sein.

Der Anforderungstext wird nach interner Abstimmung angepasst.

Frage:

KP10-720: Dürfen Anwender bei der Übersicht der ausstehenden quartalsübergreifenden Kodierregeln auch die behandlungsfallbezogenen finden, oder sollte der Anwender nur die quartalsübergreifenden sehen dürfen.

Antwort der KBV:

Es ist nicht vorgesehen, dass bei der Übersicht der ausstehenden quartalsbezogenen Kodierregeln auch die behandlungsfallbezogenen Regeln angezeigt werden.

Frage:

KP10-740 Übersichtsanzeige Kodierregeln Die in KP10-730 Akzeptanzkriterium 2 oder KP10-700 Akzeptanzkriterium 2 ermittelten Ergebnisse werden dem Anwender in einer Übersicht zusammengefasst dargestellt. Das bezieht sich doch auf eine Auswertung oder nicht?

Antwort der KBV:

Das Wort „Übersicht“ bezieht sich darauf, dass dem Anwender die Möglichkeit gegeben werden muss, sich eine Übersicht oder einen Überblick über die Regelanschlüsse verschaffen zu können. Er soll erkennen können, bei welchen Patienten/Behandlungsfällen eine möglicherweise nicht sachgerechte Kodierung vorliegt. Darüber hinaus gehende Komfortfunktionen im Sinne einer „Auswertung“, wie beispielsweise eine zahlenmäßige Aufarbeitung/Gruppierung von Regelanschlüssen, können angeboten werden, sind aber nicht Gegenstand der Anforderungen.

Softwareherstellen können die Kodierregeln auch im Rahmen von Controlling-Funktionen einsetzen.

4 SPRECHSTUNDE 19. OKTOBER 2021

Frage:

Prüffall-ID: PF04 – Die Aktion 3: „ ... Verschlüsselungsanleitung des BfArM für den ICD-10-GM-Code „H28.0“ Handelt es sich bei der Verschlüsselungsanleitung des BfArM um den Inhalt der Datei VA_1.0_74_tf+2021q2_nr+1.xml? Wenn ja, wie ist die Verknüpfung vom ICD-10-GM-Code „H28.0“ zu einem bestimmten Absatz in der Verschlüsselungsanleitung?

Antwort der KBV:

Die Datei VA_1.0_74_tf+2021q2_nr+1.xml enthält die Verschlüsselungsanleitung des BfArM. Die Verknüpfungen zwischen den ICD-Kodes und einem oder mehreren Absätzen der Verschlüsselungsanleitung sind in ICD-Stammdatei zu den entsprechenden ICD-Kodes hinterlegt. Die entsprechende zum 01.01.2022 gültige ICD-Stammdatei ist im Ankündigungsbereich des Update-Servers (<https://update.kbv.de/ita-update/Ankuendungung/Kodierunterstuetzung/>) bereitgestellt.

Frage:

Bezieht sich auf die Hinweise zu KP10-710 1. b) und KP10-710 3. b), analog auch in KP10-730:

Subbedingungen/Subprüfungen: Eine Subbedingung/Subprüfung kann sich entweder auf Diagnosesicherheit (DS) oder Seitenlokalisierung (SL) beziehen. Ein ICD-Code kann immer nur genau eine DS bzw. genau eine SL haben. Meines Erachtens ist es daher ausgeschlossen, dass der Knoten ../kodierregel/bedingung/subbedingung/operator/@V bzw. ../kodierregel/bedingung/subpruefung/operator/@V auf "AND" stehen kann, ist dies korrekt?

Antwort der KBV:

Ja es ist korrekt für einen ICD-Code kann höchstens eine DS oder SL hinterlegt sein.

Derzeit ist es aus fachlicher Sicht vorgesehen, dass entweder der Parameter DS bzw. SL pro ICD-Code hinterlegt wird. Des Weiteren kann der entsprechende Parameter höchstens einen Wert enthalten.

Aus diesem Grund wird der Operator AND keine Anwendung finden.

Frage:

Bei uns im RIS werden die Akutdiagnosen und die Dauerdiagnosen in unterschiedlichen Dialogen erfasst und gekennzeichnet. In PF02 soll aus einer "Behandlungsdiagnose" eine Dauerdiagnose werden. Ist dies möglich?

Kann die "Behandlungsdiagnose" direkt als Dauerdiagnose erfasst werden, was dem typischen Workflow in der Radiologie entspricht?

Sofern die "Behandlungsdiagnose" zuerst als Akutdiagnose erfasst werden muss, müssten die User anschließend in den Dialog der Dauerdiagnosen wechseln, um dort nochmals die Dauerdiagnose zu erfassen (umständlich, aber entspricht auch nicht dem UseCase in der Radiologie).

Antwort der KBV:

Der Hersteller stellt der KBV entsprechende Beispiele zur Bewertung zur Verfügung, so dass eine Bewertung bilateral erfolgt.

Frage:

Zu P10-430: Dort steht in Akzeptanzkriterium 2c): "Verweigern eines Ausdruckes bzw. der Verwendung dieses ICD-Kodes auf den Formularen (gedruckte

wie elektronische) der vertragsärztlichen Versorgung, falls die Software die Bedruckung der Formulare bzw. die Ausstellung elektronischer Formulare zulässt"

Heißt das für uns, wir müssen bei jedem zu druckenden Kassenformular sicherstellen, dass dort nur gültige ICD-Kodes drauf sind und sonst den Ausdruck verweigern?

Antwort der KBV:

Ja ICD-Kodes, welche nicht Teil der ICD-Stammdatei dürfen nicht für die Formularfelder verwendet werden, welche ausdrücklich für die Aufnahme eines ICD-Kodes vorgesehen sind. Bei reinen „Freitext“-Feldern gelten keine weiteren Einschränkungen.

Frage:

Sind die Angaben für die Musterpatienten 1:1 zu verwenden oder dürfen hier auch kleinere Abweichungen verwendet werden? Z. B. weglassen der Namenszusatz, Vorsatzwort, Anschriftenzusatz, WOP? Ferner taucht die IK 104424874 nicht im genutzten Upload der Kostenträger durch den GKV auf.

Bedeutet "'Eingabe' des ICD-10 Kodes verhindern" dass der Kode überhaupt nicht in die Liste der Diagnosen eingegeben werden darf oder soll damit wie sonst üblich nur die Abrechnung (bzw. Verwendung bei AU) dieses Kodes verhindert werden? Hintergrund:

In P10-470 wird in AK2 gefordert, dass unabhängig vom Fehlertyp nur ein Hinweis ausgegeben werden muss. In AK3 wird allerdings gefordert, dass bei einem "Muss-Fehler" (XML-Element ../..._fehlerart/@V="m") die 'Eingabe' des Kodes verhindert werden soll. Die Formulierung 'Eingabe verhindern' wurde sonst nie verwendet.

Antwort der KBV:

Die Angaben zu den Musterpatienten müssen nicht 1:1 verwendet werden.

P10-470, AK3: Die Eingabe eines ICD-Kodes, der einem „MUSFehler“ erzeugt, setzt die Angabe eines Diagnosenausnahmetatbestandes voraus. Wie in der Sprechstunde ausgeführt, ist aufgrund der angepassten Metadaten des BfArM das Auftreten von Muss-Fehlern im Zusammenhang mit dem Geschlechtsbezug derzeit nicht zu erwarten.

Frage:

KP10-240 Übernahme von Dauerdiagnosen als Behandlungsdiagnosen in die Abrechnung: Die Vorgabe sieht vor, dass Dauerdiagnosen, die nicht in die Abrechnung übertragen werden sollen, abzuwählen sei. In medico ist die bisherige Vorgehensweise so, dass die Dauerdiagnose gesperrt werden würde, damit sie nicht in die Abrechnungsdatei übertragen wird. Also umgekehrte Logik - Dauerdiagnosen, die nicht in die Abrechnung sollen, werden vorher markiert.

Antwort der KBV:

Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, aus einer für die Übernahme in die Abrechnung vorgesehene Liste von Dauerdiagnosen einzelne Dauerdiagnosen reversibel so zu markieren, dass sie von einer Übernahme in die Abrechnung ausgeschlossen werden. Die Funktion KP10-240 ist dann erfüllt, wenn anstelle einer „Abwahl“ eine andere eindeutige und reversible Kennzeichnung für die Nicht-Übernahme in die Abrechnung erfolgt.

Frage:

Sollen Dauerdiagnosen, die in jedem Quartal als Dauerdiagnose eingegeben werden, immer vollständig angezeigt werden? Reicht eine Filterfunktion, um die jeweils Letzt gültige Dauerdiagnose anzuzeigen?

Antwort der KBV:

KBV nimmt dies mit und klärt dies zeitnah.

Update 04.04.2022:

Mit der optionalen Anforderung O10-270 wurde die Möglichkeit einer Komfortfunktion geschaffen. Die Liste nach KP10-240 kann auf die Dauerdiagnosen eingeschränkt werden, welche innerhalb der letzten vier Quartale in die Abrechnung übertragen worden sind. Zu beachten ist, dass der Anwender die Möglichkeit haben muss die Vorselektion zu deaktivieren.

Frage:

Im AK steht:

4.2.3 Ausführung quartalsübergreifender Kodierregeln

Quartalsübergreifende Kodierregeln wurden etabliert, um bereits vorhandene Diagnoseschlüssel, die eigentlich einen akuten und vorübergehenden Zustand abbilden, von einer Weiterverwendung auszuschließen bzw. auf eine möglicherweise nicht sachgerechte Weiterverwendung hinzuweisen. Der Anwender soll dabei die Möglichkeit erhalten, die Prüfung zu einem selbstgewählten Zeitpunkt auszulösen und neben einem einzelnen Patienten auch bestimmte Patientengruppen gesammelt die im Quartal behandelten Patienten auszuwerten.

KP10-740 Übersichtsanzeige Kodierregeln: Die in KP10-730 (quartalsübergreifende KR) Akzeptanzkriterium 2 oder KP10-700 (behandlungsfallbezogene KR) Akzeptanzkriterium 2 ermittelten Ergebnisse werden dem Anwender in einer Übersicht zusammengefasst dargestellt.

Soll es hier wirklich eine zusätzliche Übersicht (neben der Übersicht der quartalsübergreifenden KR) geben? Oder kann dies in einer Übersicht sein?

Antwort der KBV:

Der Anwender soll jeweils nur die Ergebnisse seiner konfigurierten Prüfungen sehen. Wenn behandlungsfallbezogene und quartalsübergreifende Regeln einen gemeinsamen Auslöser haben (bspw. ist für beide Regelkategorien das Ereignis „bei Abrechnung“ konfiguriert), kann die Übersichtsanzeige der Regelanschläge zusammen erfolgen. Hier müssen keine getrennten Übersichten erzeugt werden.

Frage:

Wann kommt der neue AFK?

Antwort der KBV:

Zu Anfang KW43 wird der AFK veröffentlicht.

5 SPRECHSTUNDE 26. OKTOBER 2021

Frage:

KP10-720: Bei den quartalsübergreifenden Kodierregeln steht in der Begründung „im Rahmen der Behandlungsfalldokumentation“.

Das passt nicht, da es sich ja eben nicht um behandlungsfallbezogene Kodierregeln handelt oder?

Antwort der KBV:

Hier handelt es sich um einen redaktionellen Fehler, welchen die KBV im Rahmen der Aktualisierung behebt.

Frage:

Wird der Anforderungskatalog durch das Prüfpaket ergänzt? Beispiel PF07 hat eine Anforderung die nicht in P11-750 steht.

Antwort der KBV:

Nein, der Anforderungskatalog wird nicht durch das Prüfpaket ergänzt. Das Prüfpaket dient zur Erbringung der Nachweise der Umsetzung. Die angesprochene Stelle im Prüfpaket wird von der KBV aktualisiert.

Frage:

PF04: Muss die Suche im Hausarzkatalog starten? Die erste Suche findet in unserm System zuerst im Systematisches Verzeichnis statt.

Antwort der KBV:

Die ICD-Suche muss in dem vom Anwender ausgewählten Katalog starten.

6 SPRECHSTUNDE 2. NOVEMBER 2021

Frage:

Bei der Funktion ADD sind in der SDKRW bei den Korrektur-ICD-Codes keine Diagnosesicherheiten angegeben. Kann hier die Diagnosesicherheit des auslösenden ICD-Codes verwendet/übernommen werden oder darf die Diagnosesicherheit in diesem Fall nicht vorbelegt werden?

Antwort der KBV:

Wenn in der Kodierregel keine Diagnosesicherheit vorgeschlagen ist, dann muss die Software den Anwender darauf hinweisen, dass eine Diagnosesicherheit erfasst werden muss. Allerdings darf keine Vorbelegung erfolgen.

Frage:

Darf bei der Funktion ADD bzw. REPLACE der Diagnosetyp (Akut-/Dauerdiagnose) des Kodierregel-auslösenden ICD-Codes für den ICD-Code Korrekturvorschlag verwendet/übernommen werden?

Antwort der KBV:

Ja, der entsprechende Diagnosetyp darf übernommen werden, dies ist bspw. in der Anforderung KP10-770 Akzeptanzkriterium 2a) beschrieben.

Frage:

Ist die Bereitstellung eines Anwenderhandbuchs notwendig für die Zertifizierung, so wie im "Abschnitt III. Update und weitere Vereinbarungen im Antrag formuliert?"

Antwort der KBV:

Nein im Rahmen der Zertifizierung muss kein Anwenderhandbuch eingereicht werden, alle einzureichenden Informationen sind im Prüfpaket Kodierunterstützung beschrieben.

Frage:

Darf die Zertifizierung mit den Stammdaten vor dem 15.11.21 durchgeführt werden?

Antwort der KBV:

Ja, die Zertifizierung kann zu jedem Zeitpunkt unabhängig von den veröffentlichten Stammdateien vorgenommen werden.

7 SPRECHSTUNDE 9. NOVEMBER 2021

Frage:

Die unter <https://update.kbv.de/ita-update/Ankuendigung/Kodierunterstuetzung/> bereitgestellte ICD10-Stammdatei `icd_2.4_74_tf+2022q1.xml` ist erst ab 01.01.2022 gültig.

Wenn wir die Zertifizierung vor dem 01.01.2022 vornehmen und den Prüffall PF04 im 4. Quartal 2021 eingeben, wird unsere Software die derzeit gültige ICD10-Stammdatei `icd_2.3_74_tf+2021q2.xml` auswerten.

In dieser Datei gibt es aber zu den einzelnen ICD10-Kodes keine `<verschlüsselungsanleitung_liste>` und somit kann bei der Zertifizierung keine ICD-10-Kode-spezifische Verschlüsselungsanleitung angezeigt werden.

Muss also bei der Erfassung der Prüffälle im Rahmen der Zertifizierung so getan werden, als ob man sich bereits im Jahr 2022 befindet, oder ist die Annahme falsch, dass die Stammdatei `icd_2.4_74_tf+2022q1.xml` erst ab 01.01.2022 eingesetzt werden darf?

Antwort der KBV:

Dies ist grundsätzlich systemabhängig, bspw. kann zum Zwecke der Zertifizierung das Datum der Beispielstammdatei angepasst werden.

Frage:

KP10-540 (Freitextsuche):

- Müssen alle Möglichkeiten umgesetzt werden? C (individuelle Favoritenliste) ist doch optional? D oder E - entweder oder?

- In A und B, reichen hier Filtermöglichkeiten der systematischen Übersicht nach Fachgruppe?

Antwort der KBV:

Bei der Anforderung KP10-540 muss Akzeptanzkriterium c) nicht umgesetzt werden, wenn die optionale Anforderung nicht umgesetzt wurde.

Frage:

Sind zusätzliche Einstellungsmöglichkeiten für den Prüfzeitpunkt und die Aktivität in den Regeldetails (Detailansicht) erforderlich, obwohl die Übersicht, die sich bei uns im selben Dialog befindet, diese Möglichkeiten bereits bietet?

Eine ausreichende Übersichtlichkeit ist aus unserer Sicht dadurch weiterhin gegeben. In unserem Dialog wären diese zusätzlichen Kontrollelemente redundant.

Antwort der KBV:

Die beschriebene Umsetzung entspricht den Vorgaben aus dem Anforderungskatalog.

Frage:

Zur Klarstellung: Muss in den Regeldetails auch die in der XML-Datei hinterlegte Voreinstellung oder nur die aktuelle Benutzereinstellung für den Prüfzeitpunkt angezeigt werden?

Im Anforderungskatalog wird immer auf die zugehörigen XML-Knoten referenziert, was zu Missverständnissen führen kann.

Antwort der KBV:

Grundsätzlich muss die Auswahl des Anwenders angezeigt werden, sofern der Anwender noch keine Einstellung vorgenommen hat, wird die geforderte Defaulteinstellung angezeigt.

Die Daten der SDKRW werden so angepasst, dass in dem XML nur ein Wert hinterlegt ist, welche die Defaulteinstellung repräsentiert.

8 SPRECHSTUNDE 16. NOVEMBER 2021

Frage:

Kann es bei zukünftigen Erweiterungen der Kodierregeln vorkommen, dass mehr als 1 Kodierregeln für eine Diagnose "greift"?

Wie aktuell z.B. bei der Diagnose E10.21 würden die folgenden Regeln "greifen": 01-02-010 und 01-01-025!?

Sollte dann in solchen Fällen immer jede Korrekturanweisung der jeweiligen Kodierregel den Benutzer angeboten werden?

Antwort der KBV:

Grundsätzlich kann es aktuell bereits vorkommen, dass für einen ICD-10-GM-Code mehrere Kodierregeln „greifen“. Wenn tatsächlich mehrere Kodierregeln für einen ICD-10-GM-Code „greifen“ dann sind alle Korrekturmöglichkeiten anzuzeigen.

Frage:

KP10-540: Facharztgruppenbezeichnungen entsprechen nicht den Schlüssel Tabellen der KBV. Können wir die Bezeichnungen gemäß diesen Vorgaben (die auch überall sonst in unserem System verwendet werden) ändern?

Antwort der KBV:

Es muss die Bezeichnung der hinterlegten Schlüssel Tabelle angezeigt werden.

Frage:

Prüffall 03: Kennzeichnung als zukünftige Dauerdiagnose. Wie soll diese Kennzeichnung erfolgen? Im Anforderungskatalog wird dies nicht erwähnt.

Antwort der KBV:

Mit dieser Formulierung im Prüfpaket soll ausgedrückt werden, dass ein ICD-10-GM-Code als Dauerdiagnose gekennzeichnet wird.

Frage:

Beispiele zur Umsetzung - UseCase13

Erwartete Regelanschlüsse - Patient 2 und Patient 6 beide sind bzgl. ICD I63.9 G nahezu identisch. Für Patient 2 wird kein Regelanschlag erwartet, für Patient 6 schon, wobei für Patient 6 die Begründung der Regelauslösung nicht passt, da ICD I63.9 G nicht in vier aufeinanderfolgenden Quartalen hinterlegt ist

Übersehen wir hier etwas?

Antwort der KBV:

Im UseCase 13 bei dem Patienten 6 ist ein Fehler in den Beispieldaten enthalten, welcher korrigiert wurde.

9 SPRECHSTUNDE 23. NOVEMBER 2021

Frage:

Ist es zulässig, dass für die Quartalsübergreifenden Kodierregeln alle drei Prüfzeitpunkte (bei Kodierung, zur Abrechnung, wählbar) angeboten werden können?

Antwort der KBV:

Dies ist derzeit aufgrund der Anforderungslage nicht möglich. Die Einführung weiterer Prüfzeitpunkte wird ggf. zu einem späteren Zeitpunkt mit Klarstellung der Anforderungen erfolgen.

Frage:

Wenn bei den Quartalsübergreifenden Kodierregeln der Prüfzeitpunkt auf "manuell" steht, soll dies tatsächlich nur zu einem freien gewählten Zeitpunkt geprüft werden und nicht zusätzlich zur Abrechnung dann erneut geprüft werden. Im Anforderungskatalog steht aber "zur Abrechnung" oder "manuell".

Antwort der KBV:

Grundsätzlich sollen Anwender die Möglichkeit haben, für eine Kodierregel die beiden jeweils möglichen Prüfzeitpunkte auszuwählen. Das verwendete oder im Anforderungskatalog stellt kein exklusives ODER dar.

Anbei haben wir hierzu eine Tabelle zur Klarstellung des Sachverhaltes aufgenommen:

	Gesamtübersicht Defaultwert	Detailinformationen Auswahlmöglichkeiten
KP10-650	„bei Kodierung“	„bei Kodierung“ oder „zur Abrechnung“
KP10-660	„wählbar“	„wählbar“ oder „zur Abrechnung“

Hinweise: Es muss möglich sein auch **beide** Werte des Prüfzeitpunktes für eine Kodierregel unter Detailinformationen auszuwählen.

Frage:

Ist die Ausnahme/Erweiterung der Pflichtfunktion P10-500 auch verpflichtend?

Antwort der KBV:

Diese Anforderung ist nicht verpflichtend. Allerdings sollten Hersteller im Sinne Ihre Anwender eine Umsetzung prüfen.

Frage:

Bei der Anforderung P10-460 wird gefordert, dass "in Echtzeit" die Erfassung eines Sekundärcodes geprüft wird. Leider wird aus der Anforderung nicht ganz klar, wann dann der geforderte Hinweis erscheinen soll. Ist es ähnlich zu handhaben wie bspw. Hinweise zum Geschlechterbezug oder die IfSG-Meldung?

Antwort der KBV:

Der Zeitpunkt der Anforderung P10-460 ist der Gleiche wie bei den Anforderungen zum Geschlechterbezug oder IfSG-Meldungen.

Frage:

Darf man jeweils die beiden Prüfzeitpunkte (Kodierung und Abrechnung) als „beide“ o. ä. in der Konfiguration zusammenfassen?

Antwort der KBV:

Diese Umsetzung ist möglich.

Frage:

Ist es richtig, dass die Prüfung der behandlungsfallbezogenen Kodierregeln grundsätzlich bei Abschluss der Erfassung einer oder mehrerer Diagnosen automatisch auszuführen sind. Quartalsübergreifende Prüfungen können für den einzelnen Patienten manuell angestoßen werden.

Antwort der KBV:

Die grundsätzliche Aussage ist korrekt, wobei der Anwender auch die Möglichkeit quartalsübergreifender Kodierregeln zum Zeitpunkt „zur Abrechnung“ ausführen kann.

Frage:

In der KP10-640 soll bei den neuen und gelöschten Regeln der Prüfzeitpunkt angezeigt werden. Es ist nicht ganz verständlich warum der Prüfzeitpunkt angezeigt werden soll, da es hier ja sowieso einen vorgegebenen Default-Wert gibt.

Antwort der KBV:

Die KBV wird diesen Sachverhalt prüfen und ggf. anpassen oder klarstellen.

Update 04.04.2022:

Die Anforderung bleibt unverändert.

Kontakt:

Dezernat Digitalisierung und IT
IT in der Arztpraxis

Tel.: 030 4005-2077, pruefstelle@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
pruefstelle@kbv.de, www.kbv.de