

Stellungnahme der DEGAM zur Einführung der "Ambulanten Kodierrichtlinie"

Am 4. November 2010 haben die Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Vereinbarung zu den 'Ambulanten Kodierrichtlinien' (AKR) abgeschlossen, die weitreichende Konsequenzen für die ambulante (nicht nur für die vertragsärztliche) Versorgung in Deutschland haben wird. Die KBV hat seitdem die verpflichtende und nicht mehr rückgängig zu machende Implementierung der AKR in die zertifizierte Praxisverwaltungssoftware veranlasst. Zahlreiche Vertragsärzte, ihre Verbände und Körperschaften (z.B. Hausärzteverband, MEDI, Vertreterversammlungen der KVen Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe) haben tiefgreifende Bedenken gegen diesen Vorgang nachdrücklich formuliert.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat sich mit der Problematik der AKR in sozialrechtlicher, epidemiologischer und versorgungspraktischer Hinsicht ausführlich befasst und fordert zum Erhalt einer patientengerechten Versorgung statt Inkraftsetzung und Umsetzung der Ambulanten Kodierrichtlinie in der aktuellen Fassung:

- 1. Ent-Bürokratisierung**
- 2. Zeitersparnis**
- 3. Vermeidung unnötiger medizinischer Interventionen**
- 4. Patientennähe**
- 5. Kodierung mit ICPC-2 Oberfläche**
- 6. Kodierung mit ICD-10 Kompatibilität**
- 7. Erhalt der Krankengeschichten in den Dauerdiagnosen**
- 8. Einbindung von DEGAM-Fachkompetenz**
- 9. Datenschutz und Datensparsamkeit**
- 10. Einführung erst nach Praxistest**

Resümee:

Das AKR-Regelwerk ist – ebenso wie die zugrundeliegende ICD-10 – mit seinem Zuschnitt auf eine fachspezialistische Verfahrensweise und Abrechnung für die hausärztliche Patientenversorgung untauglich. Einem zweifelhaften, mit akribischer Kodierung verbundenen Nutzen, einer eventuell besseren Gesamtvergütung und Verteilungsgerechtigkeit stehen ein überproportionaler zusätzlicher Arbeitsaufwand und eine Gefährdung der Patienten durch Medikalisierung, Überdiagnostik, Übertherapie und Nachteile im privaten Versicherungswesen gegenüber.

Der enorme Mehraufwand wird noch mehr von der sonst für den Patienten reservierten Zeit beanspruchen und die Attraktivität der Arbeit als Hausarzt weiter herabsetzen. Das ist besonders dramatisch dort, wo bereits eine Unterversorgung besteht und trägt dazu bei, dieses Problem weiter zu verschärfen. Die fehlende Praktikabilität des AKR-Regelwerks ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass es ohne die Einbeziehung legitimer hausärztlicher Fachvertreter oder der DEGAM als wissenschaftlicher Fachgesellschaft entwickelt wurde. Die Richtlinien enthalten zudem in nicht begründeten Einzelfällen (z.B. der Augen- und Nierenheilkunde) Spezialistenvorbehalte der Diagnosesicherung ausschließlich durch Facharztüberweisung. Derartige Umgestaltungen der innerärztlichen Kooperation unter dem Deckmantel der Kodierqualität werden von der DEGAM grundsätzlich abgelehnt. Der Grad der Aufklärung einer Diagnose und die daraus resultierende therapeutische Vorgehensweise hat sich ausschließlich nach Kriterien der Evidenz und der Versorgungsgegebenheiten zu richten, nicht nach klassifikatorischen Festlegungen.

Anzustreben ist eine an die Versorgungsebene angepasste Form der Kodierung. Eine solche liegt für die primärärztliche Versorgungsebene in Form der International Classification of Primary Care (ICPC-2) seit Jahren vor. Diese Kodierung hat sich international in vielen Ländern für die hausärztlichen Versorgungsebenen bewährt. Hierdurch wird die Systematik hausärztlichen Handelns wesentlich einfacher und zuverlässiger sowie international vergleichbar abgebildet. Der Übergang zu spezialisierten Versorgungsebenen kann durch eine eindeutige und sinnvolle Übersetzung in das ICD 10-System erreicht werden, wofür eine entsprechende Übersetzungstabelle zur Verfügung steht. Eine Verwendbarkeit auf Spezialisten-Ebene außerhalb des jeweiligen Kernbereiches sowie für die Notdienst-Versorgung ist bei einem solchen

kondensierten Kodierungssystem ebenso gegeben. Da die bisherigen Erfahrungen mit der endstelligen (meist fünf- bzw. vierstelligen) Kodierung nach ICD-10 in allen Bereichen sehr große Probleme bezüglich der Alltagstauglichkeit, Reliabilität und Validität gezeigt haben, muss die Einführung ambulanter Kodierungsrichtlinien bis zur Erstellung und realistischen Erprobung einer nachweisbar besseren Alternative ausgesetzt werden.

Die DEGAM erklärt sich bereit, an der Entwicklung einer angemessenen und spezifischen Kodierung in der ambulanten Versorgung mitzuwirken. In Anbetracht des Fehlschlags der bisherigen Ausgestaltung dieser gesetzlichen Regelung macht die DEGAM darauf aufmerksam, dass sich der gesetzliche Auftrag an die KBV nur auf eine Notariatsfunktion beim Abschluss einer Vereinbarung mit dem Spitzenverband der GKV-Bund bezieht. Eine Gestaltungsfunktion der KBV (oder des Zentralinstituts ZI) für die zukünftige ambulante ärztliche Versorgung qua Diagnosekodierung ohne Einbeziehung der Kompetenz der Fachgesellschaften und berufspolitischen Vertretungen ist im Gesetz nicht vorgesehen oder beabsichtigt.

Angesichts der aus Sicht der DEGAM unverantwortlichen Strategie der KBV, die Aktivierung der AKR in der sogenannten Testphase einerseits unumkehrbar zu machen, andererseits aber wichtige Rückmeldungen über die Funktionsweise des KBV-Prüfmoduls vorzuenthalten, warnt die DEGAM alle niedergelassenen Ärzte dringend vor einer Aktivierung der AKR in ihrer Praxis-EDV.

Zu den Forderungen im Einzelnen:

1. **Ent-Bürokratisierung:** Die DEGAM ist auch für die angemessene und nachhaltige Gestaltung der Arbeitsbedingungen der in der hausärztlichen Versorgung Tätigen zuständig. Sie stellt hierzu fest, dass von den durch die AKR erforderlichen Klassifikationsarbeiten eine erhebliche Zusatzbelastung für die Praxen ausgeht, Hausärzte müssen angesichts ihrer Koordinationsfunktion nach § 73 SGB V neben ihren eigenen diagnostischen Feststellungen die Diagnosen der anderen Versorgungsebenen zusammenführen und für den aktuellen Versorgungsbedarf kodieren. Dieser erhebliche Zusatzaufwand steht angesichts ohnehin knapper Zeitressourcen zukünftig nicht mehr für die Patientenbetreuung zur Verfügung und wird für ein zweifelhaftes Ziel vergeudet. Der Klassifikationsaufwand wird die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit weiter herabsetzen. Durch eine überbordende Bürokratie und die Verstärkung der Zeitnot wird die hausärztliche Versorgung leichtfertig aufs Spiel gesetzt. Bei dem enormen Arbeitspensum, das die Praxen bereits jetzt bewältigen müssen, darf eine hausärztliche Kodierung in der Praxis nicht mehr Zeit und Personal benötigen als bisher. Deswegen sind Vereinfachungen der hausärztlichen Kodierungsgrundlagen dringend geboten.

Die Regelungen für Inanspruchnahmen ohne konkretes Behandlungserfordernis (in A07) sind lückenhaft. Im hausärztlichen Bereich fallen hier neben dem dargestellten präventiven Bereich (Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen etc.) vor allem Konsultationen zu Befindlichkeitsstörungen oder mit psychosozialen Kontext an. In der Hausarztpraxis ist eine definitive, naturwissenschaftlich abgesicherte Diagnosestellung inadäquat und verschwendet unnötig knappe Ressourcen (z.B. Keimnachweis bei selbstlimitierenden Infektionskrankheiten, bildgebende Verfahren bei unspezifischen Rückenschmerzen (1)). Hierdurch wird die schon häufig beobachtete diagnostische Überversorgung noch systematisch gefördert und Patienten unnötig belastet und gefährdet. Diese Betrachtung ist auch unter der Perspektive Patientensicherheit mit Nachdruck zu verfolgen. Daher muss dieser Indikationsbereich explizit dargestellt werden. Die in Kapitel 21 der im ICD-10-System enthaltenen Kodierungen decken die tatsächlichen Konsultationsgründe in der Hausarztmedizin nicht angemessen ab. Es sollte darüber nachgedacht werden, besser geeignete primärmedizinische Verschlüsselungscodes zuzulassen, da anderenfalls Hausärzte gezwungen werden, unspezifische (geringfügige)

Behandlungsanlässe als Diagnosen mit definiertem (höheren) Schweregrad zu verschlüsseln, um ihre Leistungen abrechnen zu können. Damit entsteht künstlich erhöhte Morbidität. In einer Untersuchung aus dem Jahre 2009 konnte gezeigt werden, dass es trotz der insgesamt hohen Anzahl von abgerechneten Diagnosen in Deutschland einen hohen Anteil von „Underreporting“ (bei 30% der Patienten) sowie von „Overreporting“ (19%) gibt. D.h. bei jedem dritten Patienten wurden vor allem Behandlungsanlässe mit geringem Behandlungsaufwand nicht angegeben und bei jedem fünften Patienten Diagnosen kodiert, die im Abrechnungsquartal nicht behandelt wurden. Dazu kommt noch eine Fehlkodierung von mindestens 11%, die in erster Linie Behandlungsanlässe auf Symptomebene betraf, deren pathogenetisch begründete Kodierung als spezifische Diagnose für Hausärzte im ICD-10-System problematisch ist. Im Ergebnis führten diese Kodierungsprobleme zur Angabe einer höheren Morbidität und eines höheren Behandlungsaufwands in einem Groupersystem als durch die tatsächlichen Behandlungsanlässe gerechtfertigt ist. Aus diesen Gründen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die geringe Validität der ICD-10 kodierten hausärztlichen Abrechnungsdiagnosen ihre Eignung als Morbiditätsindikatoren fraglich erscheinen lässt (2). In dieser und einer weiteren Arbeit (3) konnte anschaulich verdeutlicht werden, dass die Diagnoseverschlüsselung selbst geübter Kodierärzte nur auf der ICD-10-Kapitelebene signifikant übereinstimmten. Bei einer Verpflichtung zur vier- oder sogar fünfstelligen Kodierung wächst die Fehlerquote – über alle Versorgungsstufen hinweg – zwangsläufig rasch an und lässt eine weitgehend falsche Datenbasis erwarten. Auf der Basis falscher Daten können die daraus gezogenen Schlussfolgerungen ebenfalls nur fehlerhaft sein.

2. **Zeitersparnis:** Das allgemeinmedizinische Zeitbudget von max. 8 bis 10 Stunden/Tag ist schon seit Jahren erschöpft (4). Für Diagnosekodierungen stehen derzeit nur wenige Sekunden zu Verfügung. AKR und ICD-10-Regelwerk sind aber enorm zeitaufwendig und erfordern nach eigenen AKR-Praxistests zusätzlich etwa 0,5 bis 2 Stunden Kodierzeit je Arbeitstag, weil sie die Berücksichtigung zu vieler spezieller Konstellationen fordern. Das gilt vor allem für die Regelungen für fünfstellige Kodierungen und Mehrfach-Kodierungen. In dieser Form ist das Regelwerk auf die Anforderungen im fachärztlichen Bereich zugeschnitten und wird den besonderen Anforderungen im hausärztlichen Bereich nicht gerecht.

Statt zeitaufwendiger und fehleranfälliger komplexer Doppelkodierungen (z.B. im +/* System der ICD-10) sollten die wichtigsten Diagnosen, die für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nach § 266 relevant sind, deswegen mit erheblich weniger Aufwand und höherer Präzision über EDV-Groupersysteme bei der jeweiligen KV bzw. Krankenkasse verschlüsselt werden.

- 3. Vermeidung unnötiger medizinischer Interventionen:** Die DEGAM ist die wissenschaftliche Vertretung der hausärztlich tätigen Ärzte und als solche auch für das Gebiet Epidemiologie und Morbiditätsdarstellung in der hausärztlichen Versorgung zuständig. Bereits langjährig wird das Problem der hausärztlichen Diagnosekodierung diskutiert (10) und festgestellt, dass die ICD – ursprünglich als Kodierung von Todesursachen für statistische Zwecke entwickelt, aber auch bis zur heutigen Version ICD-10 auf den Endpunkt eines diagnostischen Prozesses ausgerichtet – für die Nutzung in der hausärztlichen Praxis wenig geeignet ist, zumal es international bessere Kodiersysteme für die Allgemeinmedizin (v.a. ICPC-2) gibt. Zumindest für den Bereich der Primärversorgung ist die den AKR zugrundeliegende Annahme wissenschaftlich widerlegt, dass sich durch eine ‚endständige‘ ICD-10-Kodierung die Morbiditätsdarstellung verbessern ließe. Die DEGAM stellt fest, dass eine Morbiditätserhebung auf der Grundlage der ICD-10-Verschlüsselung bzw. der AKR zu einer grob verzerrten Darstellung v.a. der in der Primärversorgung versorgten Morbidität führt und deswegen auch nicht zielführend für eine nach § 295 SGB V angestrebte Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen ist. Diese Kodierung fördert die Pathologisierung der Gesamtbevölkerung. Statt Probleme auf der niedrigst möglichen Versorgungsebene – also subsidiär und kosteneffektiv – zu versorgen, ist zu befürchten, dass Patienten mit besonders „lukrativen“ Erkrankungen möglichst einmal im Quartal von allen involvierten Praxen einbestellt werden. Ebenfalls gegen die Einführung der AKR in der vorliegenden Form spricht einerseits das Spezialisten-Privileg für die Diagnose bestimmter Erkrankungen, das die hausärztlich Tätigen nicht akzeptieren können. Andererseits beunruhigt auch der Blick aus der Patientenperspektive: Durch die richtliniengetreue Kodierung entsteht die Tendenz, bestimmte Patientenprobleme bzw. Gesundheitsprobleme in einer für die Patienten extrem unvorteilhaften Weise zu dramatisieren, wenn z.B. bei Beginn einer probatorischen Behandlung die entsprechende Diagnose als „gesichert“ zu verschlüs-

seln ist. Das Patientengeheimnis (Arztgeheimnis) wird hierdurch ohne zwingenden Grund in erheblichem Umfang ausgehöhlt. Dies findet durch Quervernetzungen bei Versicherungsnachfragen bereits jetzt schon erheblichen Niederschlag in der Uniwagnis-Datei der Haftpflicht-, Risiko- und Lebensversicherungen (5) und kann deswegen beim Abschluss einer Lebens- oder Berufshaftpflichtversicherung oder beim Erwerb einer Immobilie zu erheblichen Problemen führen. Schon heute erhält jeder gesetzlich Versicherte (d.h. einschließlich der Gesunden) pro Jahr die ungewöhnlich hohe Anzahl von über elf (auf *dreistelligem* ICD-10-Niveau unterschiedlichen) Abrechnungsdiagnosen pro Jahr (6), die mit den hohen Zahlen der Behandlungsfälle (5,7 pro Kopf und Jahr) und der Arztkontakte (> 18 pro Jahr) korrelieren (zu deren Begründung sie ja kodiert werden). Es ist nicht davon auszugehen, dass sich aufgrund der Kodierrichtlinien das Inanspruchnahme-Verhalten ändern wird. Unter den Bedingungen der AKR bei gleichzeitigen Anreizen durch den Morbi-RSA ist hier mit einer wachsenden Diagnoseflut mit unnötiger zusätzlicher Bestätigungsdiagnostik und damit einhergehenden potentiellen Schädigungen zu rechnen.

4. **Patientennähe:** Das AKR-Regelwerk trägt wichtigen spezifischen Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung in keiner Weise Rechnung. Die Richtlinien gehen von monokausalen Krankheitsentitäten mit klar abgrenzbarer Organpathologie und abgeschlossenem diagnostischen Prozess aus. Dies steht im krassen Gegensatz zu der in der Allgemeinmedizin notwendigen patientenzentrierten Arbeitsweise, die Diagnosen oft zunächst bewusst abwartend offen hält, einen hohen Anteil chronisch oder multimorbider Kranker behandelt und sehr häufig eine von spezifischen medizinischen Diagnosen unabhängige psychosoziale Betreuung beinhaltet. Diese Situationen können so wie jetzt vorgesehen nicht adäquat verschlüsselt werden. Eine an Beratungsanlässen orientierte Kodierungs-Struktur entspricht typisch hausärztlicher Arbeitsweise und schützt Patienten vor unnötigen Etikettierungen und Folgeproblemen.
5. **Kodierung mit ICPC-2-Oberfläche:** Für die Dokumentation und Evaluation der hausärztlichen Versorgungsqualität und -prozesse wird daher die Oberfläche und Struktur einer einheitlichen, einfachen, übersichtlichen und international vergleichbaren Kodierung wie ICPC-2 benötigt (10,11). Die ICPC-2-Grundstruktur ist

auch deswegen sinnvoll, weil eine zukünftige Zusammenführung von elektronischen Patientenakten sinnvoll nach deren organspezifischem Ordnungsprinzip erfolgen kann. Die ICPC-2 ist in Deutschland bereits erfolgreich im Projekt CONTENT in Hausarztpraxen erprobt und für die epidemiologische Forschung eingeführt worden (12). Durch dieses einfache System ist gewährleistet, dass mit vertretbarem Aufwand eine reliable Kodierung der Beratungsanlässe auf der Primärversorgungsebene durchgeführt wird.

6. **Kodierung mit ICD-10-Kompatibilität:** Eine eindeutige Übersetzbarkeit von ICPC-2 in ICD-10 ist wegen der Schnittstellen zur fachspezialistischen bzw. stationären Behandlungsebene und zur arbeitssparenden Übernahme bisheriger praxisinterner Dauerdiagnosen weiterhin erforderlich. Eine Verwendbarkeit auf Spezialisten-Ebene außerhalb des Kernbereiches sowie für die Notdienst-Versorgung ist bei einem kondensierten Kodierungssystem mit einer ICPC-2-Oberfläche ebenso gegeben. Durch eine Kasseler Arbeitsgruppe sind bereits weitgehend eindeutige deutschsprachige Übersetzungstabellen zwischen beiden Klassifikationssystemen erarbeitet worden, so dass eine Arbeit in der hausärztlichen Praxis mit ICPC-2 erfolgen kann, ohne auf die im Gesetz geforderten ICD-10-Schlüssel zu verzichten. Auch im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) wird an diesem Klassifikationssystem bereits gearbeitet – leider bisher ohne legitimierte hausärztliche Beteiligung (13).

7. **Erhalt der Krankengeschichten in Dauerdiagnosen:** Die in den meisten Praxen über „Z.n.“ Kodierung gesammelte Krankengeschichte muss ohne bürokratischen Aufwand weiter gut in der Praxis-EDV erreichbar sein. Die Nichtverschlüsselung von Dauerdiagnosen bei fehlendem direkt assoziiertem Behandlungsanlass entspricht nicht der hausärztlichen Realität. Sehr viele Dauerdiagnosen spielen bei der hausärztlichen Entscheidung bzw. Behandlung eine wichtige Rolle, z.B. bei Multimorbidität die Regelung in A07, dass abnorme Befunde nur im Falle weiterer Diagnostik oder Therapie als Behandlungsdiagnosen verschlüsselt werden dürfen. Dies berücksichtigt nicht die im Hausarztbereich häufig vorkommende Konstellation, dass Veränderungen (z.B. von Laborwerten) nicht immer weiterer Therapie oder Diagnostik sondern lediglich einer Beobachtung im Verlauf bedürfen. Das gilt für:

- Leicht pathologische Werte und geringe Wahrscheinlichkeit für einen gefährlichen Verlauf.
- Leicht pathologische Werte und Therapien mit hohem Risiko.
- Verursachung durch akute Erkrankungen (z.B. akute Infektionen).

Besonders offensichtlich ist dies bei einer notwendigen Pharmakotherapie, aber auch bei der Diagnostik. Auch bei scheinbar unabhängigen Ereignissen wie Unfällen sind Dauerdiagnosen und damit auch die Dauertherapie häufig entscheidend. Beispiele für solche andauernd zu berücksichtigenden Erkrankungen sind Diabetes mellitus, KHK, Demenz u.v.a.m.

Auch der ganzheitliche Ansatz der Allgemeinmedizin widerspricht einer Ausblendung von Dauer- oder Begleitdiagnosen, die aktuell ohne direkte diagnostische oder therapeutische Konsequenzen sind.

8. **Einbindung von DEGAM-Fachkompetenz:** Die AKR und noch mehr die derzeit durch das ZI vorbereiteten Diagnose-Definitionen (14) fördern eine für den Patienten unter Umständen nachteilige Überdiagnostik (z.B. durch Strahlenbelastung) zur reinen Sicherung eines Diagnosekodes, die sowohl aus Gründen der medizinischen Evidenz wie der medizinischen Ethik äußerst bedenklich ist. Bei der Definition und Operationalisierung von Diagnosen und Indikatoren sind offizielle Vertreter der betroffenen Fachgesellschaften einzubinden und zwar so, dass z.B. hausärztliche Vertreter für Angelegenheiten des eigenen Versorgungsbereichs nicht durch andere Berufsgruppen überstimmt werden können. Die Empfehlungen von Leitlinien und die praxiserprobten Standards für bestimmte Versorgungsbereiche sollten durch die AKR nicht konterkariert werden.
9. **Datenschutz und Datensparsamkeit:** Die Verknüpfung von Diagnosen mit direkten und indirekten finanziellen Anreizen über den RSA birgt für Patienten ein erhebliches Risiko von Fehlkodierungen und Verletzungen des Datenschutzes und damit ggf. erhebliche Nachteile bei Haftpflicht- und Lebensversicherungen mit entsprechenden Folgen. Die Etablierung einiger weniger repräsentativer „Kodierpraxen“ zur Erzeugung RSA-relevanter Daten oder einer an Beschwerden der Patienten orientierten, vereinfachten Diagnosenkodierung wäre eine realistische, ökonomische und weniger riskante Alternative. Deswegen sehen wir hier eine erhebliche und relevante Verletzung der Verpflichtung zur Datensparsamkeit (§ 3a

Bundesdatenschutzgesetz), die nicht durch die Auflagen des § 295 / § 87a SGB V gerechtfertigt wird.

Im Bereich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zwischen den Kassen nach § 266 SGB V ist man den Weg einer klassifikatorischen Schärfung von ICD-10-Diagnosen übrigens nicht gegangen, weil auch bei einer präzisen Kodierung im Sinne der AKR eine Diagnose keinen ausreichenden Schluss auf den Versorgungsaufwand zulässt. ICD-10-Diagnosen sind in weitem Umfang 'schöpfbar', können zu einer Leistungsausweitung führen und auch eine nach AKR-kodierte Diagnose ist nicht validiert in dem Sinne, wie es für den Morbi-RSA verlangt wird. Stattdessen hat man hier die relevanten Krankheitsbilder nach ihrem Versorgungsaufwand priorisiert (und damit den Kodieraufwand begrenzt) und die (ambulanten) Diagnosen mit Validierungskriterien (v.a. aus dem Bereich der Arzneimittelversorgung) versehen. Es ist nicht einzusehen, warum die KBV bzw. die Vertragspartner der AKR nicht diesen, sondern einen Sonderweg einschlagen (der nach § 87a Abs. 5 zudem problematisch ist).

Die Hoffnung der KBV auf eine bessere Vergütung bei Nachweis einer gestiegenen Morbidität ist ohnehin als trügerisch zu bewerten. Angesichts der zu erwartenden Konsequenzen einer Umsetzung der AKR in ihrer vorliegenden Form (Ausweitung der Zahl von Diagnosekodierungen ohne entsprechendes Korrelat im Versorgungsaufwand, eine fehlende inhaltliche Validierung sowie Leistungsausweitungen durch die erforderliche Diagnosesicherung und Überweisung zu Fachspezialisten) ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen, das von der KBV erhoffte Ergebnis, ein Ansteigen der Morbidität in den kommenden Jahren zur Grundlage eines erhöhten Vergütungsanspruchs nach § 295 SGB V zu machen, nicht anerkennen werden, zumal es mit den Erhebungsgrundlagen des Morbi-RSA nicht kompatibel ist.

10. **Einführung erst nach Praxistest:** Die KBV hat trotz gegenteiliger Ankündigung bisher die Ergebnisse des Praxistests im Bereich der KV Bayern nicht wissenschaftlich befriedigend und nur in Auszügen veröffentlicht. Die eigentlichen Fragestellungen wurden nicht publiziert; nach zusätzlichem Zeitaufwand für AKR-Kodierung wurde gar nicht gefragt (15). Verlautbarungen des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler, die sich auch im Vertrag über die AKR vom 4.11.10 zur Begründung der Verschiebung der obligatorischen Anwendung wiederfinden, lassen

aber darauf schließen, dass der Praxistest gerade im hausärztlichen Bereich gescheitert ist. Vor Einführung einer derart versorgungsrelevanten Veränderung sind aber wegen des Sicherstellungsauftrages unwiderlegbare Beweise dafür vorzulegen, dass die Versorgung zumindest nicht darunter leidet. Die DEGAM fordert deswegen eine Veröffentlichung sämtlicher Praxistestergebnisse der AKR.

Eine zentrale Aufgabe der KBV lautet *„... bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte zu schaffen, die Zufriedenheit der Patienten zu steigern und eine hohe Akzeptanz bei den Verhandlungspartnern von den Krankenkassen und in der Bevölkerung zu erzielen“* (8). Die Forderung der KBV an die Softwarehersteller für Praxis-EDVen vom 11.11.2010 mutet demgegenüber wie Hohn an: *„...Diese Entscheidung ist endgültig! Wurden die AKRs einmal aktiviert, darf ein Ausschalten nicht mehr möglich sein. Praxen, die bereits in der Einführungsphase (01. Januar 2011 – 30. Juni 2011) Hinweise und Fehler bearbeiten wollen, können diese beachten bzw. beheben. Dies hat allerdings noch keine Auswirkungen auf die Abrechnung. Es darf daher auch keine abschließende Prüfung durch das KBV-Prüfmodul in Bezug auf die KRW erfolgen, d.h. es werden weder Fehler noch Warnungen ausgegeben.“*(8) Das bedeutet, dass einerseits den Praxen in der freiwilligen Testphase (!) jede Möglichkeit genommen wird, im Notfall wieder auf ein bewährtes System zurückzugehen, andererseits aber auch entscheidende Informationen über die Schärfe des KBV-Prüfmoduls vorenthalten werden sollen. Diese Vorgehensweise nach einem anscheinend negativ verlaufenden, einzigen Praxistest ist nach Ansicht der DEGAM weder mit der Fürsorgepflicht der KBV noch mit dem Sicherstellungsauftrag vereinbar.

Die DEGAM warnt alle niedergelassenen Ärzte vor einer Aktivierung der AKR in der Praxis-EDV. Sie fordert die KBV auf, die Einführung der ambulanten Kodierrichtlinie auszusetzen. In einer repräsentativen Stichprobe von Praxen aller Fachrichtungen muss eine erfolgreiche Erprobung und eine positive Aufwand-Nutzen-Relation nachgewiesen werden. Da dieser im hausärztlichen Bereich nach den bisherigen Erfahrungen mit dem ICD-10-System nicht zu erwarten ist, sollte stattdessen das ICPC-2-System als international erprobtes Instrument eingeführt werden, um unnötige Mehrarbeit zu vermeiden und die hausärztliche Versorgung nicht zu gefährden.

Ansonsten ist den Forderungen (16) der KBV zu einer Entbürokratisierung nur zuzustimmen:

„Wirksamer Bürokratieabbau kann nur dann gelingen, wenn die Kultur des Misstrauens sukzessive ersetzt wird durch eine Kultur des Vertrauens. Paradoxe Weise kann das nur gelingen, wenn Transparenz herrscht. Und Transparenz setzt gute Daten voraus, die wiederum erhoben und dokumentiert werden müssen. Erfolg verspricht hier dauerhaft nur ein strukturiertes, systematisches Herangehen.

Das sieht so aus:

- *Schritt 1: Bürokratiekosten durch Messung sichtbar zu machen. Und zwar noch vor Einführung einer Norm!*
- *Schritt 2: Kosten-Nutzen-Bewertung einer bürokratischen Vorgabe.*
- *Schritt 3: Positiv bewertete Maßnahmen werden umgesetzt, negativ bewertete nicht!*
- *Schritt 4: Mehraufwände, die für andere Beteiligten, nicht aber für Vertragsärzte einen positiven Nutzen haben, müssen bezahlt werden.“*

Literatur/Quellen:

1. Jones R, Barraclough K, Dowrick C: When no diagnostic label is applied. *BMJ* 2010; 340: 1302-1304
2. Erler A, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Brennecke R,: Garbage in – garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 823-831
3. Wockenfuss R, Frese T, Herrmann K, Claussnitzer M, Sandholzer H: Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2009; 27: 131-136
4. Koch K; Gehrman U; Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. *Dtsch Arztebl* 2007; 104(38): A-2584 / B-2282 / C-2214
5. <http://www.sueddeutsche.de/geld/probleme-mit-versicherungen-schutzlos-im-datenspeicher-1.827195-2> (besucht am 28.11.2010)
6. GEK-Arztreport [http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/UeberUns/ Pressecenter/Infomaterial/Arztreport/PDF_Arztreport.property=Data.pdf](http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/UeberUns/Pressecenter/Infomaterial/Arztreport/PDF_Arztreport.property=Data.pdf) (besucht am 28.11.2010)
7. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung – ein Kurzportrait. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=7424309cf727fc95cca50a1595fbaf2e&DocId=003752029&Page=1> (besucht am 29.11.2010)
8. CD-Update der KBV für das I. Quartal 2011 - Informationen für Entwickler von Praxis- und Laborcomputersystemen. Rundschreiben der Abteilung 6 der KBV vom 11.11.2010.
9. Fischer G, Junius U. et al. Die ICD-10 in der Allgemeinmedizin (I). *Z Allg Med* 1995;71: 1392ff., 1480ff., 1576ff
10. The WONCA Classification Committee. *ICPC-2: International classification of primary care*. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1998.
11. Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *Fam Pract* 2000;17(2):101-7.
12. www.content.info.org/ (acc.28.11.2010)
13. www.zi-berlin.de/cms/kodierung/loesungsansatze-fuer-hausaerzte/ (acc. 28.11.2010)
14. www.zi-berlin.de/cms/projekte/kodierung/zi-kodierhilfe/
15. Bericht an die Mitglieder der KBV-Vertreterversammlung vom 30.11.2010
16. Rede von Dr. A. Köhler anlässlich der KBV-Vertreterversammlung am 3.12.2010 in Berlin. <http://www.kbv.de/presse/37837.html> (besucht am 5.12.2010)