

AKR: ZEITFRESSER IN DER PRAXIS?

Die Debatte um **Ambulante Kodierrichtlinien** (AKR) ist wieder entbrannt. Niedergelassene Ärzte bräuchten dann erheblich mehr Zeit fürs Kodieren, zeigen mehrere Studien.

Kodierrichtlinien für ambulant tätige Ärzte kehren zurück auf die politische Bühne. Zuletzt hatte der Beirat des Bundesversicherungsamts (BVA) sich für Kodierrichtlinien ausgesprochen, um die 200 Milliarden Euro (pro Jahr) aus dem Gesundheitsfonds gerechter unter den Kassen zu verteilen (s. Kasten S. 28; s. *Der Hausarzt* 19)[1,2]. Würden ambulante Kodierrichtlinien (AKR) beschlossen, bräuchten Hausärzte künftig wohl deutlich mehr Zeit, um die Morbidität ihrer Patienten zu verschlüsseln, wie eine „Studie zur objektiven Messung der Kodierzeit“ [3] nahelegt. Das SGB V (Pa-

ragraf 295) schreibt vor, dass Ärzte Diagnosen nach ICD-10 verschlüsseln müssen, um ihre Leistungen abrechnen zu können. Nach mehreren Studien ist die Qualität der Kodierung nach ICD-10 aber fragwürdig [4, 5]. Darauf hatten auch Kassen wiederholt hingewiesen und eine höhere Diagnosequalität gefordert (s. Kasten S. 28). Bisher liegen nur wenige systematische Untersuchungen zum Aufwand und zur Methode der Kodierung in der Praxis vor [6, 7, 8]. Daher sollte die „Studie zur objektiven Messung der Kodierzeit“ [3] die Frage klären: Bedeutet eine AKR

mehr Aufwand gegenüber der bisherigen Art zu kodieren (ICD-10) oder im Vergleich zu einer ICPC-2-analogen, ICD-kompatiblen Diagnoseliste (CodA)? In einem bundesweiten Email-Forum wurden 32 Allgemeinpraxen rekrutiert. Sie kodierten eine Fallvignette einer typischen multimorbiden Patientin mit neun chronischen Diagnosen (nach C. Boyd) [9] auf drei Arten:

- wie bisher nach ICD-10,
- möglichst präzise (vergleichbar mit einer AKR) und
- mit einer Papier-Diagnoseliste entsprechend ICPC-2 (CodA) (s. auch Kasten S. 27).

Für jeden Kodiervorgang wurde die benötigte Zeit gemessen.

Präziser, aber zeitaufwändiger

Mit jeder der drei Methoden wählten die Ärzte für rund sieben der neun Diagnosen (80 Prozent) den korrekten Kode aus. Für Kassen ist besonders interessant, was die unterschiedliche Kodierung für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds bedeutet (Abb. 1). Gemessen am maximal erreichbaren Diagnosewert (953 Euro) war die Kodierung nach AKR am präzisesten (809 Euro), gefolgt von CodA mit 694 Euro. Das bisherige Vorgehen erreichte 512 Euro. Die Interessen der Kassen kollidieren allerdings mit denen der Praxen: Denn Genauigkeit braucht Zeit. Für die AKR mussten Ärzte, verglichen mit den anderen Methoden, mehr als dreimal so viel Zeit aufwenden (s. Abb. 2). So brauchten sie für eine Kodierung nach AKR etwa eine Minute (61 Sekunden), aber nur 17 Sekunden beim bisherigen Weg und 22 mit CodA. Die Messung des



Verwendete Kodiermethoden

- Um **wie bisher nach ICD-10** zu verschlüsseln, konnten die teilnehmenden Ärzte beliebig vorgehen, also zum Beispiel auch Kürzel in ihrer Praxis-EDV verwenden. Die ICD-10 ist nur nach Organsystem-Kapiteln gegliedert.
- Bei der zweiten Methode sollten die Ärzte **möglichst präzise kodieren**. Dafür wurde im Praxisverwaltungssystem die Einstellung AKR aktiviert, damit akzeptiert es keine unvollständigen oder unspezifischen ICD-Kodes wie „...nicht näher bezeichnet“.
- Die ICPC-2 wurde speziell für die Primärversorgung entwickelt und wird international verwendet. Sie zielt darauf ab, Beratungsanlässe zu beschreiben, nicht nur wie die ICD-10 Diagnosen. Die in der Studie eingesetzte Papierliste „**CodA**“ nutzt die Systematik der für Deutschland angepassten ICPC-2. Auch die Kode-Sammlung der ICPC-2 ist in Kapitel gegliedert wie die ICD. Eine Besonderheit ist aber, dass die Kapitel in Kategorien wie Symptome, Verletzungen, Neubildungen oder Infektionen unterteilt sind.

Zeitbedarfs korreliert mit einer anderen Untersuchung zur Kodierung: Danach benötigte ein Arzt pro Arbeitstag bei 50 Patienten eine halbe Stunde mehr Zeit, um Diagnosen nach einer AKR zu verschlüsseln [8].

Kommentar der Autoren

Der Bedarf an Hausärzten steigt. Schon jetzt ist die Zeit für Patienten knapp, obwohl Hausärzte in Deutschland sehr effizient arbeiten, verglichen mit dem OECD-Durchschnitt. Wie eine Studie [10] zeigt, behandeln Hausärzte hierzulande zwei

bis drei Probleme pro Konsultation. Das gilt auch für Hausärzte anderer Länder (1,5 bis drei Probleme), sie brauchen dafür aber zwischen zwölf und 19 Minuten, während eine Konsultation hier im Schnitt sieben Minuten dauert.

Wer also eine AKR fordert, muss bedenken, dass Hausärzte deutlich mehr Zeit für diese „Bürokratie“ brauchen als jetzt. Dies kann nur zu Lasten der Patienten gehen. Denn um Zeit zu gewinnen, müssen Leistungen an anderer Stelle eingeschränkt werden – wo soll dies sein: bei der Versorgung akut oder chronisch

Abb. 1: Diagnosewert für den Morbi-RSA (in Euro)

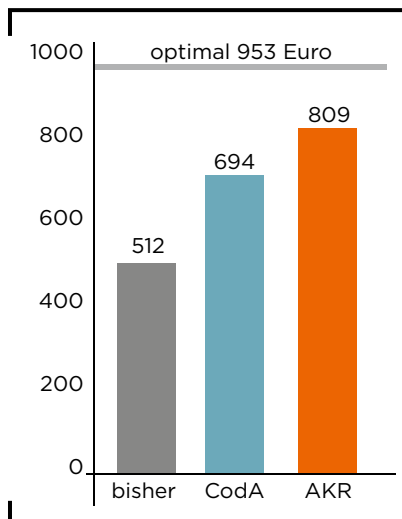
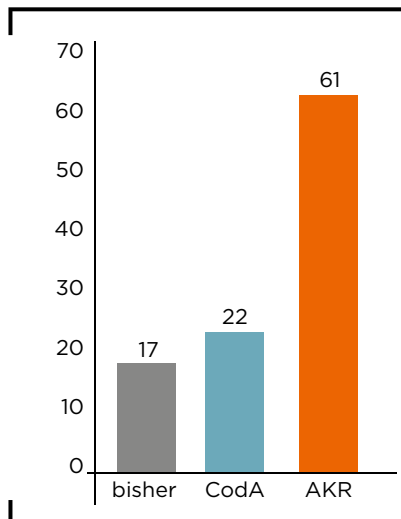


Abb. 2: Benötigte Zeit pro Kode (in Sekunden)



KOMMENTAR

von Robert Festersen, Geschäftsführer Deutscher Hausärzterverband



AKR sind für Hausärzte untauglich

Bei Ambulanten Ko-dierrichtlinien (AKR) stellen sich Ärzten die Nackenhaare auf. Dabei ist durchaus eine positive Seite denkbar: Würden Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis erfasst, würde damit besser als bisher das Spektrum hausärztlicher Aufgaben – „von der Wiege bis zur Bahre“ – dokumentiert. Das entzöge mancher Debatte um „grundversorgende Fachärzte“ oder substituierende Gesundheitsberufe die Basis. Der Kodieraufwand für Ärzte müsste aber minimiert und von Kassen finanziert werden! So müssten die AKR etwa im Hintergrund des PVS laufen. Nur so würde die Versorgung der Patienten nicht beeinträchtigt. All dies leisten die AKR aber nicht! So berücksichtigen sie zum Beispiel hausärztliche Behandlungsanlässe und Prozeduren nicht. Blicken wir zurück in 2011, hatten die AKR auch eine andere Funktion: Sie sollten die Anwendung der ICD-10 regeln, als Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen. Dabei wurden für die Kodierung von Erkrankungen bestimmte Untersuchungen schematisch vorgeschrieben, die teils Spezialisten übernehmen mussten – mit bekanntem Ergebnis: Die Ärzte wendeten sich gegen den bürokratischen Overkill, die AKR verschwanden in der Schublade. Dies ersparte den Hausärzten ein untaugliches Instrument, das zur Geldverteilung gedacht war und wertvolle Zeit für die Patientenversorgung vernichtet hätte. Das angestrebte Ziel ist noch immer dasselbe: Von präziseren Kodierungen versprechen sich die Krankenkassen höhere Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds, daher haben sie die AKR wieder ins Gespräch gebracht. Auch deswegen müssen wir den AKR erneut eine Absage erteilen!

Kranker oder der Prävention? Dieses nicht aufzulösende Dilemma dürfte ein Grund dafür gewesen sein, warum der

Morbi-RSA

Etwa die Hälfte der Mittel aus dem Gesundheitsfonds wird aufgrund der Morbidität der Versicherten verteilt, dieser Mechanismus heißt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Sehr vereinfacht gesagt, je nachdem wie krank ein Versicherter ist, erhält seine Krankenkasse mehr oder weniger Geld aus dem Fonds. Die Morbidität eines Versicherten erfasst der behandelnde Arzt als ICD-Kode. 80 ausgewählte Krankheiten werden bei dem Finanzausgleich unter den Kassen derzeit besonders berücksichtigt (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich): Es ist für eine Kasse beispielsweise attraktiver, wenn ein chronisches LWS-Syndrom als chronisches Schmerzsyndrom verschlüsselt wird. Die ärztliche Versorgung dieses Patienten verändert sich dadurch aber nicht.

Gesetzgeber 2012 die Ambulante Kodierrichtlinie wieder aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz [11] gestrichen hat. Auch die KBV hat 2016, nach einem Gutachten zur Diagnosegenauigkeit, erneut die AKR abgelehnt [12]. Zudem verbessert eine präzisere Kodierung nicht die Versorgung der Patienten. Erschwerend kommt hinzu, dass selbst der BVA-Beirat nicht überzeugt ist, dass eine AKR „manipulative Einflussnahme

auf die Kodierung (...) grundsätzlich verhindern könne“. Man muss also fragen: Welchen Nutzen hätte eine AKR dann noch? Sie würde lediglich dazu führen, dass die Kassenbürokratie für niedergelassene Ärzte zunimmt – dagegen müssen wir uns wehren!

*Dr. Uwe Popert, Dr. Christoph Claus
Fachärzte für Allgemeinmedizin*

*Interessenkonflikt: Beide Autoren sind Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung.
Literatur im Onlineartikel auf www.derhausarzt.eu*

FAZIT

- Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) sind wieder in der Diskussion – vor allem Krankenkassen und der Beirat des Bundesversicherungsamts erhoffen sich davon, dass die Gelder im Gesundheitswesen gemäß der Morbidität der Versicherten besser verteilt werden können.
- Für eine erhöhte Präzision der Kodierung ist erheblicher Aufwand der Ärzte nötig. Die Verwendung einer AKR verdreifacht den Zeitaufwand pro Kode. Diese Zeit muss an anderer Stelle eingespart werden – die Politik muss benennen, wo.
- Eine Liste von hausarzttypischen Diagnosen (ICPC-2) könnte eine zeitsparende Alternative zur AKR sein.

Länder

Hausärztetag Sachsen diskutiert: Politik muss Partner der Ärzte sein

Schulterschluss mit der Politik, ein positives Bild des eigenen Berufs und ein Überdenken vorhandener Strukturen: Bei einer Diskussion auf dem Hausärztetag Sachsen haben Experten und Ärzte gemeinsam neue Perspektiven für die Nachwuchsgewinnung aufgezeigt. Im Gespräch auf Augenhöhe konnten Hausärzte in lockerer Runde ihre Fragen an die Vertreter aus Verband und Gesundheitspolitik herantragen.

Deutlich wurde dabei: Die Motivation, den Beruf zu ergreifen, muss von den Ärzten vermittelt werden – die Motivation zu bleiben durch von

der Politik geschaffene Rahmenbedingungen. So sei die Niederlassung gerade in ländlichen Gebieten ohne die entsprechende Infrastruktur nicht attraktiv, appellierte Ingrid Dänchel, Fortbildungsbeauftragte des Hausärzterverbands Sachsen und stellvertretende Bundesvorsitzende, an die Politik. „Ohne einen Breitbandausbau wird es auch keine Digitalisierung geben.“ Weiteres Beispiel: die Weiterbildung. Steffen Heidenreich, Vorsitzender des Sächsischen Hausärzterverbandes, setzt auf Weiterbildungsverbände, um den steigenden Bedarf im Land zu decken.



Gleichzeitig wurden im Gespräch aber Missstände an Unis deutlich: So fehlten Professoren zum Besetzen neu geschaffener Lehrstühle. Treten Probleme im Kleinen auf – ein Arzt berichtete etwa vom fehlenden Winterdienst auf der einzigen Zufahrtsstraße zu seiner Praxis –, ermunterte Kammer-Vizepräsidentin Petra Albrecht, direkt

an die Politik auf Landkreis-Ebene heranzutreten. „Meist finden sich für den Einzelfall Lösungen.“ Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Hausärzterverbandes, betonte darüber hinaus die Wichtigkeit der HZV-Verträge für die Nachwuchsgewinnung. In Sachsen nehmen mittlerweile 575 Ärzte und 80.000 Patienten teil. (jk)