

## 1. Einleitung

Im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz wurde festgelegt, dass die Vergütung von Vertragsärzten\* im ambulanten Bereich zukünftig auf der Basis morbiditätsorientierter Regelleistungsvolumina (RLV) erfolgen soll. Anstelle der bisherigen Gesamtvergütungen sollen regional zu berechnende und in Verträgen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und gesetzlichen Krankenkassen festzulegende Leistungsmengen treten, deren Höhe die Morbidität der Versicherten der in dieser Region ansässigen Krankenkassen widerspiegelt. Damit soll das Morbiditätsrisiko von den Leistungserbringern zurück zu den Kostenträgern verlagert werden. Andererseits soll auch die Verteilung der Vergütung an die verschiedenen Arztgruppen von der Morbidität der von dieser Arztgruppe versorgten Patienten abhängig gemacht werden, d.h. je mehr Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen von einer Arztgruppe oder von einer einzelnen Praxis behandelt werden, desto größer soll das RLV für diese Arztgruppe bzw. Praxis ausfallen (VON STILLFRIED 2003, VON STILLFRIED und GRAMSCH 2003).

Dabei stellt sich die zentrale Frage, auf welche Weise die Morbidität von Versicherten bzw. Patienten bestimmt werden kann. Ähnlich dem DRG-System im stationären Bereich existieren auch für den ambulanten Sektor verschiedene, überwiegend in den USA entwickelte Patientenklassifikationssysteme, die derzeit bezüglich der Möglichkeit einer Anwendung im deutschen Gesundheitssystem untersucht werden (RESCHKE et al. 2004). Bei der Auswahl eines geeigneten Klassifikationssystems ist wichtig, wie gut der tatsächliche Behandlungsaufwand eines Patienten abgebildet wird (Prognosequalität) (VON STILLFRIED 2003). Um diesen Behandlungsaufwand einzuschätzen, benötigen die Systeme als Input eine bestimmte Anzahl von Klassifikationsparametern, bei denen es sich in den meisten Fällen um Alter, Geschlecht und im Laufe eines Jahres kumulierte Behandlungsdiagnosen eines Patienten handelt. Zusätzlich werden von einigen Systemen Arzneimittelverordnungen, stationäre Aufenthalte (Diagnosen, OP-Schlüssel) und regionale Besonderheiten (z.B. Stadt- oder ländliche Praxislage) einbezogen. Insofern muss bei der Entscheidung für ein bestimmtes System auch der Aufwand für die Erhebung der benötigten Klassifikationsparameter berücksichtigt werden. Die gesetzlichen Krankenkassen verfügen derzeit über Daten von

---

\* In der vorliegenden Arbeit wird zur Erleichterung des Leseflusses bei Personenangaben die männliche Form verwendet. Diese schließt die weibliche Form ein.

Krankenhausaufenthalten, Medikamenten- sowie Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Verordnungen häuslicher Krankenpflege und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für ihre Versicherten. Den KVen liegen Abrechnungsdaten aus dem ambulanten Bereich vor, d.h. Diagnosen der Patienten einer Praxis je Quartal, sowie Abrechnungsziffern mit dem Datum der Konsultation gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Für Abrechnungsdiagnosen fehlte bisher die Zuordnung eines Behandlungsdatums und der erbrachten Behandlungsleistungen. Im Rahmen der Vorbereitungen für die Einführung eines diagnosenbasierten Risikoadjustierungssystems sollen Krankenkassen und KVen zukünftig ambulante Behandlungsdaten mit (pseudonymisiertem) Versichertenbezug erhalten. Außerdem wurde angeregt, dass niedergelassene Ärzte wie im stationären Bereich für jede Konsultation eine Haupt- und mehrere Nebendiagnosen dokumentieren und codieren sollten. Eine solche Regelung ist derzeit allerdings nur sehr schwer umzusetzen, da die Praxen einen erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand befürchten.

Zur Auswahl eines auf ambulanten Diagnosendaten basierenden Klassifikationssystems hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) inzwischen erste Modellrechnungen mit den Abrechnungsdiagnosen von Vertragsärzten in Niedersachsen aus den Jahren 2001-2003 durchgeführt (VON STILLFRIED und RYLL 2004). Dabei stellt sich die Frage, ob die den KVen vorliegenden Abrechnungsdiagnosen die tatsächliche Morbidität der jeweiligen Patienten hinreichend abbilden können. Wenn der Arzt einzelne Diagnosen eines Patienten im Laufe eines Jahres nicht dokumentiert hat, könnte dies möglicherweise einen Einfluss auf die Einstufung des Patienten in eine bestimmte Risikoklasse haben. Falls eine größere Anzahl von Patienten aufgrund dieser Situation beispielsweise in eine niedrigere Risikoklasse eingestuft würde, erscheint denkbar, dass sich der „Fallmix“ einer Praxis oder auch einer gesamten Arztgruppe so verändert darstellen könnte, dass das RLV für diese Praxis bzw. Arztgruppe zu niedrig ausfallen würde. Demgegenüber könnte die zusätzliche Angabe von chronischen Erkrankungen, die im Abrechnungszeitraum nicht behandelt wurden („Dauerdiagnosen“), eine höhere Morbidität der versorgten Patienten suggerieren als tatsächlich vorliegt. Eine von der KBV in Auftrag gegebenen Studie zur Diagnosenvalidität kam diesbezüglich zu widersprüchlichen Ergebnissen (TRAUTNER et al. 2005). Da einerseits der Patientenbezug und andererseits der Vergleich mit einem Goldstandard fehlte, konnte lediglich untersucht werden, in welchem Umfang akute und chronische Diagnosen über mehrere Quartale fortgeschrieben werden. Dabei fiel auf, dass chronische Diagnosen in fast 30% der Fälle im Verlauf „verschwinden“, was auf die Angabe von Verdachts- und

Ausschlussdiagnosen zurückgeführt wurde. Um die Validität von Abrechnungsdiagnosen zu erhöhen, wurde von der KBV inzwischen die Verpflichtung zur Kennzeichnung von Diagnosen durch die Buchstaben V (Verdacht auf), A (Ausschluss von), Z (Zustand nach) und G (gesichert) eingeführt. Dabei stellt sich die Frage, ob diese Maßnahme dazu geeignet ist, die Validität von Abrechnungsdiagnosen zu erhöhen.

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang könnte sich aus dem derzeit für die Verschlüsselung von Abrechnungsdiagnosen benutzten Codierungssystem ICD-10 vor allem im hausärztlichen Bereich ergeben. Wie verschiedene Studien andeuten, ist das ICD-System aufgrund seines hohen Spezialisierungsgrades und seiner Basierung auf der Ätiologie von Erkrankungen für eine rationelle und umfassende Abbildung der hausärztlichen Behandlungsrealität möglicherweise nicht gut geeignet (z.B. KÖRNER et al. 2005, JUNIUS et al. 1995, FISCHER und JUNIUS 1995). Im Arbeitsbereich des Hausarztes spielen sich Erkrankungen oft auf der Ebene selbstlimitierender Symptome ab. Solche Symptome werden zweckmäßigerweise in der Weise behandelt, dass versucht wird, so genannte abwendbar gefährliche Verläufe auszuschließen und ansonsten eine eher abwartende Haltung einzunehmen. Dadurch könnte es dem Hausarzt jedoch Schwierigkeiten bereiten, sich bei jeder Konsultation auf eine Diagnose festzulegen. Der hohe Spezialisierungsgrad des ICD-10-Systems führt dazu, dass für die Codierung einer Erkrankung je nach ihrer Ätiologie zahlreiche unterschiedliche Codes zur Verfügung stehen. Da im hausärztlichen Bereich die pathogenetische Ursache eines Symptoms oder einer Erkrankung möglicherweise gar nicht oder erst im weiteren Verlauf geklärt werden kann, klagen viele Hausärzte über den Zeitaufwand für eine Verschlüsselung von Diagnosen. Es erscheint möglich, dass die Validität der ICD-10-Codierung in hausärztlichen Praxen aufgrund dieser Schwierigkeiten geringer sein könnte als im fachärztlichen Bereich.

In anderen Ländern (z.B. Belgien, Niederlande, Spanien, Griechenland, Skandinavien u.a.) wurde daher im primärärztlichen Bereich das von einer Arbeitsgruppe der World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) in den achtziger Jahren entwickelte Codierungssystem ICPC eingeführt, mit dem neben Diagnosen ebenfalls Symptome, Therapien, psychosoziale Maßnahmen und andere spezifisch hausärztliche Tätigkeiten schnell und einfach codiert und dokumentiert werden können (LAMBERTS et al. 1993). Für die Übertragung in das ICD-10-System existieren inzwischen Thesauri, und eine Übersetzung

von ICPC- in ICD-10-Diagnosen zu Abrechnungszwecken ist mit entsprechender Software automatisiert möglich (OKKES et al. 2002, OKKES et al. 2000). Eine weitere Besonderheit des ICPC-Systems ist seine Nutzbarkeit für eine episodenzugewandene Verlaufsdokumentation von Behandlungsanlässen, veranlassten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und anderen Leistungen für jeden Patienten. Mit dem so genannten SOAP-Dokumentationskonzept (S=subjective, O=objective, A=assessment, P=plan) wird eine übersichtliche problembezogene Darstellung des gesamten Behandlungsgeschehens möglich (LAMBERTS und HOFMANS-OKKES 1996b, LAMBERTS et al. 1993). In Verbindung mit dem ICPC-Codierungssystem und einer elektronischen Patientenakte können Auswertungen für Vergütungs-, Qualitätssicherungs- und Forschungszwecke vorgenommen werden (LAUX et al. 2005).

Im Rahmen der Einführung eines morbiditätsorientierten Vergütungssystems wird die umfassende ärztliche Dokumentation und Codierung von ambulanten Behandlungsdaten für alle Arztgruppen erheblich an Bedeutung zunehmen. Die den KVen und Krankenkassen vorliegende Zahl und Art der Behandlungsdiagnosen eines Patienten wird voraussichtlich relevant für die Einstufung in eine bestimmte Morbiditätsklasse sein. Der Vergütungsrahmen für eine Arztgruppe wird wiederum davon mitbestimmt, wie viele Patienten welcher Morbiditätsklasse von dieser Arztgruppe behandelt werden. Insofern wird für jeden Arzt zukünftig ein Anreiz geschaffen, die Behandlungsdaten seiner Patienten möglichst genau zu dokumentieren und zu codieren. Daher wurde in der vorliegenden Studie untersucht, ob das derzeitige Dokumentations- und Codierungssystem im hausärztlichen Bereich dazu geeignet ist, den zukünftigen Anforderungen eines morbiditätsorientierten Vergütungssystems Rechnung zu tragen. Dabei sollten bestehende Defizite identifiziert und entsprechende Gegenmaßnahmen aus den Ergebnissen abgeleitet werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst die internationale Literatur zu risikoadjustierten Vergütungssystemen und der Validität von zu administrativen Zwecken dokumentierten Diagnosedaten aufgearbeitet und analysiert, inwieweit sich die ausländische Erfahrungen auf die deutsche Situation übertragen lassen. In einer anschließenden empirischen Studie wurde der in der Patientenakte dokumentierte Behandlungsverlauf einer Zufallsauswahl von 250 Patienten aus 10 Berliner Hausarztpraxen im Jahr 2003 untersucht und mit den an die KV Berlin übermittelten ICD-10 codierten Abrechnungsdiagnosen verglichen.

---

Anhand dieser Daten wurde

1. die Validität der geplanten Datenbasis für die Berechnung von RLV erstmalig mit direktem Patientenbezug und unter Verwendung der Informationen aus der Patientenakte als Goldstandard geprüft und anhand geeigneter Parameter quantifiziert,
2. untersucht, welche Auswirkungen die Verwendung der derzeitigen hausärztlichen Abrechnungsdaten im Vergleich zu den Behandlungsanlässen aus der Akte für die Klassifizierung von Patienten im diagnosebasierten Risikoadjustierungssystem ACG hätten,
3. analysiert, auf welche Weise und in welchem Umfang Hausärzte derzeit Behandlungs- und Abrechnungsdaten dokumentieren bzw. codieren und welche Einflussfaktoren in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen könnten. Für diesen Untersuchungsteil wurde das in den Praxen erhobene Datenmaterial nach Behandlungsanlässen geordnet und in Episoden gegliedert, da geprüft werden sollte, ob ein problembezogenes Dokumentationskonzept das tatsächliche Behandlungsgeschehen während eines Jahres vollständiger abbilden kann, als die derzeit verwendete chronologische Dokumentation.

Anhand der identifizierten Problembereiche bei der Generierung von Morbiditäts- und Leistungsdaten sollten abschließend Maßnahmen abgeleitet werden, die dazu geeignet sein könnten, die Validität von Abrechnungsdiagnosen zu erhöhen.