

7. Zusammenfassung

Einleitung: In Zukunft soll die Vergütung von Vertragsärzten im ambulanten Bereich auf der Basis so genannter morbiditätsorientierter Regelleistungsvolumina (Morbi-RLV) erfolgen. Dazu soll ein Risikoadjustierungssystem eingeführt werden, das nach ICD-10 codierte Abrechnungsdiagnosen eines Jahres, sowie Alter und Geschlecht von Patienten für eine Morbiditätsklassifikation verwendet. Wie internationale Studien zeigen, ist eine Voraussetzung für eine korrekte Einschätzung der Morbidität eine hohe Validität der pro Abrechnungszeitraum vorliegenden Diagnosedaten.

Methode: Die Validität hausärztlicher Abrechnungsdiagnosen aus dem Jahr 2003 wurde für eine Zufallsstichprobe von 250 Patienten aus zehn Hausarztpraxen in Berlin nach internationalem Vorbild erstmals anhand eines Vergleichs mit den Patientenakten untersucht. Zusätzlich wurde geprüft, ob ein Unterschied zwischen Abrechnungsdiagnosen und aus den Patientenakten abgeleiteten Behandlungsanlässen besteht, der sich auf die Morbiditätsklassifikation der Patienten im Risikoadjustierungssystem *Adjusted Clinical Groups (ACG)* auswirken könnte. Zudem wurde analysiert, ob das derzeitige Verfahren der Diagnosendokumentation und Diagnosencodierung in hausärztlichen Praxen geeignet ist, eine hohe Validität von Abrechnungsdiagnosen zu gewährleisten. Dazu wurden die Eignung des Codierungssystem ICD-10 für die Verschlüsselung hausärztlicher Behandlungsanlässe, die Nutzung einer elektronischen Patientenakte, der Einsatz verschiedener Diagnosenzusätze und die Verwendung einer chronologischen bzw. episodensbasierten Dokumentation geprüft.

Ergebnisse: Abrechnungsdiagnosen und anhand der Patientenakten identifizierte Behandlungsanlässe wiesen in 60% der Fälle keine Übereinstimmung auf. Als Ursachen wurden in der Hälfte der Fälle eine mangelnde Vollständigkeit von Abrechnungsdiagnosen („Underreporting“), in einem Drittel der Fälle die Angabe zusätzliche Abrechnungsdiagnosen für nicht behandelte Erkrankungen („Overreporting“), und in einem Fünftel der Fälle eine inkorrekte Codierung ermittelt. Ein „Underreporting“ trat vor allem bei akuten Diagnosen mit geringem Schweregrad, nicht medikamentös behandelten chronischen Erkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen auf. Ein „Overreporting“ erfolgte bei chronischen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, psychischen Erkrankungen, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselkrankheiten. Eine inkorrekte Codierung trat insbesondere dann auf, wenn Unklarheiten über die Ätiologie einer Erkrankung bestanden oder mehrere mögliche Schlüssel für die gleiche Erkrankung existierten, deren Unterscheidung eine differenzierte Kenntnis von Codierungsregeln voraussetzte. Wenn ICD-10-Codes für die gleiche Krankheitsentität ähnlich

wie im international verwendeten ICD-9-System zusammengefasst wurden (z.B. Diabetes Typ I und Typ II) waren Korrektheit und Vollständigkeit der häufigen Abrechnungsdiagnosen Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie, koronare Herzkrankheit, Rückenschmerzen und akute Atemwegserkrankungen insgesamt recht hoch (71%-93% bzw. 56%-86%) und mit den Ergebnissen internationaler Studien vergleichbar. Die mangelnde Codierung akuter Erkrankungen und Vorsorgeleistungen und die zusätzliche Angabe im Untersuchungszeitraum nicht behandelter chronischer Erkrankungen als Abrechnungsdiagnosen führte insgesamt zu einer Überschätzung der Morbidität und des Ressourcenverbrauchs der Studienpatienten im Patientenklassifikationssystem ACG anhand ihrer hausärztlichen Abrechnungsdiagnosen. Praxen, die eine elektronische Patientenakte nutzten, wiesen eine signifikant höhere Vollständigkeit von Abrechnungsdiagnosen (weniger „Underreporting“) bei geringerer Korrektheit auf (mehr „Overreporting“; $p < 0,001$). Prinzipiell war es möglich, alle aufgetretenen hausärztlichen Behandlungsanlässe mittels des ICD-10-Systems zu codieren. Die ätiologische Ausrichtung und die hohe Spezifität dieses Codierungssystems macht die Anwendung im hausärztlichen Bereich jedoch kompliziert und kann zu Codierungsfehlern führen. In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die derzeit mit erheblichem Aufwand von den Ärzten bereitgestellten Diagnosenzusätze „Verdacht auf“, „Ausschluss von“, „gesichert“ und „Zustand nach“ die Übereinstimmung von Abrechnungsdiagnosen und Behandlungsanlässen lediglich um 1% erhöhten. Durch eine Kennzeichnung von Erkrankungen als aktiv (im Untersuchungszeitraum behandelt) und inaktiv (im Untersuchungszeitraum nicht behandelt), wie sie routinemäßig in einem episodenzugehörigen Dokumentationssystem verwendet wird, ließe sich die Übereinstimmung dagegen um 9% erhöhen. Eine solche Kennzeichnung würde vor allem ein „Overreporting“ reduzieren.

Schlussfolgerungen: Eine Kombination folgender Maßnahmen, die in anderen europäischen Ländern bereits Standard sind, erscheinen geeignet, die Validität von Abrechnungsdiagnosen im hausärztlichen Bereich zu erhöhen:

- Einführung eines Codierungssystems mit einfacherer Struktur, wie z.B. die in anderen Ländern verwendete International Classification of Primary Care (ICPC)
- Förderung der Nutzung einer elektronischen Patientenakte und Einführung einer problemorientierten Dokumentation als verbindlicher Standard
- Einführung einer episodenzugehörigen Dokumentationsstruktur und Kennzeichnung von Erkrankungen als aktiv (im Abrechnungszeitraum behandelt) und inaktiv (im Abrechnungszeitraum nicht behandelt)