Die ICD-10 und die deutsche Ärzteschaft – eine Komödie, ein Trauerspiel oder ein Lehrstück?

Klassifikationssysteme und der Hausarzt: Teil 4 von 4[1]

Rudolf L. Meyer
für die SGAM-Arbeitsgruppe Literatur und Dokumentation

Einleitung

Zum 1. Januar 1993 trat das «Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz 1993)» (GSG) in Kraft, welches viele Änderungen brachte, von A wie *Abrechnungsunterlagen* – mit Diagnosen künftig im Rahmen des ICD-Schlüssel kodiert – bis zu Z wie *Zulassungssperre*. So wurde unter anderem damals auch die Gliederung der ärztlichen Versorgung in eine «hausärztliche» und «fachärztliche» festgelegt.
Da in diesem Gesetz sehr viele verschiedene neuen Regelungen auf die Ärzte zukamen, blieb die Verschlüsselungspflicht zunächst unbeachtet. So ist sie etwa in dem 16seitigen Sonderteil «GSG '93 von A–Z» in der Zeitschrift «Der Praktische Arzt» Nr. 1/1993 gar nicht erwähnt [1].
Das Bundesgesundheitsministerium hatte aber schon seine Vorstellungen, wie in Physis Medizin & Computer 10/93 zitiert wurde: «Mit dem GSG haben wir jetzt ein System ineinander greifender Regelungen, mit denen Daten für die gesetzlich zulässigen Zwecke zusammengespielt werden können. Die Hauptintention des GSG liegt im Stabilisieren der Krankenversicherung. Da spielt der ICD-Schlüssel seine Rolle. Zur Effizienzkontrolle gehört auch das Erkennen überflüssiger und nicht indizierter Leistungen. Passen Diagnose und Medikament zusammen? Stimmen Krankheitsbilder?» [2]
Bei Inkrafttreten des GSG '93 war der gültige Schlüssel noch nicht bekannt. Das Bundesgesundheitsministerium sollte dies im Verlaufe des Jahres bekannt geben und dann sollte die Verschlüsselungspflicht ab 1. Januar 1994 gelten.
Der Fachverband Deutscher Allgemeinärzte e.V. (FDA) hatte sich bereits am 30.12.1992 mit folgender Fragestellung an das Bundesministerium für Gesundheit (BfG) gewandt:
«Ist künftig ausschliesslich der ICD-Schlüssel zu verwenden (wie in der ehemaligen DDR)? Gibt es also dann tatsächlich keine einzig frei formulierte Diagnose mehr? Dies würde in der Tat einen enormen Verwaltungsaufwand für den einzelnen Kassenarzt (beispielsweise im Sonntagsdienst) darstellen. *Zudem befürchtet der FDA, dass der ICD-Schlüssel nur in höchst ungeeigneter Weise den praktischen und wissenschaftlichen Benennungsbedürfnissen der Allgemeinpraxis genügt, da sich die Nomenklatur überwiegend an der klinischen Diktion orientiert.*»
Das Antwortschreiben des Bundesgesundheitsministeriums traf am 5.5.1993 bei der Geschäftstelle des FDA ein:
«Die gesetzliche Grundlage für die Verpflichtung des Arztes, bei der Abrechnung seiner Leistungen die Diagnose künftig verschlüsselt nach dem vierstelligen Schlüssel des ICD auf den Abrechnungsunterlagen anzugeben, wird in § 295 SGB V geregelt … Der ICD-Schlüssel ist eine internationale Klassifikation, die von der WHO herausgegeben wird und in der ganzen Welt Anwendung findet. *Auf dieser Basis sind somit auch internationale Vergleiche und ein wissenschaftlicher Austausch möglich.* Die Auffassung, dass der ICD-Schlüssel für die Bedürfnisse der Allgemeinpraxis nicht geeignet sei, kann ich nicht teilen. Zudem gilt § 295 SGB V für alle Arztgruppen, nicht nur für die Allgemeinärzte. Zwei unterschiedliche Schlüssel zu verwenden, wäre höchst problematisch (gez. Dr. Griesewell)» [3]
Die ICD-Verschlüsselung sollte nach dem Willen des BfG vorerst nach der ICD-9 erfolgen.

Erster Aufschub

An der Internationalen Konferenz zur 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten vom 26.9. bis 2.10.1989 in Genf, an welcher sowohl Vertreter der Bundesrepublik Deutschland als auch der Deutschen Demokratischen Republik teilnah-

1 Siehe auch: Teil 1 im Heft 8, Teil 2 im Heft 9, Teil 3 im Heft 10 von PrimaryCare.

men, war beschlossen worden, die ICD-10 am 1. Januar 1993 in Kraft zu setzen. Dieser Beschluss wurde auch von der 43. Vollversammlung der WHO angenommen.
Da aber 1994 noch keine offizielle deutsche Version der ICD-10 vorlag, wurde die Verschlüsselungspflicht ein erstes Mal ausgesetzt und im Deutschen Ärzteblatt mit folgendem Wortlaut auf den 1. Januar 1996 angekündigt:

Zweiter Anlauf

Das GSG (§ 295 SGB V) vom 1. Januar 1993 verpflichtet die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ab dem 1. Januar 1996 die Diagnose nach dem vierstelligen Schlüssel der ICD zu verschlüsseln. Auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen sind für die Diagnosen nicht mehr wie bisher die Klartexte, sondern die Schlüsselnummern der ICD einzutragen.
Die künftig kodierte Diagnosenübermittlung ermöglicht die datenmässige Erfassung und die statistische Auswertung für die Plausibilitätskontrolle sowie Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Zur Erfüllung dieser Informationsbedürfnisse sind standardisierte Diagnose und ihre Verschlüsselung nach einer international gebräuchlichen Klassifikation notwendig. *Für den Fall, dass Leistungsabrechnungen ab 1. Januar 1996 keine kodierten Diagnosen enthalten, dürfen diese von den Krankenkassen nicht mehr vergütet werden* (§ 303 Abs. 3 SGB V). [4]
Dabei wurde festgehalten, dass die Verschlüsselung in der vertragsärztlichen Praxis grundsätzlich auf der Subkategorienebene (vierstellig) durchzuführen sei und es wurde empfohlen, dass ein Blick in die offizielle Buchfassung unverzichtbar sei, wenn es um die exakte Einordnung eines Diagnosebegriffes unter Berücksichtigung der nur in der offiziellen Buchfassung enthaltenen Einschlüsse, Ausschlüsse, Hinweise, Anmerkungen, erklärenden Texte und Synonyma gehe [4].
Das Datum des 1. Januar 1996 schien zunächst unausweichlich und sollte den niedergelassenen Ärzten mehrere administrativ zu verarbeitende Neuerungen bringen. So titelte der Chefredaktor der Zeitschrift *«Der Allgemeinarzt»* Dr. Frank H. Mader ein Editorial mit: «Der Super-GAU ist da!», indem er festhielt: «Härter hätte es den ohnehin geschundenen deutschen Vertragsarzt am Neujahrstag 1996 wahrlich nicht treffen können: Eine völlig neue Gebührenordnung für die Kassenpatienten (EBM 96) – eine völlig neue Gebührenordnung für die Privatpatienten (GOÄ 96) – ein völlig neues Dokumentationssystem (ICD-10). Der Super-GAU scheint programmiert zu sein und unausweichlich.» [5]
Tatsächlich schien die Sache gelaufen, da sich über lange Zeit kein Widerstand zeigte, doch dann trat eine Aktionsgemeinschaft auf den Plan, mit der wohl niemand gerechnet hatte.

Niedergelassene Ärzte wehren sich

Knapp drei Monate vor dem Stichtag 1. Januar 1996, ab dem nur noch ICD-verschlüsselte Diagnosen vergütet werden sollten, regte sich plötzlich Widerstand aus den Reihen der niedergelassenen Ärzte. Am 18.9.1995 bildete sich in Regensburg die «Bundesweite Ärzteinitiative gegen die ICD».
Zu Unterschriftenaktionen gegen den ICD-Schlüssel riefen zwei Kollegen aus Bayern mit einer Briefaktion auf. So Dr. Hans Peter Ferstl, Sprecher der Ärzteinitiative gegen den ICD, Regensburg: «Liebe Kollegen, viele von Ihnen waren sicherlich nach Erhalt des ICD Band 1 überrascht über den Umfang und den Inhalt dieses Machwerkes: Die Überstunden für Arzt und Personal sind vorgezeichnet, es lebe der 24-Stunden-Arbeitstag! Familienleben ade, aber vielleicht lässt man sich ja demnächst zwecks besserer Kommunikation eine Computer-Standleitung ans Ehebett legen. Liebe Kollegin, lieber Kollege, bitte tragen auch Sie durch Ihre Unterschrift zur Abwendung der ICD bei. Warum sollen wir die Arbeit für Kassen und Politiker erledigen und das umsonst? Bitte senden Sie folgendes Musterschreiben an die unten genannte Kontaktadresse. Es gibt keine Zeit zu verlieren!»
Und Dr. Ali Ihsan Erbas, München: «Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, die ICD-Verschlüsselung scheint unausweichlich bevorzustehen. Anstatt diese für die niedergelassenen Ärzte sinnlose bürokratische Aufgabe einfach hinzunehmen, wollen wir gemeinsam mit einer Unterschriftenaktion verhindern, dass der ICD-Schlüssel für die Vertragsärzte Pflicht wird. Machen Sie auch in Ihrem Interesse mit – die Zeit drängt! Schicken Sie bitte spätestens bis zum 30.11.1995 Ihr Nein zum ICD-Schlüssel unterschrieben und mit Praxisstempel versehen an die untenstehende Adresse. Die gesammelten Unterschriften werden direkt an Herrn Gesundheitsminister Seehofer weitergeleitet.»
Der Text der Ärzte-Initiative gegen die ICD lautete:

Aus folgenden Gründen wehre ich mich gegen die Einführung der ICD:
- Schaffung des gläsernen Patienten
- Grosse datenschutzrechtliche Bedenken

- Nicht honorierte Mehrbelastung von Arzt und Personal
- Fraglicher Nutzen der ICD [6].

Innert weniger Wochen waren über 30 000 Unterschriften per Fax an die Initianten zugestellt worden, welche diese dem Bundesgesundheitsminister zustellten. Einige Zitate aus Leserbriefen widerspiegeln die damalige Stimmung bei den niedergelassenen Ärzten.

Zitate aus Leserbriefen:
Wessen krankes Hirn ist auf die Idee gekommen, einen für den Gebrauch des niedergelassenen Arztes völlig unpraktikablen WHO-Index zu akzeptieren? Warum übernehmen wir einmal mehr kostenlos Aufgaben der Kassenbürokratie?
Es ist höchste Zeit gegen diese Auswucherungen des Bürokratismus in der Medizin schärfstens vorzugehen!
Der Druck, der zur Zeit auf unseren Seelen lastet, ist so gewaltig, dass beim Studium dieser aus Bürokratenhirnen erwachsenen Idee, uns diese ICD-Kodierung aufzuerlegen, ein unendlicher Greuel auf unsere Volksvertreter in mir erwächst.
Völlig unverständlich ist mir, warum ein Verzeichnis der Todesursachen – denn das stellt die ICD-10 dar – zur Verschlüsselung noch Lebender gesetzlich verordnet wird. Diese Tatsache zeigt, dass unsere Volksvertreter offensichtlich keine Ahnung hatten, worüber sie eigentlich abgestimmt haben.
Wie können wir gegen diese Bürokratendiktatur angehen?
Ich muss also ab dem 1.1.1996 drei verschiedene Aufgaben bei jeder Diagnose erfüllen: ICD-9 (vom Krankenhaus), ICD-10 (für die Kasse) und die verbale Diagnose, damit ich selber weiss, was dem Patienten fehlt Hier spinnt doch wer!

Am 30.11.1995 schloss sich diese Ärzteinitiative mit mehreren Berufsverbänden, so unter anderem mit dem Bundesverband der Allgemeinärzte (BDA), dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), dem Hartmannbund, dem NAV-Virchowbund sowie der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung zur *«Konzertierten Aktion gegen die ICD-10»* zusammen.
Deutliche Worte fand dabei Dr. Maximilian Zollner, der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands): «Die Verpflichtung der Verschlüsselung der ärztlichen Diagnosen nach ICD-10 ist am 1. Januar 1996 in Kraft getreten … *Nach unserer Meinung ist die ICD-10 völlig ungeeignet für die praktische Arbeit des niedergelassenen Arztes wie auch für eine wissenschaftliche Auswertung.* Sie schafft den Gläsernen Patienten in jetzt noch nicht überschaubaren Dimensionen. Diese Befürchtung kann auch von den Befürwortern nicht widerlegt werden, denn sind die Daten erst vorhanden, wächst die Begierde, sie zusammenzuführen. Diese Gefahr wird mittlerweile auch vom Bundesdatenschutz-Beauftragten nicht nur gesehen, sondern auch thematisiert … Ein Patient, der damit rechnen muss, dass sein Arzt die ihm dargestellten Lebensumstände in jedem Einzelfall festhalten und computerlesbar verschlüsseln muss, wird davor zurückschrecken, sich seinem Arzt zu offenbaren. Dies führt zu einer Zerstörung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und damit zu einer Gefährdung der ärztlichen Berufsfreiheit.» [7]

Zweiter Aufschub

Zunächst hatten die Partner der Bundesmantelverträge durch eine gemeinsame Stellungnahme erreicht, dass die ICD-10 die Arztpraxis nicht bürokratisch ersticken sondern «weich an den Start» gehen sollte. In den ersten beiden Quartalen des Jahres 1996 sollte kein Vergütungsausschluss für jene Ärzte erfolgen, welche die Diagnosen auf den Abrechnungsbelegen noch nicht vollständig mittels ICD-10 kodieren können [8].
Danach wurde aber doch nicht «weich» gestartet, sondern die Verschlüsselungspflicht wurde erneut verschoben. Wie das Dr. U. Goering, Kinderarzt in Pegnitz erfahren hat, schildert er so: «Heute, am 25. Januar 1996, Tagesumschau um 2015: Der Bundesminister für Gesundheit erwägt, aufgrund der Bedenken des obersten Datenschützers bezüglich des Datenschutzes, die Einführung der ICD-10 um zwei Jahre zu verschieben. Das Gesamtwerk soll bis dahin nach datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten überarbeitet werden. Da kann ich mich nicht mehr auf den Arm genommen fühlen, da fühle ich mich eindeutig verarscht! Da wird eine Datenerfassungs-Massnahme jahrelang öffentlich vorgestellt, diskutiert und dann verordnet, die sämtliche Bürger dieses unseres Landes betreffe, und der Herr Datenschützer scheint das gar nicht zu registrieren. Jetzt, wo das Kind schon mit dem Bade ausgeschüttet ist, da meldet der sich endlich auch zum Wort, auf einmal hat er sogar starke Bedenken!» [9]
Es wurde eine Rahmenvereinbarung unter den obgenannten Spitzenverbänden getroffen, wonach ein zweijähriger Aufschub für die Verschlüsselungspflicht im Einverständnis mit dem Bundesgesundheitsminister ermöglicht wurde [10]. Es sollten bei der vorgesehenen Überarbeitung einerseits vor allem datenschutzrechtliche Aspekte berücksichtigt werden, andererseits eine praxisgerechtere ICD-Fas-

sung geschaffen werden, die «den Notwendigkeiten der Leistungsabrechnung und Leistungsdokumentation in der ambulanten und stationären Versorgung entspricht sowie Umfang und Differenzierungsgrad von Diagnoseangaben auf das für die Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen, Krankenhäuser und Kassenärztlichen Vereinigung notwendige Mass begrenzt». Zudem sollte dann 1997 eine Erprobungsphase in einzelnen kassenärztlichen Bereichen erfolgen [11].
Seitens des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) wurde in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus Vertretern der ärztlichen Berufsverbände ein sog. *Minimal-Standard* aus rund 3000 Begriffen erarbeitet. Diese Minimalversion sollte für jeden Vertragsarzt verpflichtend sein und reicht aus, um den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen [12]. Diese Überarbeitung wurde die offizielle *ICD-10-SGB V* und zeigte folgende Änderungen:

- Ausgliederung von Diagnosen, die in Deutschland nicht vorkommen, in einen Anhang;
- Streichung der Kapitel XX («Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität»);
- Kürzung des Kapitels XXI («Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen führen»);
- typographische Hervorhebung der sog. Minimalstandards. Dies sind Diagnosen, die insbesondere als ausreichend für die Diagnoseverschlüsselung in der hausärztlichen Versorgung erachtet werden;
- Einführung von Zusatzzeichen für die Diagnosesicherheit (V = Verdacht, A = Ausschluss, Z = Zustand nach) und die Seitenlokalisation (R = rechts, L = links, B = beidseits) [13].

Im April 1997 begann in den Kassenärztlichen Vereinigungen Niedersachsen und Sachsen-Anhalt ein Modellversuch, also die Erprobungsphase, mit diesem neuen Verschlüsselungsinstrument. Der Versuch wurde vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) wissenschaftlich begleitet. Die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Ärzte beurteilte die ICD-10-Kodierung als bürokratisch und ohne medizinischen Wert. Das Verfahren sei zeitaufwendig und ein Drittel der Diagnosen sei entweder überhaupt nicht oder nur mit hohem Aufwand zu verschlüsseln. Am wenigsten konnten die Ärzte dabei den gesundheitspolitischen Wert einer Verschlüsselung nachvollziehen [14].

Dritter Aufschub oder: Seehofer resigniert

Auf dem ersten Bundeskongress der Vertragsärztlichen Vereinigungen vom 18. Januar 1998 in Hannover gab dann aber Bundesgesundheitsminister Seehofer bekannt, dass es in der verbleibenden Legislaturperiode keine Verschlüsselungspflicht geben werde.
Ergänzend dazu sagte der Leiter des Ministerbüros, Dr. Manfred Lang: «Der Gesetzgeber hat im 2. GKV-NOG festgelegt, dass die Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 erst dann verbindlich wird, wenn vom Bundesministerium für Gesundheit eine überarbeitete Fassung in Kraft gesetzt wird. Das ist bisher nicht geschehen.» «Zudem habe Seehofer seit 1995 immer wieder betont, eine Einführung der ICD-10 sei so lange nicht gerechtfertigt, bis eine unbürokratisch handhabbare und praxistaugliche Version vorliege. Denn ohne eine Akzeptanz der Ärzteschaft, die ja schliesslich die Kodierung umsetzen müsse, dürfte die Qualität der Kodierung und der daraus ableitbaren Erkenntnisse fragwürdig sein. Er betrachtete auch die Ergebnisse der Modellversuche in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt als wenig ermutigend.» [15]
Die Ärzte konnten vorerst aufatmen, aber nicht für lange, denn die Gesetzesartikel waren ja nicht abgeschafft. Und mitten im Sommer 1999 gab es ein böses Erwachen.

Überfall vom «grünen» Tisch

Im Bundesanzeiger vom 8. Juli 1999 wurde unter «Bekanntmachungen» und «Bundesministerium für Gesundheit» unter dem Datum vom 24. Juni 1999 lapidar Folgendes festgehalten: «Das Bundesministerium für Gesundheit setzt mit Wirkung vom 1. 1. 2000 gemäss § 295 Abs. 1 sowie § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V als Schlüssel zur Angabe von Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Nr. 1 und 2 sowie § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 SGB V die für die Zwecke des SGB V überarbeitete Fassung der 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD.10 – SGB V) in Kraft.» [16]
Diese Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte ohne jede Rücksprache mit den ärztlichen Körperschaften. Deshalb erstaunte es auch nicht, dass sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) über den Alleingang der Ministerin «mehr als befremdet» zeigte und dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung von einer überstürzten und stillosen Entscheidung sprach. Mit einer Politik der vollendeten Tatsachen habe sich die Ministerin der parlamentarischen Diskussion über die Folgen der verschärften Transparenzvorschriften entzogen [17]. Während Andrea Fischer sich von der Diagnoseverschlüsselung mehr Qualität und Transparenz im Gesund-

heitswesen versprach, mussten sich die Kassenärzte nach Ansicht des Zweiten Vorsitzenden der KBV, Dr. Eckart Weisner, auf eine maximale bürokratische Belastung einstellen und noch mehr Zeit für die aufgeblähten Transparenzapparate der Krankenkassen aufwenden, Zeit, die dann eben für die Patienten fehle. Verblüfft zeigte sich Weisner zudem darüber, dass ausgerechnet eine grüne Gesundheitsministerin den Weg zum «gläsernen Patienten» ebne [17].
Tatsächlich lehnten bei der Gesetzesdebattte um das GSG '93 die Abgeordneten der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Marina Steindor, Manfred Such und Monika Knoche, in der Drucksache 13/3669 des Deutschen Bundestages die Vorschriften der §§ 295 Abs. 1 und 303 SGB V kategorisch ab. Sie begründeten dies mit der Unvereinbarkeit dieser Bestimmungen mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung von Patienten und Ärzten nach Artikel 2 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs.1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland. Nach Auffassung der Abgeordneten sei die Bestimmung damit *verfassungswidrig*. Insbesondere führe die Verschlüsselungspflicht zu verfälschten und irreführenden Diagnoseergebnissen. Auch sei der Schutz dieser sensiblen Daten nicht gewährleistet, so dass eine ersatzlose Streichung der gesetzlichen Vorschriften im SGB V vorzunehmen sei. Auch sei die Kodierungspflicht zur Wirtschaftlichkeitsprüfung einer effektiven Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung nicht geeignet [18].
Das Forum Münchner Ärzte «ÄRZTE 2000» rief denn auch zum Protest auf. In einem Brief an den Bundeskanzler Gerhard Schröder hielten sie fest, dass die Verschlüsselung keinen medizinischen Nutzen habe und lediglich den Krankenkassen zur vereinfachten Verwaltung von Patientendaten diene. Die Arbeitszeit der Ärzte dürfe nicht mit weiteren Willkürakten belastet werden [19]. Dieser Aktion war indes im Vergleich zum Spätherbst 1995 kein Erfolg beschieden.
Nach den schwerwiegenden Vorwürfen der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder in deren Entschliessung vom 25. 8. 1999 bezüglich der Einführung der ICD-10 SGBV hat Frau Fischer diese Bedenken berücksichtigt. Danach sollten die Gesundheitsdaten der gesetzlich Krankenversicherten anonymisiert an die Krankenkassen zur Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle weitergegeben werden. Nach dem neuen Modell würden die Daten eines jeden einzelnen Behandlungsfalles an «unabhängige Datenannahmestellen» übermittelt, wo die Zahlungspflicht der Krankenkassen überprüft und die Daten dann verschlüsselt an die zuständigen Krankenkassen weitergeleitet würden. Erst danach dürfen die Krankenkassen die verschiedenen Behandlungsfälle eines Versicherten zusammenführen, wobei die Person, die sich hinter einem solchen Gesundheitsprofil verberge, nicht mehr zu identifizieren sei [20].

Erste Umfrage bei Hausärzten

2 Wochen nach Einführung der Zwangsverschlüsselung im Januar führte das Institut für Praxisforschung im BDA (PRAFO) eine Blitzumfrage in deutschen Hausarztpraxen durch zum Thema: Wie halten es die Ärzte mit der ICD-10 kurz nach der Einführung?
Mehr als 90% der Ärzte brauchte die Praxis-EDV als Hilfsmittel zur Verschlüsselung, aber 35% griffen zudem noch zur Original-ICD-10-Buchausgabe. 39,7% der Befragen *kod*ierten möglichst gewissenhaft, 52% hatten mit dem Verschlüsseln nach eigenen Angaben einen zusätzlichen Arbeitsaufwand von mehr als 60 Minuten täglich. 53% der Befragten fühlten sich vom Berufsverband nur mangelhaft bei der praktischen Einführung in die Kodierung unterstützt. Dabei erheblich im Praxisablauf behindert fühlten sich 48,7% und 78% konnten keinerlei Vorzüge in der ICD-Kodierung erkennen. Nur 7,6% gingen davon aus, dass damit eine Steigerung der kritischen und qualitätsgesicherten Betreuung der Patienten erreichbar sei [21].

Klartext vom Bundesverfassungsgericht

Gegen die gesetzlich auferlegte Verschlüsselungspflicht hatte sich ein Vertragsarzt an das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) gewandt. Die zweite Kammer des Ersten Senats nahm aber die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an (Beschluss vom 10. April 2000, Az 1 BvR 422/00). Diese Beschwerde werfe weder grundsätzliche verfassungsrechtliche Fragen auf, noch sei die Annahme der Beschwerde zur Durchsetzung der Grundrechte des Beschwerdeführers angezeigt. Das Gericht hielt fest:
«Der Eingriff in die ärztliche Berufsfreiheit (Art. 121 Abs. 1 Grundgesetz) ist gerechtfertigt, weil die angegriffenen Regelungen., die der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherungen dienen, angesichts der Gemeinwohlaufgabe von hohem Rang verhältnismässig sind.» [22]
Das BVerfG kam zur Schlussfolgerung, Zweck der ICD-10-Verschlüsselung sei von vorneherein gewesen, «das Abrechnungsverhalten von Ärzten dahin zu beeinflussen, nur notwendige und wirtschaftliche Therapien und Verordnungen abzurechnen» und sie

hielten fest: «Gemessen am Gesetzeszweck ist derzeit kein milderes Mittel ersichtlich als eine nach Breite und Tiefe verstärkte Kontrolle, nachdem die Vergangenheit gezeigt hat, *dass die Ärzteschaft insgesamt mit Mengenausweitungen auf Honorarkürzungen reagiert hat*.» [23]
Das Bundesverfassungsgericht setzte sich in seiner Begründung sehr eingehend mit den Zielen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auseinander, «als habe ein KV- oder Kassenfunktionär den Verfassungsrichtern die Feder geführt» [22], und zwar: «Die Wirtschaftlichkeits-Prüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung dienen dazu, den Ausgabenzuwachs in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen und Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten zu vermitteln» und dazu wird vom Bundesverfassungsgericht der Eingriff in die Berufsfreiheit des Arztes insoweit bejaht, «als die bisher bestehende zufallmässige Erfassung der Therapie nunmehr um eine ziffernmässige und damit maschinenlesbare Erfassung der Diagnose in den Abrechnungsunterlagen erweitert wird. Das eröffnet qualitativ andere Kontrollmöglichkeiten; die ärztlichen Kontrollgremien sind nicht mehr auf wenige Stichproben und Zufallsbefunde angewiesen.» [22]
In der mir zur Verfügung stehenden Literatur fanden sich leider keine Hinweise auf wissenschaftliche Untersuchungen, welche die Zielerreichung mit diesen Massnahmen eindeutig bestätigen und auf die sich das BVerfG ja abgestützt haben muss, um diese Massnahmen so resolut zu verteidigen. Denn immerhin hatte die WHO selbst ermahnt: «*Zurückhaltung ist auch beim Einsatz der ICD für Untersuchungen über finanzielle Aspekte, wie z.B. Abrechnungswesen oder Mittelzuwendungen.*» [24]

Epilog

Nach diesen höchstrichterlichen Belehrungen wurde nun jahrein und jahrausaus fleissig und millionenfach kodiert. Zusätzlich kommen periodisch Neuerungen, die das Ganze komplizieren. So lese ich etwa im neuesten Quartals-Info des Deutschen Ärzte-Verlags, das sich an Buchhändler wendet:
«Zum 1. Januar 2005 treten auch neue Versionen unserer Klassifikations-Klassiker ICD-10-GM und OPS in Kraft. Durch Anpassungen an das G-DRG-System und Änderungen der Weltgesundheitsorganisation haben sich zum Teil gravierende Änderungen ergeben … Sprechen Sie Ihre Kunden bereits jetzt an, jeder Arzt und jedes Krankenhaus muss ab dem 1. Januar 2005 nach diesen Vorgaben verschlüsseln.» [25]
Zur Überprüfung der Korrektheit dieser Arbeit gab ich sie einem badischen Kollegen, den ich gelegentlich am Sonntagmorgen beim Tennisspielen treffe. «Das ist alles korrekt. Aber wozu schreibst Du das eigentlich?» wollte er wissen. «Wir möchten die Schweizer KollegInnen in der Praxis informieren und sie warnen, dass sie sich rechtzeitig gegen ein unsinniges Kodierungs-System wehren», gab ich zur Antwort. Dazu meinte er: «Ja, die ICD-10 ist das absolute Chaos. Aber Ihr werdet wenig Erfolg haben, denn die Administration ist übermächtig.»
Was er denn mache, wenn bei seinen chronisch Kranken die Diagnose-Kodes durch die neuerlichen Bestimmungen jeweils ändern? Da gab er freimütig zur Antwort:

«Weisst Du, ich schicke alle chronisch Kranken einmal im Jahr ins Krankenhaus, und dann habe ich meine ganze neue Diagnosen-Liste wieder beisammen.»

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, nicht nur ihre Leistungen mit Diagnosen zu verschlüsseln, sondern es muss die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die nachfolgende Diagnose, die Entlassungsdiagnose und erst noch die Verlegungsdiagnose kodiert werden [26]. Ist das die Zukunft unserer Medizin?
(Die Hervorhebungen im Text wurden durch den Autor gesetzt.)

Literatur

1 Ascher W. Gesundheitsstrukturgesetz 1993. Zusammenstellung der wichtigsten Regelungen für Vertragsärzte» Der Praktische Arzt 1993; 30, Nr 1. Anhang.
2 Unterwegs zu gläsernem Arzt und gläsernen Patienten. Der Allgemeinarzt 1995;17:1795.
3 Schaper C. 100 Jahre ICD – Eine Krankheit in Zahlen. Der Allgemeinarzt 1993;15:688.
4 Brenner G. Diagnosen-Verschlüsselung: Pflichten für die Praxis. Deutsches Ärzteblatt 1995;92:C-1786–7.
5 Mader FH. Der Super-GAU ist da! Der Allgemeinarzt 1995;17:1733.
6 Ferstl HP, Erbas AI. Ein klares Nein zum ICD-Schlüssel. Der Allgemeinarzt 1995;17:1795.
7 Zollner M. ICD-10: Eine Gefährdung der ärztlichen Berufsfreiheit?. Der Allgemeinarzt 1996;18:119.
8 ICD-10: Codierung weiterhin Pflicht – nur 1 und 2/96 nicht! Der Praktische Arzt 1996;33:(Nr. 1):35–6.
9 Goering U. ICD-10 – Mir stinkt es langsam! Der Allgemeinarzt 1996;18:221.
10 cw: Zwei Jahre Pause – Diagnoseschlüssel wird überarbeitet. Arzt und Wirtschaft 1996;(Nr. 3):30:12.
11 es: Diagnoseverschlüsselung definitiv erst ab 1998. Der Allgemeinarzt 1996;18:440.
12 Bawidamann G. Die ICD-10: der dritte Anlauf. Der Hausarzt 1997;34:(Nr. 16):10–12.
13 Brenner G. Abrechnung: Verschlüsselungspflicht von Diagnosen. Deutsches Ärzteblatt 1999;96:C-2353–4.
14 Maus J. Modellversuch zur Diagnosenverschlüsselung: An der ICD-10 scheiden sich weiter die Geister. Deutsches Ärzteblatt 1997;97:C-2265–6.

15 Maus J. Keine Verpflichtung zur Diagnosenverschlüsselung. Deutsches Ärzteblatt 1998;95:C-354.
16 Brenner G. Abrechnung: Verschlüsselungspflicht von Diagnosen. Deutsches Ärzteblatt 1999;96:C-2353–4.
17 Gläser S. Diagnoseverschlüsselung: Die ICD-10 kommt. Deutsches Ärzteblatt 1999;96:C-1417.
18 Zimmermann GW. ICD-10 kommt zum 1.1.200: Andrea Fischer als «Wendehals». Der Hausarzt 1999;36(Nr. 13):1.
19 HK. Ärzte protestieren gegen Einführung der ICD-10. Deutsches Ärzteblatt 1999;96:C-2141.
20 gwz. Krankendaten doch anonymisiert. Gesundheitsministerin Fischer steckt beim ICD-10 zurück. Der Hausarzt 1999;36(Nr. 9):4.
21 Bawidamann G. ICD-10 – mit EDV und ohne Vorzug. Blitzumfrage des Instituts für Praxisforschung (Prafo) im BDA. Der Allgemeinarzt 2000;22:147.
22 ICD-10 Verfassungsrechtliche Prüfung abgelehnt. Arzt und Wirtschaft 2000;39(Nr. 8):42–3.
23 Gerst T. ICD-10 Diagnosenschlüssel: Bundesverfassungsgericht spricht Klartext. Deutsches Ärzteblatt 2000;97:C-853.
24 DIMDI, Hrsg. ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision. Band II: Regelwerk. München: Urban & Schwarzenberg; 1995. S. 3.
25 Deutscher Ärzteverlag: Quartals-Info, Oktober-Dezember 2004, S. 1.
26 Mader FH. ICD-10. Warum sie trotzdem kommen wird! Teil 1: Diskrepanz von gesundheitspolitischen Vorgaben und fachspezifischen Erfordernissen. Der Allgemeinarzt 1995;17:2109–11.

Dr. med. Rudolf L. Meyer
Bachstrasse 2
CH-4313 Möhlin
meyer.moehlin@hin.ch