

## Presseinformation

Nr. 01/2011

Berlin/ Worms, 05.01.11

### **Noch mehr Bürokratie und weniger Zeit für Patienten!** **- das bedeutet die Einführung Ambulanter Kodier-Richtlinien in der Realität**

Erneut sollen die ambulant tätigen Mediziner zusätzliche administrative Aufgaben übernehmen. Ziel dabei ist, die Abrechnung der Mediziner entsprechend der Art der Erkrankungsfälle gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen zu optimieren. Die ab dem 01. Januar 2011 einzuführenden Ambulanten Kodier-Richtlinien (AKR) müssen neu in die Praxisverwaltungssysteme der Arztpraxen integriert werden.

Qualifizierte Mediziner sind also angehalten, Einzelleistungen für jeden Patienten zu beschreiben und in Gruppen zur Übermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zu kodieren. Experten schätzen die Bürokratiekosten für diesen Verwaltungsakt auf mehr als 1 Milliarde Euro.

Diese gesetzgeberische Perfektionierung soll den gesetzlichen Kassen die Möglichkeit geben, zu einem funktionierenden Finanzausgleich zwischen den ca. 160 Krankenkassen zu kommen. Eingebunden in die neue Kodierung der Diagnosen sind die Internationalen Code of Diseases (= Kennziffern der Krankheiten). Derzeit gibt es 13.300 Diagnosekennziffern, zu denen auch die für Deutschland wichtige Diagnose „Krokodilbiss“ gehört.

Die Kodier-Richtlinien sind auf 161 Seiten dokumentiert, gegliedert in 11 allgemeine und 59 spezielle Kodier-Richtlinien und dienen alleine Abrechnungszwecken.

Einen ähnlich hohen bürokratischen Aufwand müssen die stationären Einrichtungen mit der Dokumentation der DRG – Fallpauschalen schon seit vielen Jahren durchführen. Und das, ohne dass sich dadurch die Qualität der Behandlung für die Patienten wesentlich verbessert hat. Tausende von Fachkräften mussten umgeschult werden und wurden von ihrer eigentlichen Aufgabe der Patientenbehandlung abgezogen. Folge sind längere Wartezeiten für die Patienten und wirtschaftliche Probleme der Krankenhäuser.

1/2

Die neuen ambulanten Kodier-Richtlinien bedeuten, dass der Arzt bei Quartalsbeginn zunächst einmal eine leere Diagnosenlisten vorfindet – auch beim Chroniker mit mehreren Dauerdiagnosen. Jeder Behandlungsanlass muss kodiert werden. Und das bis ins kleinste Detail, denn die Kodierung muss für jede querliegende Blähung bis zur letzten Ebene erfolgen.

Den administrativen Aufwand hierfür stufen Experten mit ca. 1 Minute pro Patient ein – und beläuft sich somit auf mindestens eine Stunde pro Arbeitstag eines Mediziners in einer Praxis. Diese Zeit geht für das persönliche Gespräch mit dem Patienten verloren. Der zeitliche Aufwand wird aber nicht zusätzlich von den Krankenkassen vergütet, obwohl diese die Nutznießer einer ins Detail gehenden Kodierung der individuellen Behandlung sind.

Bereits jetzt existieren gemeinsame geheime Datenbanken der Versicherungsgesellschaften (Uni-Wagnis-Datei bzw. HIS = Hinweis- und Informationssystem), in der gesundheitliche Probleme von Versicherten und Patienten gespeichert werden. Mittels der neuen Kodier-Richtlinien erhalten die gesetzlichen Krankenkassen - und somit auch gegebenenfalls andere Versicherungen - weitere Details zu den individuellen Erkrankungen des Bürgers. Dies widerspricht eindeutig dem § 3a des Bundesdatenschutzgesetzes, der da lautet: „Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Auswahl und Gestaltung von Datenverarbeitungssystemen sind an dem Ziel auszurichten, so wenig personenbezogene Daten wie möglich zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.“

Wir müssen vor dem erneuten Missbrauch von personellen, technischen und finanziellen Ressourcen im Krankenbetreuungssystem warnen. Personengebundenen Daten und Fakten dürfen durch die Versicherungen nicht missbraucht werden.

Hier ist die Politik im Interesse der Wähler gefordert, dass dies insgesamt gesetzeskonform umgesetzt und Daten- sowie Ressourcenmissbrauch vermieden wird.

Pressestelle DGVP  
Tel: 06247-904 499 7  
Fax: 06247-904 499 9  
[presse@dgvp.de](mailto:presse@dgvp.de)  
[www.dgvp.de](http://www.dgvp.de)

**freigegeben zur Veröffentlichung**

2/2