



Bericht

*Folgebefragung zum Erstgutachten über die Beeinflussung
der vertragsärztlichen Kodierpraxis*

Bericht

*Folgebefragung zum Erstgutachten über die Beeinflussung der vertragsärztlichen
Kodierpraxis*

WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

Leipzig, Mai 2019

Angefertigt im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK)

Autoren

Benjamin Berndt
Christopher Schrey
Lisa Schmiedel
Ines Weinhold

WIG2 GmbH
Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie
und Gesundheitssystemforschung
Markt 8
04109 Leipzig

Kontakt

Benjamin Berndt
Markt 8, 04109 Leipzig
benjamin.berndt@wig2.de
+49 (0) 30 120 885 39-1

1. Hintergrund

Das Manipulationspotential des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist sowohl in theoretischer Hinsicht als auch auf empirischer Grundlage umfassend dokumentiert (Berndt & Naperkowski, 2018). Vor dem Hintergrund der weiten Kodierspielräume für ambulante Diagnosen wurde in den vergangenen Jahren auch eine intensive politische Diskussion um die Reichweite und Möglichkeiten von Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung durch die Krankenkassen geführt, deren maßgebliches Ziel die Optimierung von Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich darstellt (Baas & Möws, 2017; Bauhoff, Fischer, Göppfarth & Wuppermann, 2017; Dietzel, Neumann & Stibbe, 2017). Häufig wurde von einem Wettbewerb in der GKV um die Kodierung von Diagnosen („Kodierwettbewerb“) gesprochen. Infolgedessen hat sich der Gesetzgeber zu Beginn des Jahres 2017 im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) dazu entschlossen, den Bestandsschutz bei Strukturverträgen zu mindern, eine zusätzliche Vergütung von Diagnosen in Gesamt- und Selektivverträgen zu untersagen sowie eine nachträgliche Diagnoseübermittlung und Kodierberatungen durch Krankenkassen zu verbieten (Bundesgesetzblatt Teil 1, 2017). Er stellte dabei zusätzlich klar, dass es nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen gehört, Leistungserbringer im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen zu beraten (vgl. § 305a SGB V).

Vor diesem Hintergrund hat das WIG2 Institut bereits im Herbst des Jahres 2017 im Rahmen eines Forschungsprojektes zum Kodierwettbewerb in der GKV untersucht, auf welche Art und in welchem Umfang die Einflussnahme von Krankenkassen auf das Kodierverhalten niedergelassener Ärzte auftraten (Weinhold, Claus, Kossack & Häckl, 2017). Es wurde im Rahmen einer repräsentativen Befragung von 1.000 vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern gezeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Vertragsärzte bereits Vorschläge von Krankenkassen zur Diagnosekodierung erhielt. Dabei wurde außerdem erfragt, ob solche Beratungen auch nach der Einführung der HHVG-Neuregelungen weiterhin anhielten. Im Ergebnis musste festgestellt werden, dass auch nach Inkrafttreten des HHVG im April 2017 bereits in einem Zeitraum von weniger als sechs Monaten wiederum 18,2 % der befragten Ärzte zur Diagnosekodierung von Krankenkassen mit dem Ziel der Diagnoseberatung kontaktiert wurden.

Das Bundesversicherungsamt hat berichtet, dass es gerade auch auf Grund der rechtlichen Neuregelungen durch das HHVG noch einmal seine Aufsichts- und Prüftätigkeit als Schutz gegen Kodierbeeinflussung intensiviert hat (Bundesversicherungsamt, 2018). Inwiefern allerdings trotz umfassender gesetzlicher Verbote auch weiterhin durch Krankenkassen versucht wird, Ärzte bei der Diagnosestellung zu lenken, gilt es zu untersuchen. Nachdem die Regelungen des HHVG nun bereits seit über zwei Jahren in Kraft sind und eine umfassende Reform des Risikostrukturausgleichs durch die Politik in Angriff genommen wurde, ist diese Frage allerdings von hoher Aktualität. Im Rahmen der vorliegenden Befragung zum Kodierwettbewerb sollen daher die wesentlichen Erkenntnisse des Erstgutachtens aus dem Jahr 2017 noch einmal überprüft werden.

2. Zielstellung

Die vorliegende Befragung setzt methodisch an den Eckpfeilern des Erstgutachtens zum Kodierwettbewerb an. Wie im Erstgutachten besteht das Erkenntnisinteresse zunächst darin, auf empirischer Basis eine Evaluation der Art und des Umfangs der Einflussnahme durch Krankenkassen auf das vertragsärztliche Kodierverhalten durchzuführen. Da insbesondere Hausärzte immer wieder bevorzugtes Ziel solcher Einflussnahmen waren, konzentriert sich die Folgebefragung auf die Gruppe der APIs (Allgemeinmediziner, Praktiker und Internisten). Dabei steht insbesondere die Frage im Vordergrund, inwieweit Hausärzte auch seit dem Jahr 2018 noch Ziel von Beratungen durch Krankenkassen waren.

Auf Basis einer repräsentativen Befragung von vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sind, sollen daher folgende Fragen beantwortet werden:

- Welcher Anteil der befragten Ärzte erhielt vor 2018 bzw. seit 2018 Vorschläge zur Diagnosekodierung durch die Krankenkassen?
- Welche Instrumente werden dafür eingesetzt?
- Zu welchen Erkrankungen wird beraten?
- Wie bewerten Ärzte die Kodierberatungen durch die Krankenkassen?

Zur Analyse der Reichweite von Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung seit dem Jahr 2018 wird eine Befragung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten durchgeführt. Im Zeitraum von 28.03.2019 bis 18.04.2019 wurden niedergelassene Allgemeinmediziner und Internisten ohne fachlichen Schwerpunkt, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, befragt. Das Dienstleistungsunternehmen DocCheck Medical Services GmbH, welches in seinem Ärztepanel etwa 20 % der an der Versorgung im niedergelassenen Bereich tätigen Ärzte vereint, führte die anonyme Online-Befragung auf Basis einer Zufallswahl aus dem DocCheck Panel durch.

3. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasst insgesamt 618 niedergelassene Ärzte, von denen 492 im Fachbereich Allgemeinmedizin und 126 im Fachbereich Innere Medizin ohne Schwerpunkt tätig sind. Diese wurden im Rahmen einer regional quotierten Zufallsauswahl aus dem DocCheck Healthcare-Onlinepanel ausgewählt, wobei die Quotierung entsprechend der aktuellen regionalen Verteilung niedergelassener Allgemeinmediziner, praktischer Ärzte und Internisten ohne Schwerpunkt erfolgte (vgl. Tabelle 1). Die regionale Quotierung erfolgte dabei mit einer geplanten Stichprobengröße von 601 Teilnehmern auf KV-Ebene und toleriert eine geringe Abweichung, um die geplante Stichprobengröße zu erreichen. Für Nordrhein-Westfalen lagen nur bundeslandbezogene Arztverteilungen vor, im Rahmen der Befragung wurde allerdings darauf geachtet, eine realistische Verteilung zwischen den KV-Regionen Nordrhein (73 Teilnehmer) und Westfalen-Lippe (51 Teilnehmer) zu erreichen. Die deutlich überproportionale Teilnahme von Ärzten aus den KV-Regionen Berlin und Hamburg führte zu einer Vergrößerung der geplanten Stichprobengröße auf dann 618 Teilnehmer.

Tabelle 1: Regionale Verteilung der Stichprobenteilnehmer

	Niedergelassene APIs laut BÄK 2017*	Verteilung der APIs bei n=601	Verteilung der an der Befragung Teilnehmenden
Baden-Württemberg	7.364	82	82
Bayern	9.500	106	106
Berlin	2.218	25	35
Brandenburg	1.640	18	18
Bremen	435	5	5
Hamburg	1.207	13	20
Hessen	3.783	42	44
Mecklenburg-Vorpommern	1.114	12	12
Niedersachsen	5.092	57	57
Nordrhein-Westfalen	10.921	122	124
Rheinland-Pfalz	2.683	30	30
Saarland	676	8	8
Sachsen	2.519	28	28
Sachsen-Anhalt	1.422	16	14
Schleswig-Holstein	1.974	22	20
Thüringen	1.365	15	15
Gesamt	53.913	601	618

* Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2019

Die meisten der Befragten arbeiten im KV-Gebiet in Bayern, dort wurden 106 niedergelassene Ärzte befragt (vgl. Abbildung 1). Darauf folgen Baden-Württemberg mit 82 und Nordrhein mit 73 befragten Ärzten. Die beiden KV-Gebiete Bremen und Saarland sind mit 5 bzw. 8 Befragten in der Stichprobe am geringsten vertreten.

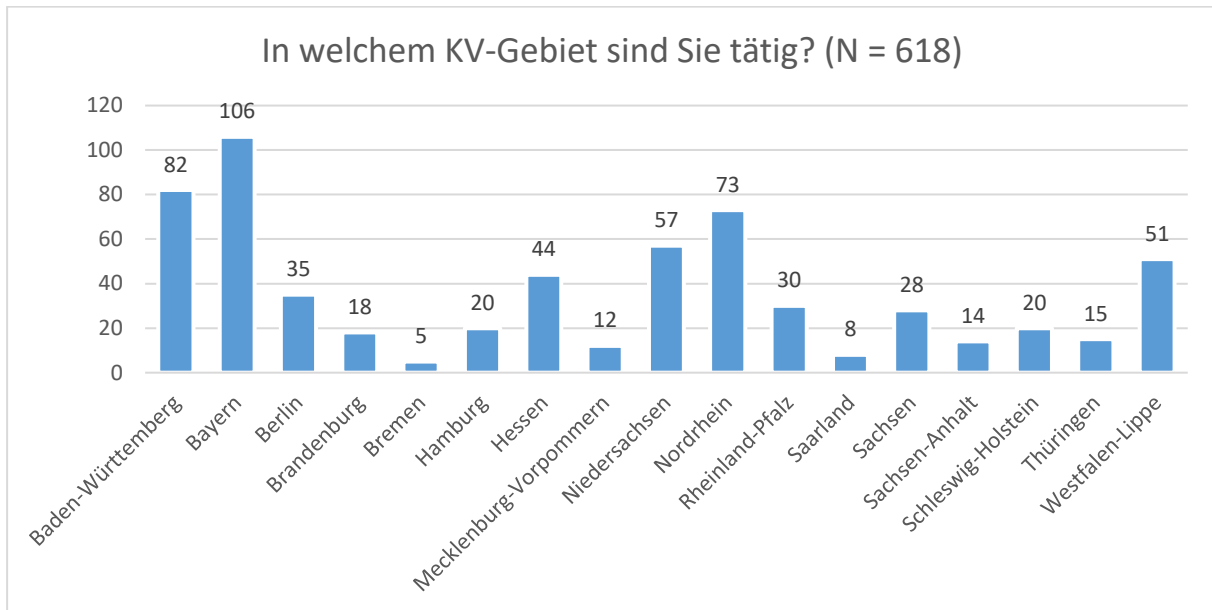


Abbildung 1: Regionale Verteilung der Befragten

336 der Befragten arbeiten in einer städtischen Region und 282 in einer ländlich gelegenen Praxis (vgl. Abbildung 2). Von den 336 APIs, deren Praxis in einer städtischen Region liegt, arbeiten 158 in einer Einzelpraxis, 117 in einer Berufsausübungsgemeinschaft („Gemeinschaftspraxis“), 54 in einer Praxisgemeinschaft und 7 in einem medizinischen Versorgungszentrum. Von den 282 in ländlichen Regionen arbeitenden Ärzten sind 127 in einer Einzelpraxis, 107 in einer Berufsausübungsgemeinschaft („Gemeinschaftspraxis“), 43 in einer Praxisgemeinschaft und 5 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig.

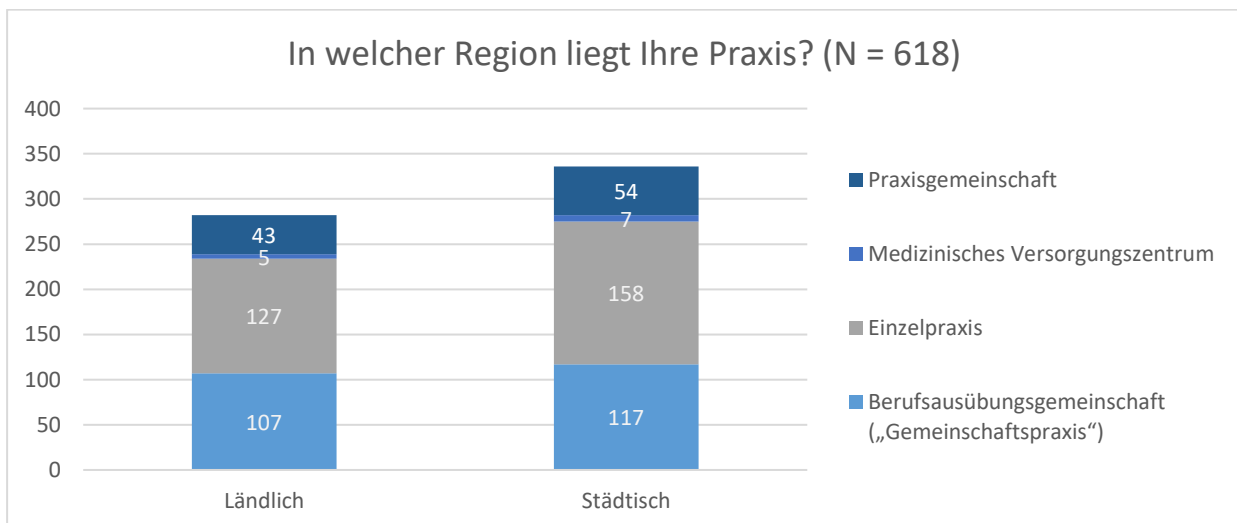


Abbildung 2: Organisation der Praxen nach städtischen und ländlichen Regionen

4. Ergebnisse der Befragung

Verbreitung der Kodierberatung

Insgesamt gaben von den 618 befragten APIs 64,9 % an, vor 2018 von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung Vorschläge zur Diagnosekodierung in ihrer Praxis erhalten zu haben. Nach 2018 wurden 120 (19,4 %) der Befragten Kodierberatung angeboten. 24,8 % der befragten Hausärzte gaben an, noch nie Diagnosekodierungen vorgeschlagen bekommen zu haben.

Die Befragung des Erstgutachtens aus dem Jahr 2017 zeigte, dass seit Einführung des Morbi-RSA bis Oktober 2017 82 % der befragten Ärzte Vorschläge von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen erhielten (Weinhold et al., 2017). In der Folgebefragung 2019 beläuft sich der Anteil der Befragten, die schon einmal Kodierungsvorschläge erhalten haben, noch auf 75,2 %. Zwischen April und Oktober 2017 erhielten 7,9 % der Befragten erstmalig Vorschläge. 10,3 % gaben an, zwischen Januar 2018 und April 2019 erstmalig Diagnosekodierungen vorgeschlagen bekommen zu haben.

Bei 19,4 % positiven Antworten aus einer Stichprobe von 618 Befragten (entspricht 120 aus 618 Befragten) ergibt sich somit ein Clopper-Pearson 95 % Konfidenzintervall von 16,4 % bzw. 22,7 %. Bei einer Grundgesamtheit von 53.913 Ärzten kann daher vermutet werden, dass zwischen 8.841 (entspricht 16,4 % von 53.913) und 12.238 (entspricht 22,7 % von 53.913) Ärzte in Deutschland seit 2018 eine rechtlich unzulässige Kodierberatung erhielten.

Instrumente zur Einflussnahme

Bezogen auf die 120 befragten Ärzte, die seit 2018 Vorschläge zur Diagnosekodierung bekamen, gaben 40 % an, dass ihre Praxis mindestens eine persönliche Kodierberatung erhielt (vgl. Abbildung 3). Darüber hinaus wurden 31,7 % telefonisch zur Kodierung beraten und 36,7 % erhielten Vorschläge durch informationstechnische Systeme oder Praxissoftware. Bei 19,2 % wurden nachträgliche Diagnoseübermittlungen nach erfolgten Wirtschaftlichkeitsprüfung angefragt. Sonstige Beratungen erhielten 12,5 %. Diese Antwortoption konnten die Teilnehmer außerdem in einem Freitextfeld näher beschreiben. Hier wurde von mehreren Teilnehmern eine schriftliche Kontaktaufnahme als Instrument angegeben, etwa in Form von Listen mit Patientennamen, für die teilweise Kodiervorschläge gemacht wurden.

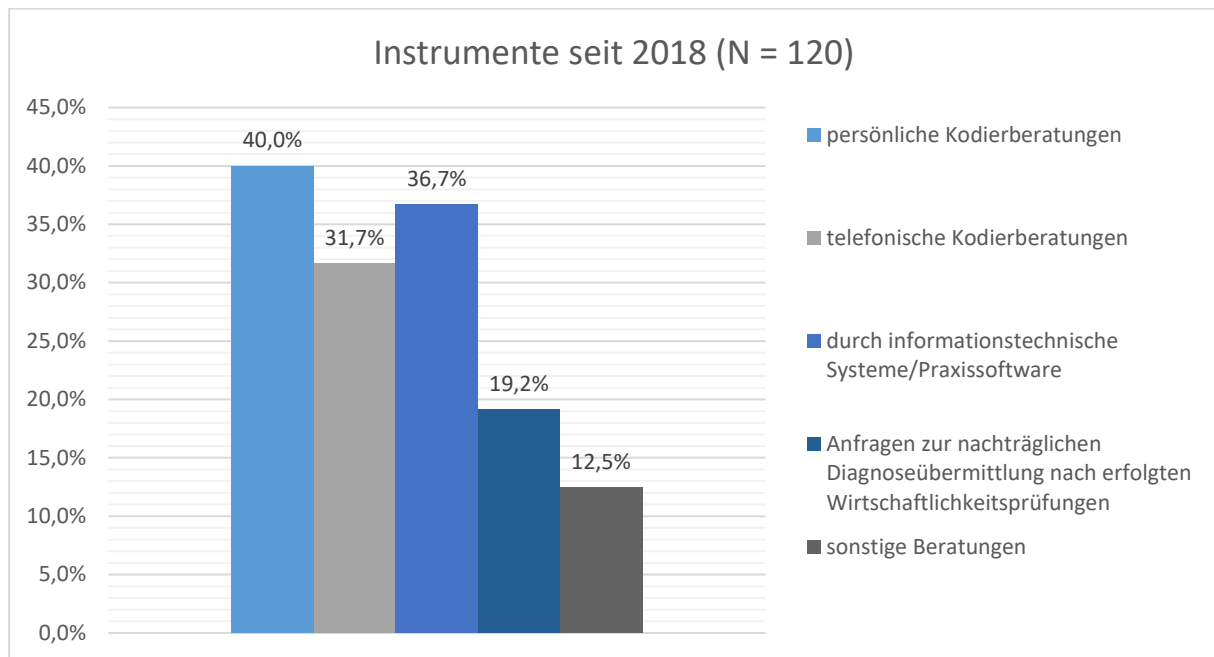


Abbildung 3: Instrumente seit 2018

Auffällig ist, dass der Anteil, der durch informationstechnische Systeme und Praxissoftware Vorschläge zur Diagnosekodierung erhielt, vor April 2017 bei 17,0 %, nach April 2017 bei 28,0 % und nach 2018 bei 36,7 % lag. Offenbar nimmt die relative Bedeutung der Kodierberatung mittels informationstechnischer Systeme und Praxissoftware zu.

Umfang und Fokus der Einflussnahme

In Bezug auf die Gruppe der 120 Befragten, die seit 2018 Kodierberatung erhielten, gaben 65,0 % an, zu Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) Hinweise zur Kodierqualität erhalten zu haben (vgl. Abbildung 4). Zudem wurde besonders häufig bezüglich Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E99; 49,2 %), Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99; 42,5 %) sowie

Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99; 37,5 %) beraten. 33,33 % gaben an, zu chronischen Schmerzen (R52.1-R52.2) Diagnosekodierungen vorgeschlagen bekommen zu haben.

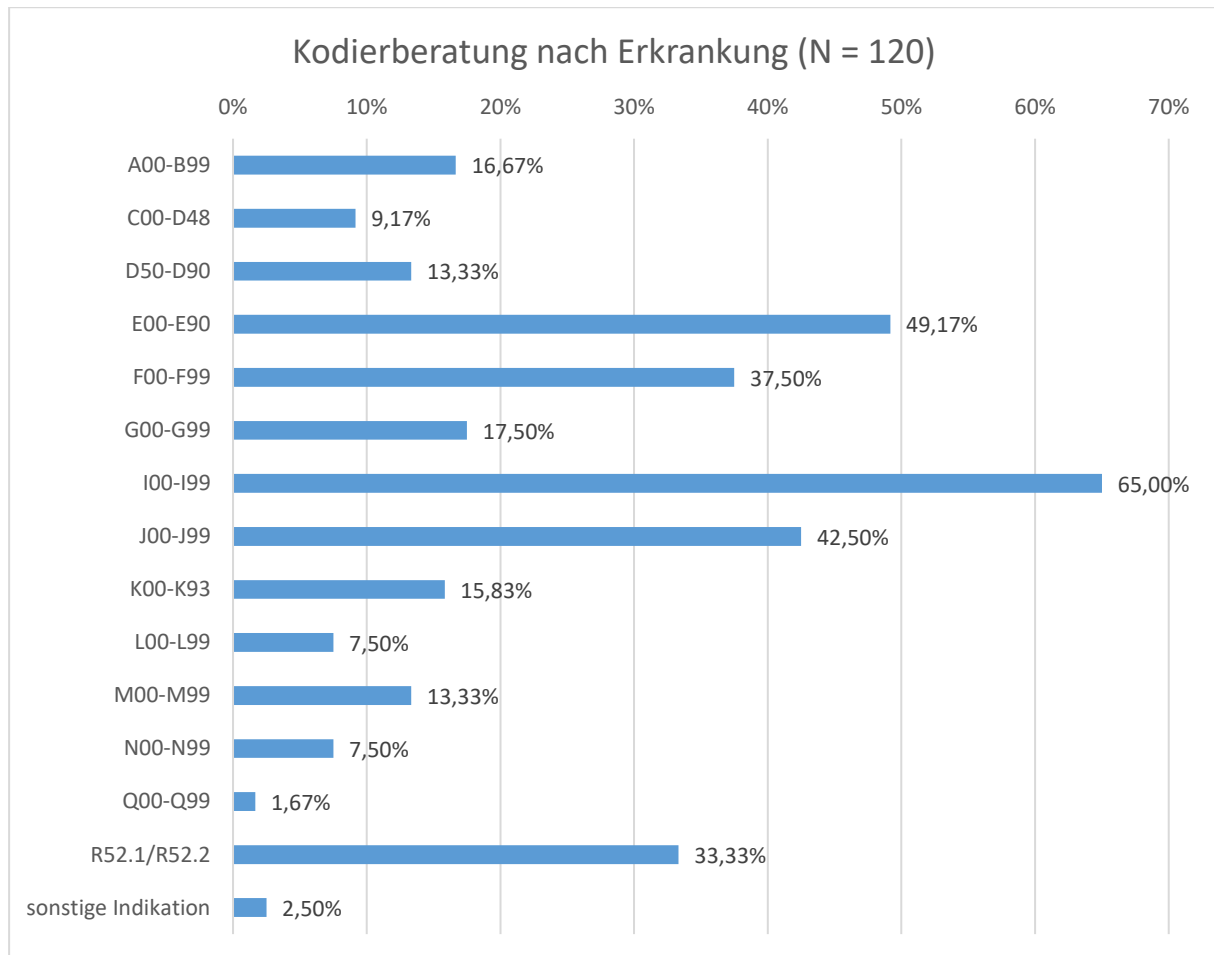


Abbildung 4: Kodierberatung seit 2018 nach Erkrankungen¹

In der ersten Befragung (2017) wurden die Ärzte befragt, die Vorschläge erhielten, ob sich die Kodierberatung auf einzelne Erkrankungen oder auf das gesamte Gesundheitsspektrum bezieht. Die 67 % der Befragten, die angaben, dass sich die Beratungen auf einzelne Erkrankungen beziehen, erhielten besonders häufig Vorschläge bezüglich Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99; 63,0 %), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E99; 58,5 %) und Krankheiten des

¹ A00-B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten; C00-D48: Neubildungen; D50-D90: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems; E00-E90: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; F00-F99: Psychische und Verhaltensstörungen; G00-G99: Krankheiten des Nervensystems; I00-I99: Krankheiten des Kreislaufsystems; J00-J99: Krankheiten des Atmungssystems; K00-K93: Krankheiten des Verdauungssystems; L00-L99: Krankheiten der Haut und der Unterhaut; M00-M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; N00-N99: Krankheiten des Urogenitalsystems; Q00-Q99: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien; R52.1/R52.2: Chronischer Schmerz

Atmungssystems (J00-J99 41,7 %). Die Folgebefragung liefert eine ähnliche Häufigkeitsverteilung der Krankheiten.

Bewertung der Beratungen

Von den 120 befragten Ärzten, die angaben, seit 2018 Vorschläge zur Diagnosekodierung von Seiten der Krankenkassen erhalten zu haben, bewerteten 45 % die Beratung als sehr oder eher hilfreich (vgl. Abbildung 5). Hingegen schätzten 24 % der Befragten die Vorschläge als nicht hilfreich ein und 31 % beurteilten sie sogar als störend.

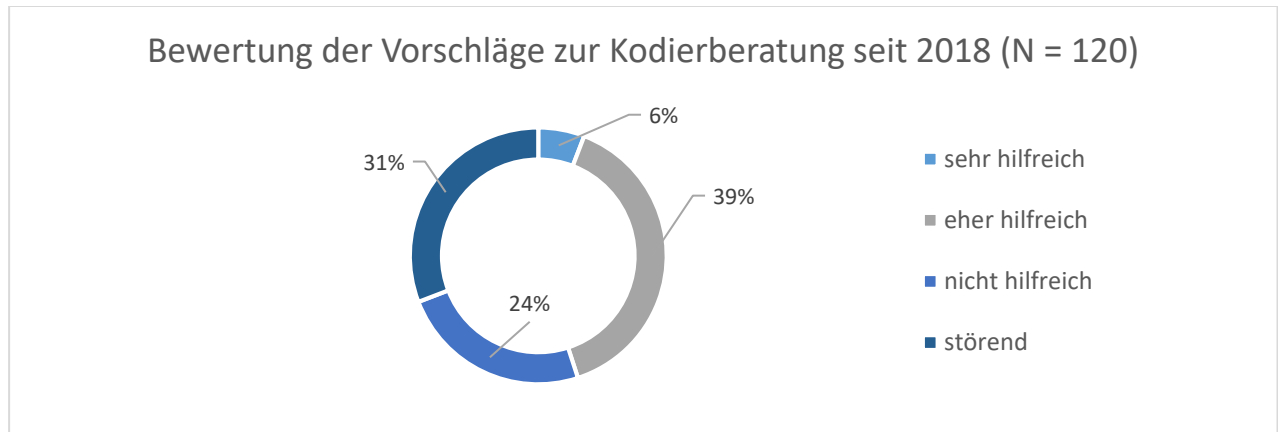


Abbildung 5: Bewertung der Vorschläge zur Kodierberatung seit 2018

Die Befragung 2017 zeigte, dass 49 % der Befragten, die Vorschläge zur Kodierberatung erhalten haben, die Beratung als nicht hilfreich oder störend bewerten. Dieser Anteil stieg auf 55 % in der Folgebefragung. Der Teil der befragten Ärzte, der die Vorschläge als eher hilfreich empfindet, sank von 44 % auf 39 %.

Regionale Auswertungen

Bei der differenzierten Betrachtung der Beratungen, die seit 2018 erfolgten, sind deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen KV-Regionen erkennbar (vgl. Abbildung 6). Während durchschnittlich 19,4 % der befragten Ärzte Vorschläge erhielten, wurden in Bremen 40,0 % der Befragten beraten, in Niedersachsen waren es dagegen 8,8 %. Ebenso weisen KV-Gebiete wie Rheinland-Pfalz (30,0 %), Nordrhein (26,0 %) und Mecklenburg-Vorpommern (25,0 %) einen überdurchschnittlich hohen Anteil von Vorschlägen zur Diagnosekodierung auf. Neben Niedersachsen (8,8 %) erhielten Berlin (11,4 %), Westfalen-Lippe (15,7 %) und Bayern (17,0 %) unterdurchschnittlich häufig Kodierberatungen seit 2018. Die überproportionale Berücksichtigung von Ärzten aus den KV-Regionen Berlin und Hamburg führt also tendenziell dazu, dass die bundesdurchschnittliche Reichweite von Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung eher unterschätzt wird, da insbesondere Berlin einen deutlich unterdurchschnittlichen Anteil an Ärzten aufweist, die angaben, im Jahr 2018 zu Diagnosekodierungen beraten worden zu sein.

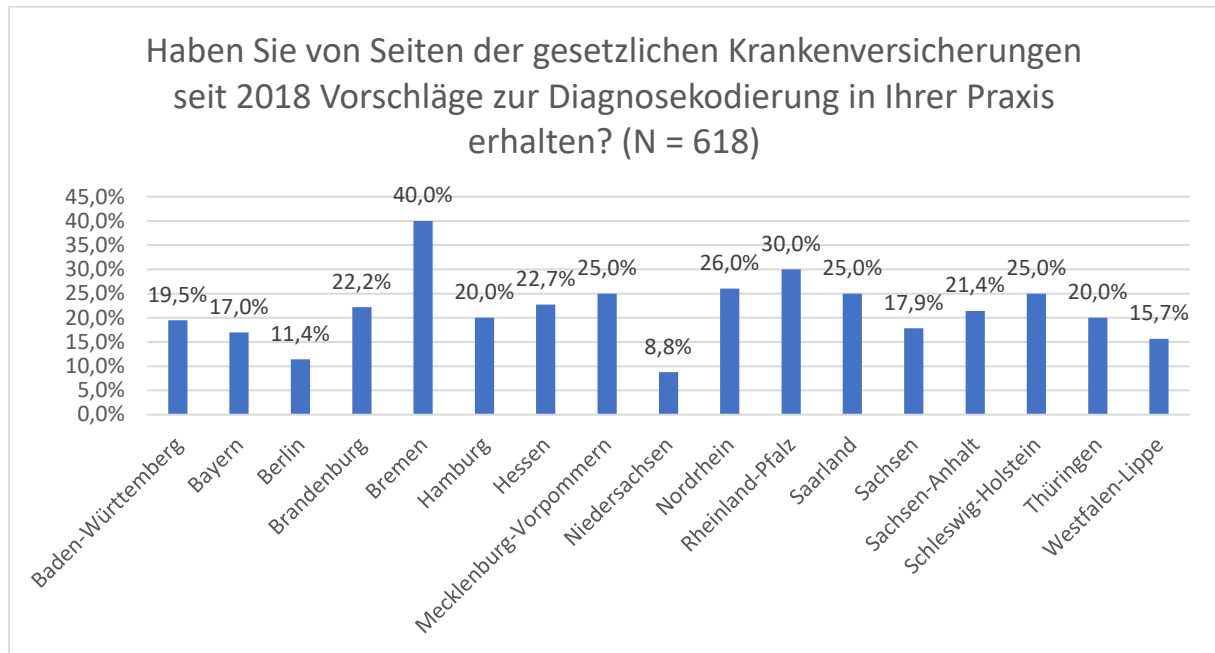


Abbildung 6: Anteile der befragten Ärzte mit Kodierberatung seit 2018 bezogen auf die Gesamtantworten nach KV-Regionen

In der Erstbefragung, in der die Vorschläge zur Diagnosekodierung ab April 2017 differenziert betrachtet wurden, gab es ebenso wie in der Folgebefragung in Bremen (40 %) die meisten Beratungen. Hier ist allerdings die geringe Anzahl befragter APIs (n=5) zu beachten. Darauf folgen Schleswig-Holstein (35,5 %), Hamburg (26,1 %) und Saarland (23,1 %). Damit hat sich im Vergleich zur Befragung 2019 der Anteil in Schleswig-Holstein und Hamburg verringert.

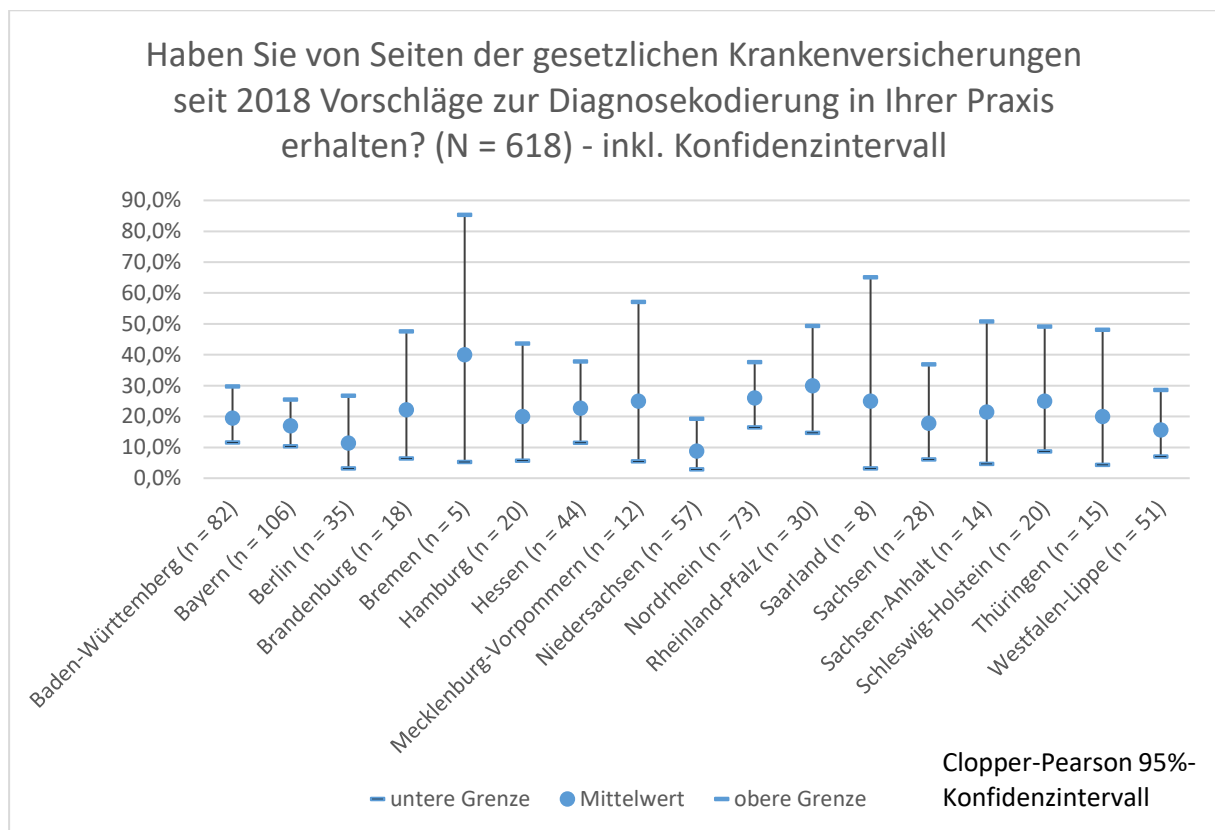


Abbildung 7: Anteile der befragten Ärzte mit Kodierberatung seit 2018 bezogen auf die Gesamtantworten nach KV-Regionen, inkl. Konfidenzintervall

Abbildung 7 zeigt zusätzlich die Konfidenzintervalle für das regionale Antwortverhalten zur Kodierberatung seit 2018. Es wird deutlich, dass die durchgeführte Befragung insbesondere für die großen KV-Regionen eine hinreichend verlässliche Einschätzung des Anteils an beratenen APIs erlaubt. Auch unter Beachtung der methodischen Restriktionen der Befragung kann davon ausgegangen werden, dass es in beinahe allen KV-Regionen noch eine erhebliche Reichweite von Angeboten zur Kodierberatung für Hausärzte gibt.

5. Diskussion

Die vorliegende repräsentative Befragung hat die wesentlichen Erkenntnisse zu Reichweite, Umfang und Art der Einflussnahme durch Krankenkassen auf das vertragsärztliche Kodierverhalten aus dem Erstgutachten 2017 aktualisiert und bestätigt. Die neuen Ergebnisse zeigen deutlich, dass der überwiegende Teil der niedergelassenen Hausärzte bereits durch eine oder mehrere gesetzliche Krankenkassen zu seinen Diagnosekodierungen beraten wurde. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Erfahrungen, die im Rahmen des Erstgutachtens aus dem Jahr 2017 gewonnen werden konnten (Weinhold et al., 2017).

Die nun durchgeführte Untersuchung macht aber zusätzlich deutlich, dass die Beratungsangebote durch Krankenkassen auch weiterhin eine große Reichweite entfalten. Trotz der klaren gesetzlichen Verbote, die im Rahmen des HHVG eingeführt wurden, geben 19,4 % der befragten Allgemeinmediziner und Internisten an, seit Beginn des Jahres 2018 beraten worden zu sein. Mehr als die Hälfte dieser hausärztlich tätigen Mediziner wurde sogar erstmalig in ihrer Berufspraxis mit den Angeboten der Krankenkassen zur Kodierberatung konfrontiert.

Auch zeigen die aktuellen Ergebnisse, dass sich die von den Krankenkassen eingesetzten Instrumente im Vergleich zum Zeitraum kurz nach Inkrafttreten der Regelungen des HHVG schrittweise verändert haben. Nach wie vor nimmt die persönliche Kodierberatung in der Praxis einen großen Raum ein, daneben treten aber zunehmend die telefonische Kontaktaufnahme zur Kodierberatung und der Einsatz der Praxissoftware als Informationsmedium dazu.

Der Annahme einer zunehmenden Unwirtschaftlichkeit der Einflussnahme, gerade unter den Bedingungen der Ausweitung der berücksichtigungsfähigen Erkrankungen auf ein Vollmodell, wie mit Verweis auf steigende Investitionskosten für Krankenkassen argumentiert wird (Drösler et al., 2017), lässt sich also auf empirischer Basis ein Trend entgegenhalten, der eine Entwicklung hin zu kostengünstigeren Instrumenten zur Einflussnahme beschreibt. Diese beziehen sich aber, wie die aktuellen Ergebnisse zeigen, weiterhin auf ein sehr breites Spektrum an Erkrankungen. All diese Ergebnisse unterstützen die Erwartung, dass auch unter Bedingungen eines Vollmodells die Einflussnahme auf Diagnosekodierungen eine lohnende Strategie sein kann (Berndt, Wende, Häckl & Kossack, 2018).

In regionaler Hinsicht ist weiterhin zu konstatieren, dass es sich bei Angeboten zur Kodierberatung nicht um ein lokales Phänomen handelt, sondern vielmehr in allen KV-Regionen regelhaft Ärzte von Krankenkassen zur Diagnosestellung beraten werden. Auch dies bestätigt die Erkenntnisse aus dem Erstgutachten. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auch mehr als zwei Jahre nach einer deutlichen Verschärfung des Rechtsrahmens und einer Intensivierung der Aufsichtstätigkeit anhand der dargestellten Ergebnisse deutlich wird, dass die bekannten Instrumente zur Kodierberatung durch Krankenkassen immer noch weit verbreitet sind und regelhaft zum Einsatz kommen. Dies untermauert die Befürchtungen vieler Akteure, die dem aktuellen Zuweisungsmechanismus trotz früherer gesetzlicher Maßnahmen zur Verhinderung von Kodieranreizen und Stärkung der Aufsichtsbehörden weiterhin ein erhebliches Manipulationsrisiko unterstellen. Dies gilt es zukünftig zu reduzieren (vdek, BKK-Dachverband & IKK e.V., 2018).

Aktuell hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dem Referentenentwurf für ein Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung weitere Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs vorgeschlagen. Dabei wird unter anderem eine weitere Klarstellung des Rechtsrahmens vorgeschlagen, der Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung in Form der Vergütung für die Diagnose spezifischer Krankheitsbilder explizit untersagt. Auch wird die Aufsicht in ihrer Funktion als Prüfer der Datengrundlage gestärkt, etwa indem die Beweislast zum Nachweis einer Nichtbeeinflussung von Diagnosen zukünftig bei den Krankenkassen liegt. Zusätzlich wird mit der „Manipulationsbremse“ ein Instrument in das Ausgleichssystem aufgenommen, das eine übermäßige, GKV-weite Diagnoseentwicklung per se unattraktiv machen soll.

Die im Rahmen der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse machen deutlich, dass sowohl die weitere Einschränkung der rechtlichen Rahmenbedingungen, unter deren Vorwand Krankenkassen Angebote zur Kodierberatung machen können, als auch die Stärkung der Prüfungsinstitutionen vor dem Hintergrund der weiterhin andauernden Beratungsangebote sinnvoll sein können. Unter den jetzigen Bedingungen der unterschiedlichen regionalen und bundesweiten Aufsichtspraxen ist es den Prüfbehörden, auch unter den verschärften rechtlichen Rahmenbedingungen der Regelungen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes nicht möglich, die Einflussnahme von Krankenkassen auf Ärzte vollständig zu unterbinden. Daher ist es sachgerecht, das vom BMG mit dem Referentenentwurf intendierte Ziel, diese Parallelstrukturen zugunsten einer einheitlichen Instanz zu beenden, zeitnah umzusetzen.

Auch die Verschärfung des Prüfrisikos für die Krankenkassen durch Beweislastumkehr bei den Darlegungspflichten erscheint nachvollziehbar. Unter den aktuellen Bedingungen des Prüfverfahrens gibt es für Krankenkassen offenbar immer noch einen hinreichenden Anreiz, für die Umsetzung von Beratungsangeboten auch das Risiko eines aufsichtsrechtlichen Prüfverfahrens in Kauf zu nehmen. Gerade unter den Bedingungen einer Ausweitung des Ausgleichssystems auf alle Erkrankungen ist es von erheblicher Bedeutung, dass Krankenkassen bei der betriebswirtschaftlichen Kalkulation zur Kosten-Nutzen-Abwägung der Einflussnahme mit der realistischen Möglichkeit von Zuweisungsverlusten und Strafzahlungen rechnen müssen. Die Beweislastumkehr in der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V kann dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie trägt dazu bei, dass nicht nur die Maßnahmen zur Beeinflussung selbst risikobehaftet sind, sondern auch das gewünschte Ergebnis – eine überproportionale Steigerung der kassenindividuellen Morbidität – deutlich einfacher zum Nachteil der Krankenkassen gereichen könnte.

Die Einführung einer „Manipulationsbremse“ in Form des Ausschlusses von Morbiditätsgruppen mit überproportional anwachsender Prävalenz kann ebenfalls helfen, den Anreiz zur Kodierbeeinflussung für die Krankenkassen zu senken. Da dieser Ausschluss erst nach Vorliegen einer erneuerten Datengrundlage erfolgt, werden die Anreize zur Erhöhung der Diagnosemenge für all jene Morbiditätsgruppen verringert, die Gefahr laufen, auf Grund von übermäßiger Mengenausweitung nachträglich nicht mehr ausgeglichen zu werden. Voraussetzung dafür ist – auch mit Blick auf Risikoselektionsanreize – die Nicht-Antizipierbarkeit eines solchen Ausschlusses, so dass für die Krankenkassen eine hinreichende Unsicherheit über die Wirtschaftlichkeit einer Mengenausweitung für potenziell von einem Ausschluss bedrohte Erkrankungen besteht. Eine ähnliche Funktion erfüllt im aktuellen Verfahren auch die bisher praktizierte Krankheitsauswahl, in deren Folge Erkrankungen mit erheblicher Mengensteigerungen aber gleichzeitig sinkenden Durchschnittskosten ihre Berücksichtigungsfähigkeit im Risikostrukturausgleich auch wieder verlieren können.

6. Literatur

- Baas, J. & Möws, V. (2017). Was gehört auf die gesundheitspolitische Agenda „Jede ergänzung des Rsa (sollte) sicher vor Manipulationen sein“: Zum Kodierwettbewerb der Krankenkassen. *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 23 (1), 3–9.
- Bauhoff, S., Fischer, L., Göppfarth, D. & Wuppermann, A. C. (2017). Plan responses to diagnosis-based payment: Evidence from Germany's morbidity-based risk adjustment. *Journal of Health Economics*, 56 (May), 397–413. doi:10.1016/j.jhealeco.2017.03.001
- Berndt, B. & Naperkowski, I. (2018). Stand der Diskussion zu Manipulationsanreizen und Diagnosemanipulationen im Hinblick auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.
- Berndt, B., Wende, D., Häckl, D. & Kossack, N. (2018). Warten, Wirken und Werden im GKV-Wettbewerb: Das Sondergutachten zum Morbi-RSA lässt viele Fragen offen. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 72 (4–5), 76–84. doi:10.5771/1611-5821-2018-4-5-76
- Bundesgesetzblatt Teil 1. (2017). Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG), 2017 (19), 778–790.
- Bundesversicherungsamt. (2018). *Tätigkeitsbericht 2017*.
- Dietzel, J., Neumann, K. & Stibbe, H. (2017). Versorgungsverträge und die Vergütung von Diagnosen im ambulanten Sektor - Zusammenhänge mit dem Morbi-RSA, 43.
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M. et al. (2017). Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, (November 2017), 645.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2019). Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung. Abgerufen unter <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=656:36300528D>.
- vdek, BKK-Dachverband & IKK e.V. (2018). *Zukunft der GKV-Finanzarchitektur - Stellt das GKV-VEG die Weichen richtig ?*.
- Weinhold, I., Claus, F., Kossack, N. & Häckl, D. (2017). *Gutachten zum Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“*. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/964412/Datei/82633/TK-Gutachten-zur-Einflussnahme-von-Krankenkassen.pdf>

7. Anhang

Fragekatalog zur Folgebefragung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten

Vielen Dank, dass Sie sich etwa 5 Minuten Zeit nehmen, um diesen Fragebogen auszufüllen. Seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) basiert der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen auch auf der Morbidität ihrer Versicherten. Zur Ermittlung der Zuweisungen einer Krankenkasse werden u.a. Diagnosen des vertragsärztlichen Bereichs herangezogen. Im Rahmen einer Befragung im Herbst des Jahres 2017 zum Verhalten von Krankenkassen in Bezug auf das vertragsärztliche Kodierverhalten wurde festgestellt, dass ein beträchtlicher Anteil von Ärzten Vorschläge zur Diagnosekodierung von Seiten der Krankenkassen erhalten hat. In dieser Folgebefragung soll mit einem Abstand von nunmehr 18 Monaten analysiert werden, wie sich die aktuelle Entwicklung darstellt. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und für Forschungszwecke genutzt. Der Fragebogen wird anonym ausgewertet. Rückschlüsse auf Ihre Person können nicht gezogen werden.

Wir danken Ihnen vorab herzlich für Ihre Mithilfe!

1. Haben Sie von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung schon einmal Vorschläge zur Diagnosekodierung in Ihrer Praxis erhalten? *(Mehrfachnennungen möglich)*

Ja, vor dem Jahr 2018 Ja, seit dem Jahr 2018 noch nie

2. Wie erhalten/erhielten Sie Vorschläge zur Diagnosekodierung in Ihrer Praxis? *(Mehrfachnennungen möglich)*

ab Januar 2018
<input type="checkbox"/> persönliche Kodierberatungen
<input type="checkbox"/> telefonische Kodierberatungen
<input type="checkbox"/> durch informationstechnische Systeme/Praxissoftware
<input type="checkbox"/> Anfragen zur nachträglichen Diagnoseübermittlung nach erfolgten Wirtschaftlichkeitsprüfungen
<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____

3. Zu welchen Erkrankungen erhalten / erhielten Sie Hinweise zur Kodierqualität? *(Mehrfachnennungen möglich)*

A00-B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

- C00-D48: Neubildungen
- D50-D90: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- E00-E90: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- F00-F99: Psychische und Verhaltensstörungen
- G00-G99: Krankheiten des Nervensystems
- I00-I99: Krankheiten des Kreislaufsystems
- J00-J99: Krankheiten des Atmungssystems
- K00-K93: Krankheiten des Verdauungssystems
- L00-L99: Krankheiten der Haut und der Unterhaut
- M00-M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- N00-N99: Krankheiten des Urogenitalsystems
- Q00-Q99: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- R52.1/R52.2: Chronischer Schmerz
- sonstiges und zwar: _____

4. Wie bewerten Sie die Vorschläge zur Diagnosekodierung?

- Sehr hilfreich eher hilfreich nicht hilfreich störend

Weitere Fragen

5. Geschlecht:

- männlich weiblich

6. Alter:

- < 20 Jahre 20 bis < 30 Jahre 30 bis < 40 Jahre 40 bis < 50 Jahre
 50 bis < 60 Jahre > 60 Jahre

7. Bundesland der Praxis:

- Baden-Württemberg Bayern Berlin Brandenburg Bremen
 Hamburg Hessen Mecklenburg-Vorpommern Niedersachsen
Nordrhein-Westfalen Rheinland-Pfalz Saarland Sachsen Sachsen-
Anhalt Schleswig-Holstein Thüringen

8. Region der Praxis:

- städtisch ländlich

9. Organisationsform der Praxis:

- Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft
(„Gemeinschaftspraxis“) Medizinisches Versorgungszentrum

10. Gesamtumsatz der Praxis (inkl. PKV- und IGeL):

- < 200.000 Euro 200.000 Euro bis < 400.000 Euro 400.000 Euro bis < 600.000
Euro 600.000 bis < 800.000 Euro > 800.000

11. Mitarbeiteranzahl (inkl. Azubis):

Ärzte: _____

nichtärztliches Personal: _____

12. Fachgebiet:

- Allgemeinmedizin Innere Medizin / Hausarzt Innere Medizin / Facharzt
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik

WIG2 GmbH

Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung

Markt 8, 04109 Leipzig

Telefon +49 341 39 29 40-0

Telefax +49 341 39 29 40-99

E-Mail info@wig2.de

Web www.wig2.de

Geschäftsführer: Dr. Dennis Häckl, Dr. Thomas Höpfner | Amtsgericht Leipzig HRB 30069