



# GUTACHTEN

*zum Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“*

*Einflussnahme auf die ärztliche Kodierpraxis und Auswirkungen der  
Gesetzesänderungen zur Vermeidung von Kodierbeeinflussungen gem.*

*HHVG*

# *Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“*

*Einflussnahme auf die ärztliche Kodierpraxis und Auswirkungen der  
Gesetzesänderungen zur Vermeidung von Kodierbeeinflussungen gem. HHVG*

WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

Leipzig, Oktober 2017

Gutachten

für die Techniker Krankenkasse, Luisenstraße 46, 10117 Berlin

## Autoren

Dipl.-Volksw. Ines Weinhold

Franziska Claus, M. Sc.

Dipl.-Math. Nils Kossack

Dr. Dennis Häckl

WIG2 GmbH

Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie  
und Gesundheitssystemforschung

Barfußgäßchen 11

04109 Leipzig

## *Inhaltsverzeichnis*

<b>I. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>II. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>1. Hintergrund .....</b>	<b>1</b>
1.1 Anreize von Krankenkassen im Morbi-RSA.....	1
1.2 Instrumente zur Beeinflussung ärztlicher Kodierungen .....	3
1.3 Gesetzliche Bestrebungen zur Beschränkung der Einflussnahme.....	5
<b>2. Zielstellung .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Befragung der Leistungserbringer .....</b>	<b>6</b>
3.1 Stichprobe.....	6
3.2 Ergebnisse .....	8
3.2.1 Verbreitung der Kodierberatung .....	8
3.2.2 Instrumente zur Einflussnahme .....	8
3.2.3 Umfang und Fokus der Einflussnahme .....	9
3.2.4 Bewertung der Beratungen .....	11
3.2.5 Regionale Auswertungen .....	13
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>16</b>
<b>5. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>18</b>
<b>6. Anhang: Fragenkatalog .....</b>	<b>20</b>

## I. *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 1: Instrumente vor April 2017.....	8
Abbildung 2: Instrumente nach April 2017 .....	9
Abbildung 3: Struktur der Kodierberatung.....	9
Abbildung 4: Kodierberatungen nach Erkrankungen.....	10
Abbildung 5: Fokus der Kodierberatungen .....	10
Abbildung 6: Richtung der Ansprache bei persönlichen oder telefonischen Kodierberatungen .....	11
Abbildung 7: Bewertung der Vorschläge zur Kodierberatung .....	11
Abbildung 8: Bewertung der Vorschläge nach der Art der Kodierberatung .....	12
Abbildung 9: Anteile der befragten Ärzte mit Kodierberatung ab April 2017 bezogen auf Gesamtantworten nach KV-Regionen.....	13
Abbildung 10: Struktur der Kodierberatungen nach Regionen.....	14
Abbildung 11: Kodierberatungen nach Erkrankungen und Regionen.....	14
Abbildung 13: Fokus der Kodierberatungen nach Regionen.....	15

## II. *Tabellenverzeichnis*

Tabelle 1: Übersicht Betreuungsstrukturverträge und hausarztzentrierte Versorgung.....	4
Tabelle 2: Stichprobe der Befragung.....	7

## 1. Hintergrund

### 1.1 Anreize von Krankenkassen im Morbi-RSA

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), der seit dem Jahr 2009 die Zuweisungen der gesetzlichen Krankenversicherungen aus dem Gesundheitsfonds regelt, hat primär das Ziel, den Rahmen für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen bei gleichzeitiger Beibehaltung des Solidarprinzips zu schaffen. In diesem Sinne ist es notwendig, Kostenrisiken zwischen den Krankenkassen so auszugleichen, dass der Wettbewerb anstatt über Risikoselektion über Bemühungen um eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung geführt wird.

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung von standardisierten Leistungsausgaben, die auf der Einteilung der Versicherten in Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG), Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) basieren. Die Zuordnung der Versicherten auf die HMG erfolgt auf der Basis von stationären und ambulanten Diagnosen, die in Verbindung mit 80 ausgleichsfähigen Erkrankungen stehen (BVA, 2008).

Während jede relevante stationäre Hauptdiagnose zu einer Zuordnung des Versicherten zu einer HMG führt und damit eine höhere Zuweisung auslöst, müssen ambulante Diagnosen validiert werden. Diese Validierung kann, je nach Art der Diagnose, über eine weitere Diagnose derselben Krankheit in einem anderen Abrechnungsquartal desselben Jahres bestätigt („M2Q-Kriterium“), über eine nachgewiesene Arzneimitteltherapie oder eine Kombination aus beiden validiert werden (BVA, 2008). Damit ambulante Diagnosen eine Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds auslösen können, müssen diese zudem als gesicherte, endstellige Diagnosen dokumentiert sein.

Schon bevor die direkte Morbiditätsorientierung im RSA in Kraft trat, empfahlen Gutachter dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen zu nutzen und auf einen Morbiditätsaufgriff über ambulant kodierte Diagnosen zu verzichten (Busse et al., 2007; IGES Institut, Lauterbach, & Wasem, 2004). Die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes (BVA) fiel entgegen den Empfehlungen auf ein Modell, in dem Morbidität schwerpunktmäßig über ambulante Diagnosen aufgegriffen wird. Die Ablehnung eines rein stationär- und verordnungsbasierten Modells wurde letztlich mit der auf 80 Krankheiten fokussierten Morbiditätsauswahl und der damit verbundenen vermeintlich unzureichend genauen Zuordnung von Verordnungen zu ebendiesen begründet. In Kombination mit der Verfahrensweise der über eine Wurzelfunktion prävalenzgewichteten Krankheitsauswahl wurden insbesondere leichtere chronische Erkrankungen mit Kodierspielraum ausgleichsfähig. Dem damals ebenfalls formulierten Ziel einer manipulationsresistenten Ausgleichssystematik steht diese Ausgestaltung entgegen (Baas & Möws, 2017; WIG2 Institut, 2017).

Bei der Verwendung von vertragsärztlichen Diagnosen kommt der verlässlichen Kodierung eine hohe Priorität im medizinischen und auch im epidemiologischen Sinne zu. Die Kodierqualität, die maßgeblich die für eine Verwendung in einem Krankheitsklassifikationssystem relevanten Aspekte der Validität und Reliabilität beeinflusst, wird in verschiedenen Publikationen jedoch kritisch bewertet (Czwikla, et al., 2016; Erler et al., 2009; IGES Institut, 2012; van den Bussche et al. 2013; Wockenfuß et al., 2009). Bereits auf der Ebene von drei- und vierstelligen ICD-10-Codes kommt es zu erheblichen Unterschieden

im Kodierverhalten zwischen Ärzten (Wockenfuß et al., 2009). Selbst wenn sichergestellt wäre, dass keine Manipulationen stattfinden, kann es demnach zu Verzerrungen bei der Verwendung von Diagnosedaten und daraus geschlussfolgerten Interventionen kommen.

Problematisch waren und sind jedoch in erster Linie die mit der Ausgestaltung des Morbi-RSA verbundenen Anreize einer Einflussnahme auf die ärztliche Diagnosestellung (Wille et al., 2007), die in sogenannten Strategien des Rightcoding, Upcoding und Gaming (IGES Institut, 2012) resultieren können. Die Abgrenzung zwischen einem Right- und einem Upcoding ist schwierig, da Diagnosecodes auch bei ausgefeilten Kodierrichtlinien immer einen gewissen Ermessensspielraum mit sich bringen (Trottmann et al., 2010). In Hinblick auf den Handlungsspielraum der Krankenkassen ist in dieser Diskussion zu berücksichtigen, dass prinzipiell jegliche Einflussnahme auf die ärztliche Diagnosekodierung rechtlich unzulässig ist (Göpffarth, 2016).

Die Zunahme kodierter Erkrankungen bzw. deren Intensität aufgrund damit verbundener Zuweisungen ist aus Perspektive des Gesamtsystems mit verschiedenen Problemen verbunden. Zum einen entstehen dadurch aufgrund der an die Entwicklung der Morbidität geknüpften Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung höhere Versorgungsausgaben, denen im schlechtesten Falle kein objektiver Versorgungsbedarf zu Grunde liegt. Zum anderen kommt es aufgrund derartiger Kodierentwicklungen zu Ineffizienzen bei der Umverteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds, wenn diese eine Veränderung der Risikoprofile bewirken. Werden Patienten mit leichteren Erkrankungsformen schwerer eingestuft, würden die auf Basis der Durchschnittskosten ermittelten Zuweisungen für die schwerer Erkrankten im Zeitverlauf sinken. Aus einer solchen kassenübergreifenden Entwicklung entsteht ein Kostendruck bei der Versorgung schwerer erkrankter Patienten, der wiederum Anreize zur verstärkten Kodiermanipulation birgt (Bauhoff et al., 2017).

Die empirische Studie von Bauhoff et al. (2017) deutet darauf hin, dass es seit der Einführung des Morbi-RSA zu einer Zunahme von als gesichert kodierten ambulanten Diagnosen kam, wobei ein deutlicherer Anstieg bei den Morbi-RSA-relevanten Erkrankungen im Vergleich zu den nicht ausgleichfähigen Krankheiten zu verzeichnen ist (Bauhoff et al., 2017). Der vergleichende Ansatz, unterschiedliche Effektstärken unter verschiedenen Kassenarten sowie die um etwa zwei Jahre nach Einführung des Morbi-RSA zeitverzögert einsetzende Wirkung, die auf einen Lerneffekt in Hinblick auf dessen Ausgestaltung hindeutet, untermauern die These, dass es sich um einen nominalen Kodiereffekt und nicht um eine reale Morbiditätsentwicklung handelt (Bauhoff et al., 2017).

## 1.2 Instrumente zur Beeinflussung ärztlicher Kodierungen

Seit Einführung des Morbi-RSA entwickelten Krankenkassen unterschiedliche Strategien und Maßnahmen, um mittels gezielter Kodierbeeinflussung auf die Zahlungsströme aus dem Gesundheitsfonds einzuwirken.

Wesentliche Instrumente im Kodierwettbewerb zwischen den Kassen umfassen neben der direkten Ansprache von Versicherten (IGES Institut, 2017) insbesondere Selektivverträge, die Kodierkomponenten enthalten können (Baas & Möws, 2017) sowie Beratungen oder Kampagnen in Arztpraxen, die persönlich, schriftlich, telefonisch oder softwaregestützt über die Praxissoftware Einfluss auf das Kodierverhalten der Vertragsärzte nehmen können. Die Beratungen zu den Kodieranforderungen begannen der Arbeit von Schramm zufolge im 1. Quartal 2009 mit Ausnahme der Beratungen zum M2Q-Kriterium, die bereits seit dem 4. Quartal 2008 erfolgen (Schramm, 2016). Hinsichtlich dieser Instrumente sind die Marktmacht und die Ressourcenausstattung der Krankenkassen sowie unterschiedlich agierende Aufsichtsbehörden auf Landes- und Bundesebene wesentliche Gründe für Wettbewerbsverzerrungen (IGES Institut, Glaeske, & Greiner, 2015). Die Folge sind Fehlallokationen aufgrund nicht bedarfsgerechter Zuweisungen sowie erhebliche Aufwände bei den Kassen, die anstatt in das Versorgungsmanagement in Kodierpauschalen, Beratungshonorare und Praxisberater fließen.

Selektivverträge, deren rechtliche Grundlage eine Vergütung niedergelassener Vertragsärzte außerhalb der ambulanten Gesamtvergütung nach § 85 SGB V ermöglichen, zielten bei ihrer Einführung auf eine stärkere Vernetzung der Leistungserbringer ab und sollen so zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität oder bei gleichbleibender Qualität zu einer kostengünstigeren und damit effizienteren Versorgung beitragen. Die nachfolgende Tabelle stellt eine Übersicht über die verschiedenen Formen der Betreuungsstrukturverträge sowie der hausarztzentrierten Versorgung in Bezug auf das einführende Gesetz, Zielstellung, notwendige Vertragspartner, Wirkungsweise der Vertragsform sowie gesetzliche Änderungen dar.

Einige Formen der Selektivverträge bieten den Krankenkassen die Möglichkeit, die Vergütung direkt an spezifische Voraussetzungen (z. B. die Dokumentation von bestimmten, endstelligen und gesicherten Diagnosen) zu knüpfen und damit die Diagnosekodierung durch die Vertragsärzte zu incentivieren. Darunter fallen insbesondere die Betreuungsstrukturverträge, die Strukturverträge nach § 73a SGB V, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, die Anlagen zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V sowie die besondere Versorgung nach § 140a SGB V umfassen (IGES Institut, 2017). Neben den Betreuungsstrukturverträgen können auch im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung Vergütungen an die Voraussetzung der Dokumentation entsprechender Diagnosen geknüpft werden. Selektive Verträge, die in erster Linie auf Diagnosecodierungen abzielen, verfehlen ihr eigentliches Ziel einer verbesserten Patientenversorgung.



Tabelle 1: Übersicht Betreuungsstrukturverträge und hausarztzentrierte Versorgung

	Rechtsgrundlage	eingeführt durch...	Ziel	Vertragspartner	Wirkung (u.a.)	Änderungen seit Einführung
Strukturverträge	§ 73a SGB V	2. NOG, 1997	Organisation neuer Versorgungs- und Kooperationsformen außerhalb der Regelversorgung	Landesverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen	Behandlung festgelegter Krankheiten wird, wenn eine entsprechende Diagnose kodiert ist, zusätzlich vergütet	GKV-VSG (2015): Ersetzung durch Besondere Versorgung nach § 140a SGB V; bis Juli 2015 geschlossene Verträge bestehen fort HHVG (2017): Verbot kassenindividueller oder kassenartenspezifischer Vereinbarungen bzgl. zusätzlicher Vergütungen für Diagnosen
Besondere ambulante ärztliche Versorgung	§ 73c SGB V	GKV-WSG, 2007	Sicherstellung einer qualifizierten und effizienten ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Versorgungsverträgen			
Anlagen zum Gesamtvertrag	§ 83 SGB V			Landesverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen	Behandlung festgelegter Krankheiten wird, wenn eine entsprechende Diagnose kodiert ist, zusätzlich vergütet	HHVG (2017): Verbot kassenindividueller oder kassenartenspezifischer Vereinbarungen bzgl. zusätzlicher Vergütungen für Diagnosen  GKV-VSG (2015): Ersetzung durch Besondere Versorgung nach § 140a SGB V; bis Juli 2015 geschlossene Verträge bestehen fort HHVG (2017): Verbot kassenindividueller oder kassenartenspezifischer Vereinbarungen bzgl. zusätzlicher Vergütungen für Diagnosen
Besondere Versorgung	§ 140a SGB V	GKV-VSG, 2015	Integration verschiedener Sektoren und Fachdisziplinen	Krankenkassen und alle GKV-zugelassenen Leistungserbringer		
Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)	§ 73b SGB V	GMG, 2004	Bindung des Patienten an Hausarzt, der Lotsenfunktion übernimmt	Krankenkassen und gemeinschaftliche Vertretung mindestens der Hälfte der in einer KV-Region an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner (ggf. mit einzelnen Leistungserbringern, KVen)	Chronikerpauschale: behandelnder Hausarzt erhält Vergütung für die Behandlung chronisch Kranker, wenn eine entsprechend festgelegte Diagnose kodiert ist	GKV-WSG (2007): Verpflichtung der Kassen zur flächendeckenden HzV; GKV-FinG (2011): Bindung an Beitragssatzstabilität; HHVG (2017): Verbot zusätzlicher Vergütungen für Diagnosen

Quellen: (Deutscher Bundestag, 2017; IGES Institut, 2017; Schreyögg, Weinbrenner, & Busse, 2010; *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)*, 2017), eigene Darstellung.

### 1.3 Gesetzliche Bestrebungen zur Beschränkung der Einflussnahme

Mit den verschiedenen im Kodierwettbewerb eingesetzten Instrumenten beschäftigte sich seit Mai 2016 eine Arbeitsgruppe der Aufsichten von Bund und Ländern. Deren Vorschläge wurden im Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG, April 2017) mit dem Ziel aufgegriffen, unzulässiges ärztliches Kodierverhalten zu verhindern. Die Regelungen des am 11. April 2017 in Kraft getretenen Gesetzes umfassen (BMG, 2017; BVA, 2017b; *Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG)*, 2017, *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)*, 2017):

- Verbot der zusätzlichen Vergütung für Diagnosen in Gesamt- und Selektivverträgen (Art. 1 Nr. 4b, 5, 5a, 5b, Nr. 14a HHVG / §§ 71, 73, 73b, 83 und 140a SGB V)
- Einschränkung des Bestandsschutzes bei bestehenden Betreuungsstrukturverträgen
- Verbot der nachträglichen Übermittlung von Diagnosen im Rahmen von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen (Art. 1 Nr. 20a HHVG / § 303 SGB V)
- Verbot der Kodierberatungen durch die Krankenkassen oder beauftragte Dritte auch mittels informationstechnischer Systeme wie der Praxissoftware (Art 1 Nr. 22 HHVG / § 305a SGB V)
- Verbesserung der Prüfmöglichkeiten durch das BVA und Mitwirkungspflicht der Krankenkassen (Art. 1 Nr. 16f HHVG / § 273 SGB V)

Laut Schreiben des BVA vom 25. Juli 2017 sind Betreuungsstrukturverträge, die ausschließlich die Diagnosestellung vergüten, „ohne einen tatsächlichen zusätzlichen Leistungsaufwand zu begründen“, unzulässig. Stattdessen müssen die Verträge besondere, durch den Vertragsarzt zu erbringende Versorgungsleistungen konkret enthalten (BVA, 2017a). Da jedoch in der überwiegenden Anzahl der Selektivverträge nicht die Diagnosestellung per se, sondern der durch die Behandlung entstehende zusätzliche Betreuungsbedarf vergütet wird, könnten die gesetzlichen Regelungen zu kurz greifen (IGES Institut, 2017).

Ferner skizziert das BVA in seinem Rundschreiben Beschlüsse, die im Rahmen einer Arbeitsgruppensitzung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder gefasst wurden (BVA, 2017a) und die o.g. Regelungen des HHVG konkretisieren:

- Einschreibeerfordernis in (auch bestehende) Betreuungsstrukturverträge nach §§ 73a und 140a SGB V
- Unzulässigkeit der Ansprache von Vertragsärzten durch Krankenkassen oder beauftragte Dritte, die darauf abzielen, das Kodierverhalten zu beeinflussen
- Beratungsverbot zur Diagnosekodierung im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsberatungen nach § 305a Satz 1 SGB V
- Verbot der Finanzierung, der Bereitstellung (entgeltlich oder unentgeltlich) oder Verpflichtung zur Nutzung von Software, die Vorschläge für Vertragsärzte zur Diagnosekodierung in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form enthält
- Verbot der vertraglichen Verpflichtung von Zusatzkennzeichen für Diagnosen

## 2. Zielstellung

Das Ziel der vorliegenden Studie besteht zunächst in der Evaluation der Art und des Umfangs der Einflussnahme durch Krankenkassen auf das vertragsärztliche Kodierverhalten. Auf Basis einer repräsentativen Befragung von vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern sollen dazu folgende Aspekte erhoben werden:

- Welcher Anteil der befragten Ärzte erhielt bereits Vorschläge zur Diagnosekodierung durch die Krankenkassen?
- Wie oft erfolgen Kodierberatungen und welche Instrumente werden dafür eingesetzt?
- Zu welchen Erkrankungen wird beraten und welche Vorschläge werden unterbreitet?
- Wie bewerten Ärzte die Kodierberatungen durch die Krankenkassen?

Zudem verfolgt die Erhebung das Ziel, den Effekt des im April 2017 in Kraft getretenen Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung auf die Einflussnahme der Krankenkassen zu untersuchen. Zu diesem Zweck wird analysiert, welcher Anteil der Ärzte mit welchen Instrumenten und welchem Fokus ab April 2017 zur Diagnosekodierung beraten wurde.

## 3. Befragung der Leistungserbringer

### 3.1 Stichprobe

Zur Analyse der Einflussnahme der Krankenkassen auf das Kodierverhalten von Vertragsärzten sowie der Auswirkungen des HHVG wurden im Zeitraum von 31.08.2017 bis 20.10.2017 Allgemeinmediziner, praktische Ärzte und Internisten ohne Schwerpunkt (APIs) befragt, die an der Versorgung von GKV-Patienten teilnehmen. Die Befragung, die anonym und onlinebasiert erfolgte, wurde durch das Dienstleistungsunternehmen DocCheck Medical Services GmbH durchgeführt, welches in seinem Ärztepanel etwa 20 % der an der Versorgung im niedergelassenen Bereich tätigen Ärzte vereint. Die Ärzte wurden per E-Mail zur Befragung eingeladen, konnten diese zwischenzeitlich unterbrechen und während des Befragungszeitraums jederzeit vollenden.

Die Stichprobe basiert auf einer nach Bundesland quotierten<sup>1</sup> Zufallsauswahl aus dem DocCheck Healthcare-Onlinepanel, wobei die Quotierung entsprechend der Verteilung niedergelassener Allgemeinmediziner, praktischer Ärzte und Internisten ohne Schwerpunkt erfolgte (vgl. Tabelle 2). Insgesamt nahmen 1.000 niedergelassene Ärzte an der Befragung teil, von denen sich 790 dem Fachgebiet Allgemeinmedizin und 210 dem Fachgebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zuordneten. 476 der Befragten sind in einer Einzelpraxis, 140 in einer Praxisgemeinschaft, 341 in einer Berufsausübungsgemeinschaft („Gemeinschaftspraxis“) und 43 in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig. 534 der Befragten arbeiten in einer städtisch gelegenen und 466 in einer ländlich gelegenen Praxis. In Bezug auf den jährlichen Gesamtumsatz ihrer Praxis gaben 110 der befragten Ärzte an, weniger als

<sup>1</sup> Die Quotierung erfolgte anhand softer Quoten, um die angestrebte Stichprobengröße zu erreichen.

200.000 € einzunehmen. 304 der Befragten gaben einen Umsatz zwischen 200.000 € und 400.000 €, 184 der Befragten einen Umsatz zwischen 400.000 € und 600.000 €, 68 der Befragten einen Umsatz zwischen 600.000 € und 800.000 € und 84 gaben einen jährlichen Praxisumsatz von mehr als 800.000 € an. 250 der teilnehmenden Ärzte verzichteten auf Angaben zu dieser Frage.

Tabelle 2: Stichprobe der Befragung

	Niedergelassene APis 2016 laut BÄK <sup>1</sup>	Verteilung der APis bei n = 1.000	Verteilung der an der Be- fragung Teilnehmenden
Baden-Württemberg	7.841	134	144
Bayern	10.685	182	179
Berlin	2.512	43	42
Brandenburg	1.683	29	27
Bremen	479	8	5
Hamburg	1.429	24	23
Hessen	4.298	73	75
Mecklenburg-Vorpommern	1.136	19	18
Niedersachsen	5.544	95	98
Nordrhein-Westfalen	11.774	201	200
Rheinland-Pfalz	2.912	50	54
Saarland	718	12	13
Sachsen	2.618	45	47
Sachsen-Anhalt	1.467	25	17
Schleswig-Holstein	2.115	36	31
Thüringen	1.400	24	27
	<b>58.611</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>

1) Quelle: (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2017), basierend auf Daten der Ärztekammern.

## 3.2 Ergebnisse

### 3.2.1 Verbreitung der Kodierberatung

Insgesamt erhielten von den 1.000 teilnehmenden Ärzten 820 (82,0 %) seit Einführung des Morbi-RSA Vorschläge zur Diagnosekodierung von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen. Bei Anwendung dieses Anteils auf alle in Deutschland niedergelassenen APIs (vgl. Tabelle 2) ergibt sich eine Anzahl von 48.061 APIs, die seit der Einführung des Morbi-RSA vonseiten der Krankenkassen zur Diagnosekodierung beraten wurden.

182 und damit 18,2 % der befragten Ärzte gaben an, auch nach Inkrafttreten des HHVG noch Vorschläge zur Diagnosekodierung erhalten zu haben, wobei von diesen Ärzten 79 nach April 2017 erstmalig angesprochen wurden. In Bezug auf alle APIs in Deutschland ergibt sich eine Anzahl von 10.667 APIs, die auch nach Inkrafttreten des HHVG noch Vorschläge zur Diagnosekodierung erhielten, bzw. 4.630 APIs, die erstmalig im Zeitraum ab April 2017 beraten wurden.

### 3.2.2 Instrumente zur Einflussnahme

Die nachfolgenden Abbildungen stellen die Instrumente zur Einflussnahme auf das ärztliche Kodierverhalten jeweils vor April (vgl. Abbildung 1) und ab April 2017 (vgl. Abbildung 2) bezogen auf die Gruppe der Befragten dar, die angab, in dem jeweiligen Zeitraum mindestens einmal Vorschläge zur Diagnosekodierung erhalten zu haben. Dabei zeigt sich, dass nach April 2017 der Anteil der Befragten, der persönlich angesprochen wurde, von 62,9 % auf 44,0 % zurückging, womit die relative Bedeutung von Kodierberatungen mittels informationstechnischer Systeme wie bspw. Praxissoftware zunahm. Insbesondere vor April 2017 erhielt ein wesentlicher Teil der Befragten mit Erfahrung in der Kodierberatung Vorschläge über sonstige Instrumente, die u.a. schriftliche Hinweise über Diagnoselisten und Fortbildungen (auch in den Räumlichkeiten von Krankenkassen) umfassen. Zudem wurde in diesem Zusammenhang auch die „Anfrage zur nachträglichen Kodierung bei bestimmten Medikamenten“ genannt.

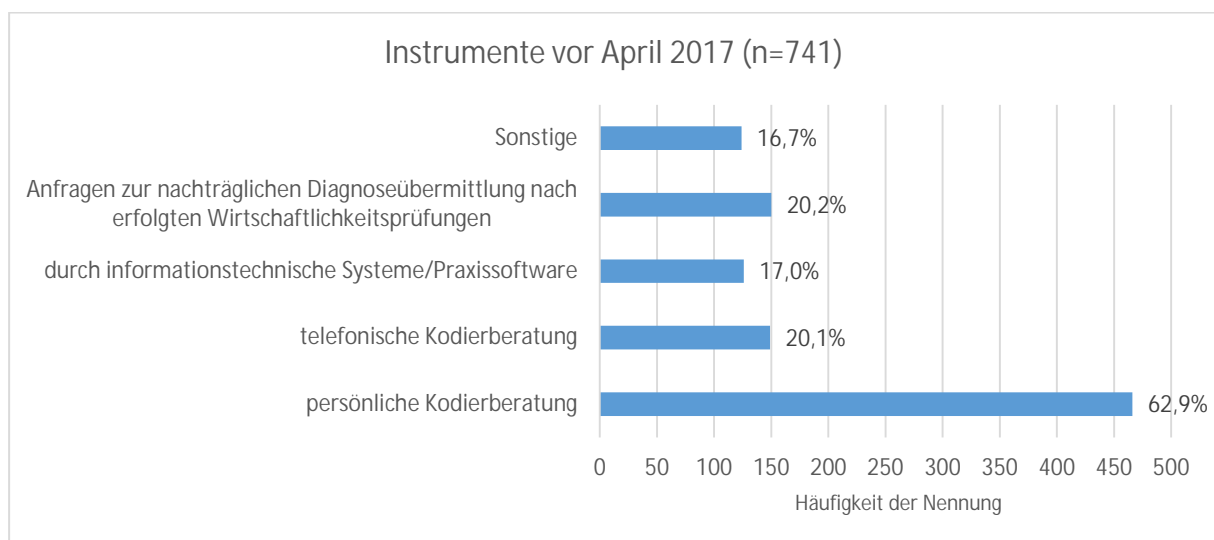


Abbildung 1: Instrumente vor April 2017

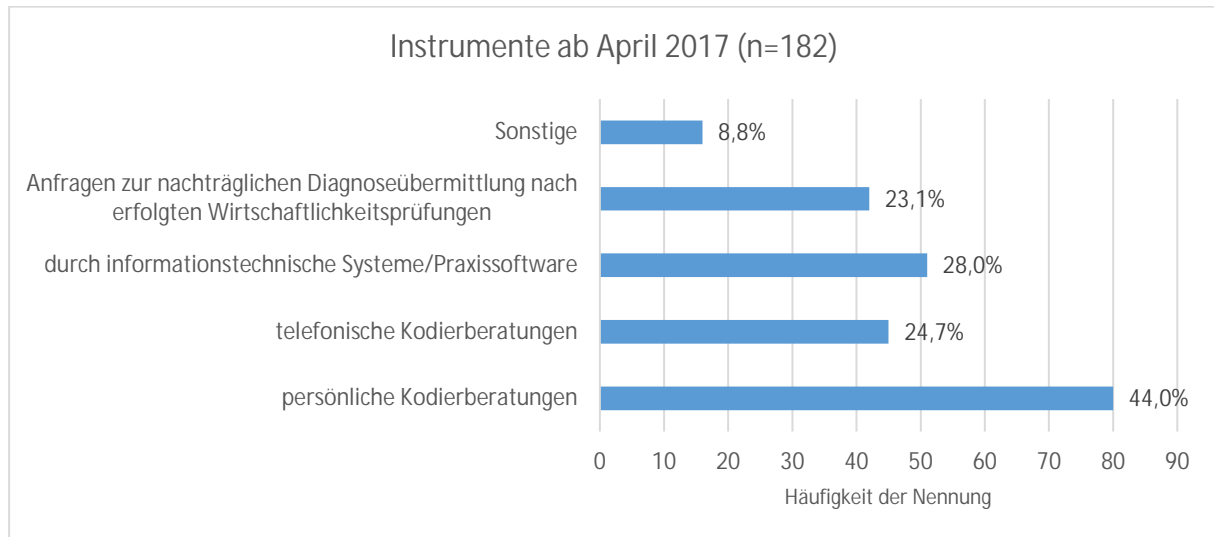


Abbildung 2: Instrumente nach April 2017

### 3.2.3 Umfang und Fokus der Einflussnahme

In Bezug auf den Umfang der Kodierberatung gab ein Drittel der Befragten, die beraten wurden, an, dass die Vorschläge der Krankenkassen sich auf das gesamte Krankheitsspektrum bezogen (vgl. Abbildung 3). Die Ärzte, die lediglich Hinweise zu einzelnen Erkrankungen erhielten, wurden besonders häufig in Bezug auf Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99; 63,0 %), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E99; 58,5 %) und Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99; 41,7 %) beraten (vgl. Abbildung 4). Ebenfalls häufig erhielten sie Vorschläge zur Diagnosekodierung bei chronischem Schmerz (R52.1/R52.2; 34,1 %) und bei Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99; 33,2 %). Unter den sonstigen Erkrankungen wurden z. T. auch Diagnosen wie bspw. T80.-, T81.-, T85.- und T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert) genannt, die zwar relativ selten auftreten, deren Kodierung für die Krankenkassen unter Umständen aber weit überdurchschnittliche Zuweisungen generiert.

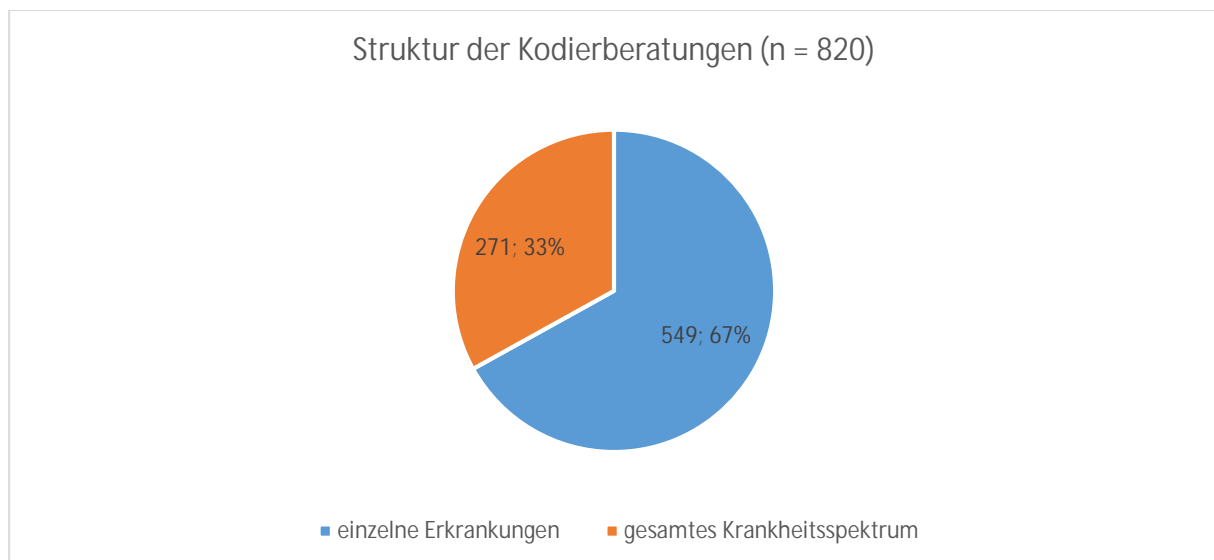


Abbildung 3: Struktur der Kodierberatung

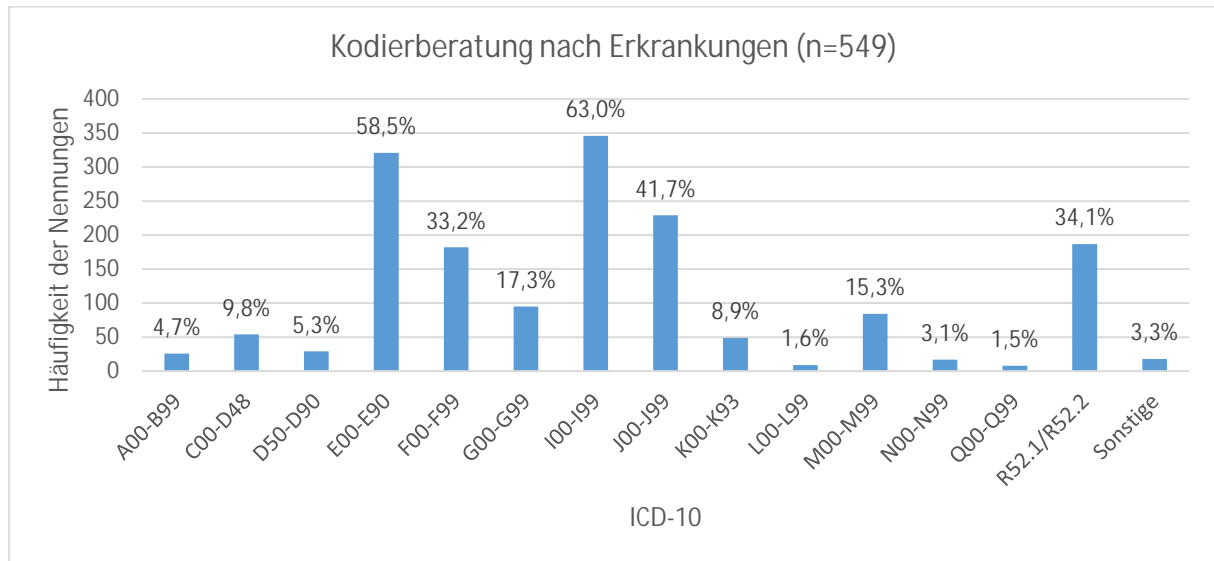


Abbildung 4: Kodierberatungen nach Erkrankungen<sup>2</sup>

Von den 820 Ärzten, die mindestens einmal Vorschläge zur Diagnosekodierung erhielten, gaben etwa zwei Drittel (67,1 %) an, zur Kodierung von endstelligen Diagnosen beraten worden zu sein. 50,1 % erhielten Hinweise zur Auswahl der Diagnosen, 45,9 % der Befragten zur Kodierung von gesicherten Diagnosen und 45,7 % zur Kodierung von Diagnosen in verschiedenen Quartalen (M2Q-Kriterium). 41,8 % dieser Gruppe erhielten Anfragen zur Umwandlung von Verdachtsdiagnosen in gesicherte Diagnosen. Lediglich zur Anzahl der Diagnosen erhielten nur 15,2 % Vorschläge (vgl. Abbildung 5). Des Weiteren bekamen Ärzte vereinzelt Hinweise zur Kodierung von Diagnosen, die in Zusammenhang mit der Verordnung bestimmter Medikamente stehen.

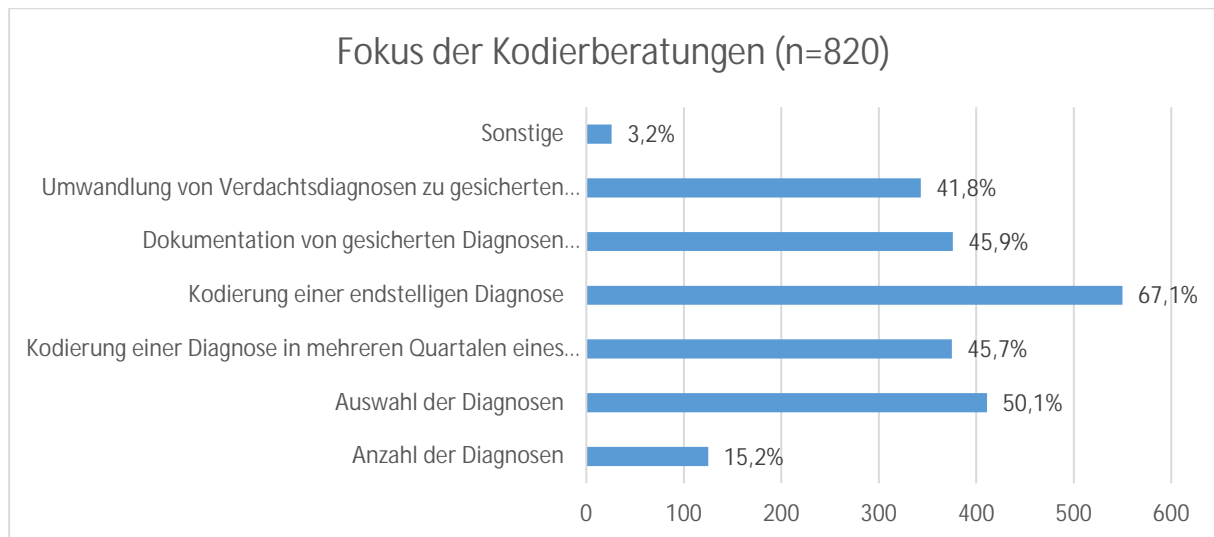


Abbildung 5: Fokus der Kodierberatungen

<sup>2</sup> A00-B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten; C00-D48: Neubildungen; C00-D48: Neubildungen; 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

Wie Abbildung 6 zeigt, richteten sich die persönlichen oder telefonischen Kodierberatungen in erster Linie an die Vertragsärzte selbst. So berichteten 80,5 % der 820 Befragten, die bereits Vorschläge zur Diagnosekodierung erhielten, bei Kodierberatungen selbst angesprochen worden zu sein, wohingegen nur 39,8 % der Befragten von einer erfolgten Ansprache der medizinischen Fachangestellten berichteten. Lediglich 19,5 % der befragten Ärzte gaben an, dass die Ansprache ausschließlich an die medizinischen Fachangestellten gerichtet war.

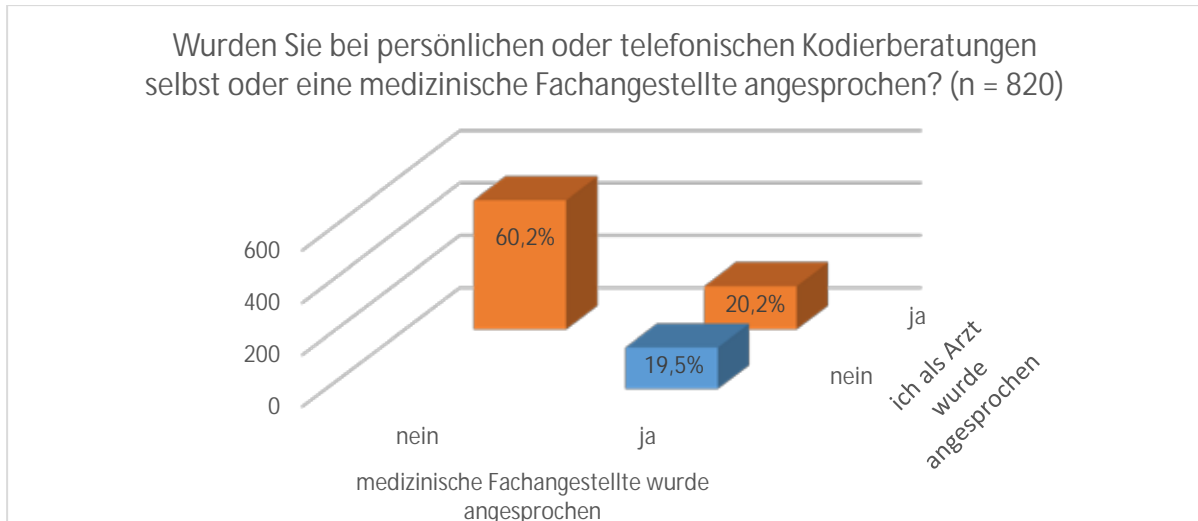


Abbildung 6: Richtung der Ansprache bei persönlichen oder telefonischen Kodierberatungen

### 3.2.4 Bewertung der Beratungen

Insgesamt bewertet die befragte Ärzteschaft die Beratungsaktivitäten der Krankenkassen uneinheitlich: Etwa die Hälfte (49 %) der Befragten zieht keinen Nutzen aus der Kodierberatung, 26% empfinden sie sogar als störend (vgl. Abbildung 7).

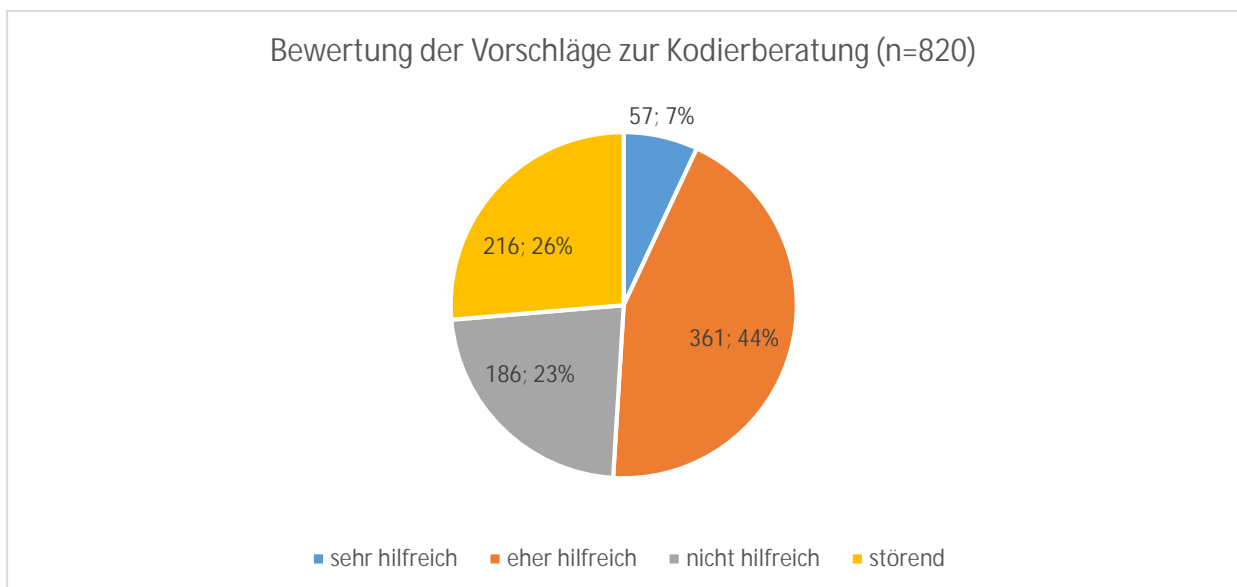


Abbildung 7: Bewertung der Vorschläge zur Kodierberatung



Bezüglich der Bewertung durch die Ärzte zeigt sich ein differenziertes Bild, wenn nach der Art der Kodierberatung unterschieden wird (vgl. Abbildung 8): Ärzte, die Vorschläge über informationstechnische Systeme wie Praxissoftware erhielten, befanden diese mehrheitlich für sehr oder eher hilfreich (58,6 %). Von den Ärzten, die Anfragen zur nachträglichen Diagnoseübermittlung nach erfolgter Wirtschaftlichkeitsprüfung erhielten, bewertete mehr als ein Drittel (36,0 %) diese Beratung als störend. Auch Ärzte, die telefonisch oder auf sonstigem Weg<sup>3</sup> beraten wurden, bewerteten die Kodierberatung insgesamt überwiegend als nicht hilfreich oder störend.

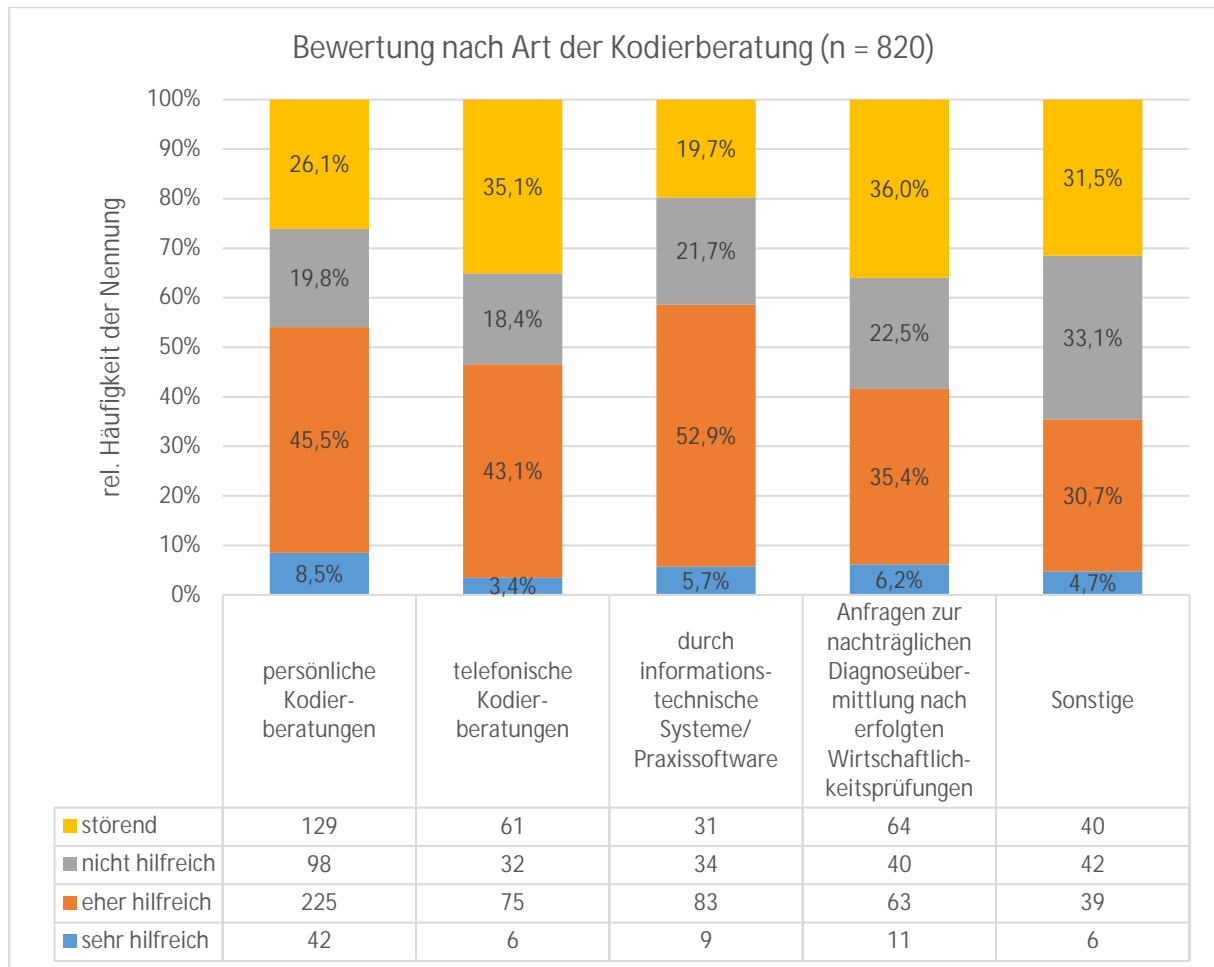


Abbildung 8: Bewertung der Vorschläge nach der Art der Kodierberatung

<sup>3</sup> Unter Sonstiges wurden insbesondere schriftliche Vorschläge zur Diagnosekodierung genannt.

### 3.2.5 Regionale Auswertungen

Bei der differenzierten Betrachtung der ab April 2017 erfolgten Beratungen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den KV-Regionen (vgl. Abbildung 9). Während der Durchschnitt der ab diesem Zeitpunkt erfolgten Beratungen bei 18,2 % liegt (vgl. Kapitel 3.2.1) wurden in Mecklenburg-Vorpommern nach Inkrafttreten des HHVG lediglich 5,6 % der befragten Ärzte noch beraten, in Schleswig-Holstein waren es hingegen 35,5 %.<sup>4</sup>

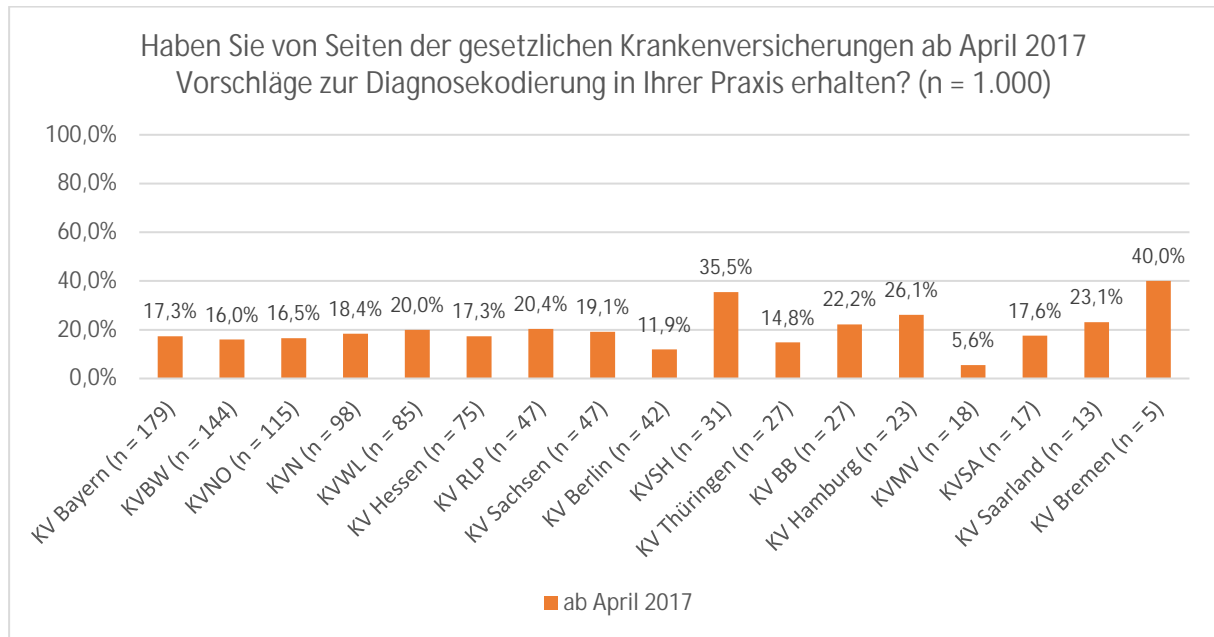


Abbildung 9: Anteile der befragten Ärzte mit Kodierberatung ab April 2017 bezogen auf Gesamtantworten nach KV-Regionen

Eine nach Nord-; Ost-; Süd- und Westdeutschland<sup>5</sup> differenzierte Betrachtung zeigt ein in Hinblick auf die Struktur der Kodierberatungen leicht heterogenes Bild: Während in der Region Süd, d.h. in Bayern und Baden-Württemberg, 71,5 % der 260 Ärzte, die Kodierberatungen erhielten, zu einzelnen Erkrankungen beraten wurden, waren es in der Region West (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Rheinland-Pfalz) nur 62,2 % (vgl. Abbildung 10).

<sup>4</sup> In der KV Region Bremen gaben 100 % der Ärzte an, bereits eine Kodierberatung erhalten zu haben und 40 % der Befragten berichteten, auch nach April 2017 noch zur Diagnosekodierung beraten worden zu sein. Diesen Werten liegen jedoch lediglich Angaben von fünf Ärzten zu Grunde.

<sup>5</sup> Ost: Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen; Süd: Bayern, Baden-Württemberg; West: Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland; Nord: Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern

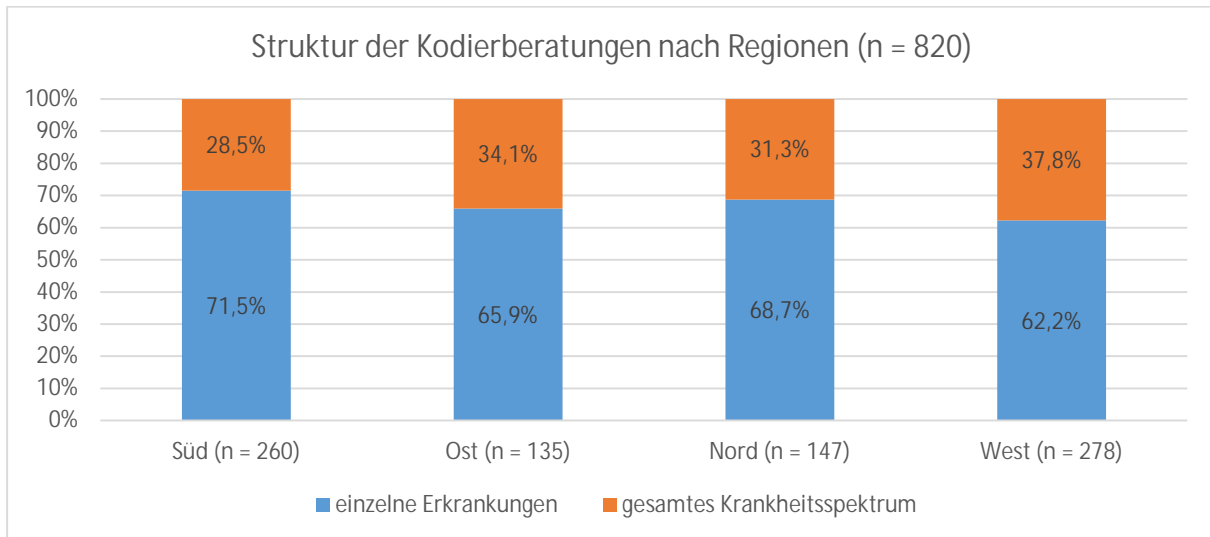


Abbildung 10: Struktur der Kodierberatungen nach Regionen

Sofern Ärzte lediglich zu einzelnen Erkrankungen beraten wurden, bezog sich diese Beratung in allen Regionen in erster Linie auf Erkrankungen aus den ICD-10-Kapiteln I00-I99 (Krankheiten des Kreislaufsystems) und E00-E99 (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten), wobei der Anteil der Ärzte aus den Regionen Süd und Ost im Mittel etwas erhöht ist. Während Ärzte aus der Region West etwas häufiger als Ärzte anderer Regionen zu den Diagnosen R52.1 und R52.2 (chronischer Schmerz) und Erkrankungen aus dem ICD-10-Kapitel F00-F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) beraten wurden, erhielten Ärzte aus der Region Süd relativ häufiger Vorschläge zur Diagnosekodierung in Bezug auf Erkrankungen aus dem ICD-10-Kapitel J00-J99 (Krankheiten des Atmungssystems) (vgl. Abbildung 11).

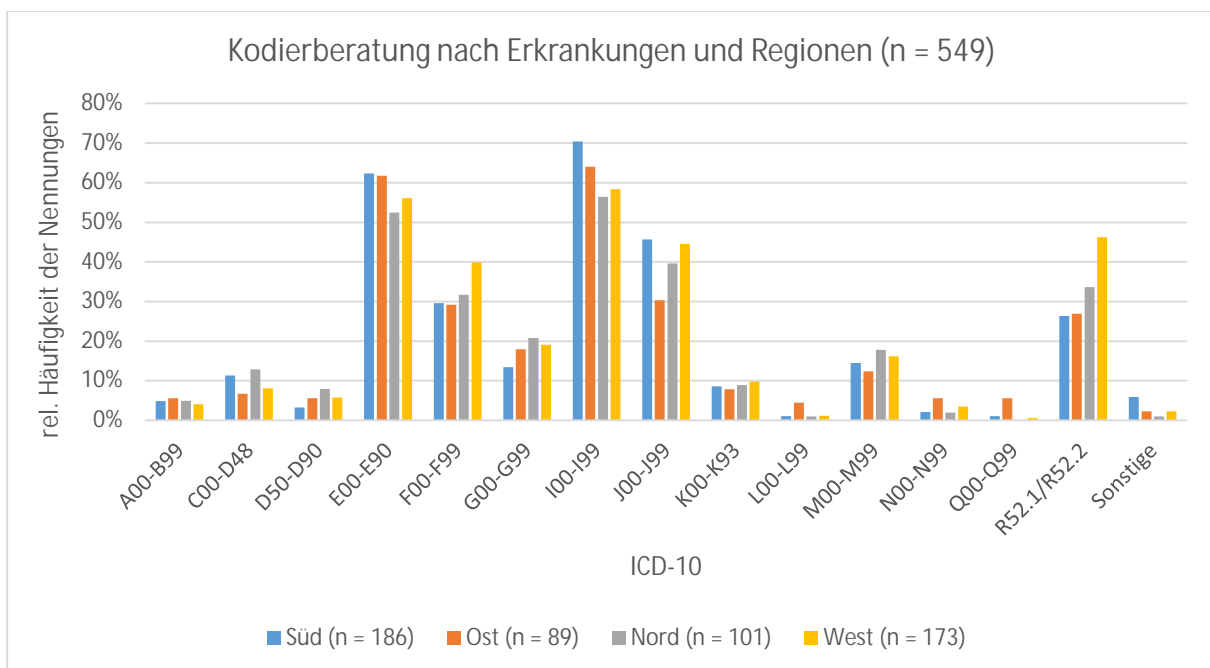


Abbildung 11: Kodierberatungen nach Erkrankungen und Regionen

Auch im Hinblick auf den Fokus der Kodierberatungen zeigt Abbildung 12 ein leicht heterogenes Bild zwischen den Regionen: Wurden die aus der Region Süd befragten Ärzte überdurchschnittlich häufig zur Kodierung von endstelligen Diagnosen beraten und zur Umwandlung von Verdachtsdiagnosen in gesicherte Diagnosen aufgefordert, bezogen sich die Vorschläge von Seiten der Krankenkassen bei Ärzten aus der Region West relativ häufiger auf die Auswahl der Diagnosen.

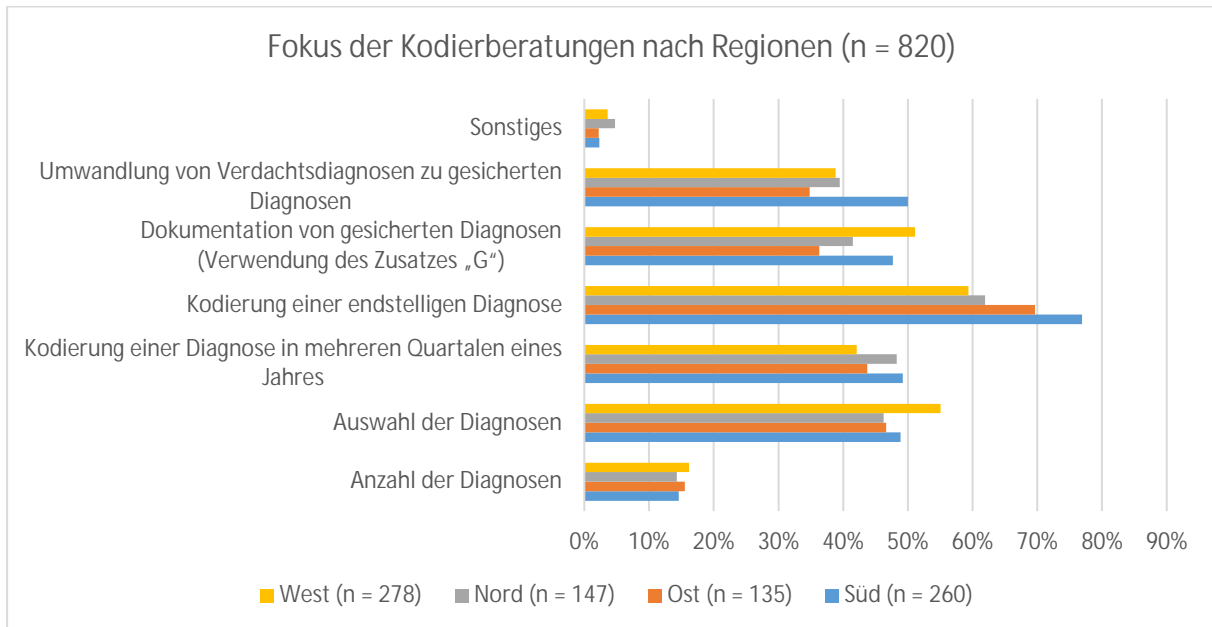


Abbildung 12: Fokus der Kodierberatungen nach Regionen

## 4. Diskussion

Die Ergebnisse der Befragung von 1.000 vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern zeigen, dass die überwiegende Mehrheit (82,0 %) bereits Vorschläge von Krankenkassen zur Diagnosekodierung erhielt. Auch nach Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes sind in dem Zeitraum der Befragung, der nur rund zwei Quartale umfasst, bereits wieder 18,2 % der befragten Ärzte zur Diagnosekodierung vonseiten der Krankenkassen beraten worden. Hierdurch ergibt sich, hochgerechnet auf alle niedergelassenen Allgemeinmediziner, praktischen Ärzte und Internisten ohne Schwerpunkt (APIs) in Deutschland, eine Anzahl von 10.667 APIs, bei denen auch ab April 2017 noch Kodierberatungen erfolgten. Die Ergebnisse belegen zweifelsfrei, dass auch nach Inkrafttreten des HHVG systematische Beeinflussungen des ärztlichen Kodierverhaltens durch die Krankenkassen stattfinden und die gesetzlichen Regelungen zu kurz greifen, um diese Einflussnahmen vollständig zu verhindern. Aufgrund des frühen Befragungszeitraums konnten zudem Beratungsaktivitäten, die seit Inkrafttreten des Gesetzes stattfinden, nicht vollumfänglich erfasst werden<sup>6</sup>, wodurch die Quote unterschätzt wird.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kodierberatungen insbesondere im Bereich der Volkskrankheiten erfolgen. Zudem gaben Ärzte an, dass auch selten auftretende Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen oder medizinischen Behandlungen wie z.B. T80.-, T81.-, T85.- und T88.-, die bei Kodierung durch den Arzt weit überdurchschnittliche Zuweisungen für die Krankenkasse auslösen, Gegenstand der Beratungen sind. Der Fokus der Kodierberatungen liegt in erster Linie auf Hinweisen zur Kodierung von endstelligen Diagnosen. Aber auch zur Auswahl der Diagnosen, zur Kodierung in unterschiedlichen Quartalen (M2Q-Kriterium) sowie Dokumentation von gesicherten Diagnosen wurde etwa die Hälfte der befragten Ärzte bereits beraten. Mit 41,8 % der Befragten, die Kodierberatungen erhielten, wurde zudem ein Großteil auch zur Umwandlung von Verdachtsdiagnosen in gesicherte Diagnosen aufgefordert. Diese Praxis ist auch unabhängig von den Gesetzesanpassungen durch das HHVG aus rechtlicher Sicht kritisch zu bewerten: Mit einem Rundschreiben wies das BVA bereits im Dezember 2016 darauf hin, dass „Einzelbestimmungen in Verträgen, wonach Verdachtsdiagnosen mit Zusatzkennzeichen „G“ kodiert werden sollen, auch wenn die Diagnose nicht tatsächlich gesichert ist, [...] rechtswidrig“ sind (BVA, 2016). Abermals im Juli 2017 wurde durch das BVA darauf hingewiesen, dass die Vergabe eines Zusatzkennzeichens allein der Entscheidung des Vertragsarztes obliegt (BVA, 2017a).

Zwar wurden nach Einführung des HHVG weniger Ärzte persönlich zur Diagnosekodierung beraten, jedoch nahm bei Ärzten, die Vorschläge zur Diagnosekodierung erhielten, die relative Bedeutung von Beeinflussungen durch informationstechnische Systeme / Praxissoftware seit April 2017 zu. Gemäß HHVG ist jedoch auch diese softwaregestützte Kodierberatung untersagt. Die Ergebnisse belegen, dass insbesondere diese gesetzliche Intention bislang nicht realisiert wurde. In dieser Hinsicht sind die Aufsichtsbehörden vor besondere Herausforderungen gestellt, da sie weder über einen vollständigen Überblick über verfügbare Praxissoftware mit entsprechenden Komponenten verfügen noch informationstechnisch in der Lage sind, darüber vollzogene Manipulationen nachzuverfolgen (IGES Institut, 2017).

Die Ergebnisse untermauern kritische Positionen verschiedener Experten, die anmahnen, dass der Morbi-RSA in seiner jetzigen Ausgestaltung das Ziel, einen Wettbewerb um Versorgungsqualität und -effizienz zu fördern, nicht in optimaler Weise erreicht und stattdessen finanzielle Ressourcen und

<sup>6</sup> Quartal 4 wurde nicht vollständig erfasst.

strategische Bemühungen in das Zuweisungsmanagement über eine Beeinflussung der ärztlichen Diagnosekodierung für Morbi-RSA-relevante Krankheiten fließen (Baas, 2016; Glaeske, 2016; Möws, 2017). Einzelnen Expertenschätzungen zufolge investierten die gesetzlichen Krankenversicherungen zwischen 2014 und 2016 insgesamt eine Milliarde Euro in Maßnahmen der Kodierbeeinflussung (Baas, 2016; IGES Institut, 2017).

Wettbewerbsverzerrungen und Ineffizienzen im Gesamtsystem werden verschärft, wenn in dieser Hinsicht erfolgreiche Krankenkassen die daraus resultierenden Überschüsse wiederum in Marketingmaßnahmen und attraktive Zusatzangebote oder einen attraktiven Preis investieren (Bauhoff et al., 2017; Geruso & Layton, 2015). In Hinblick auf das zu verteilende Gesamtvolumen aus dem Gesundheitsfonds in Deutschland ist eine durch Kodierbeeinflussung bedingt verzerrte Zunahme von Kodierungen zudem mit Ineffizienzen in der Mittelallokation zwischen den Krankenkassen verbunden, da sie eine Verzerrung der geschätzten Risikogewichte bewirkt (Bauhoff et al., 2017). Unter finanziellen Druck geraten dann umso mehr jene Krankenkassen, die auf die Kodierbeeinflussung verzichten oder aus Gründen geringerer Marktmacht oder Ressourcenstärke diese nicht erfolgreich umsetzen können.

Eine Möglichkeit, Anreize von Krankenkassen in Bezug auf die Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens zu reduzieren, bestünde in der Veränderung der Auswahl von Krankheiten, die im Morbi-RSA Berücksichtigung finden. Der Übergang von der derzeit über die Wurzelfunktion erfolgten Prävalenzgewichtung hin zu einer Prävalenzgewichtung über die Logarithmusfunktion würde dazu führen, dass schwere, teurere und aufgrund der geringeren Ermessensspielräume weniger manipulationsanfällige Erkrankungen in den Risikostrukturausgleich aufgenommen und gleichzeitig die leichteren Volkskrankheiten weniger stark berücksichtigt würden (IGES Institut et al., 2015). Eine weniger starke Gewichtung dieser häufig vorkommenden Erkrankungen würde dementsprechend die Anreize der Einflussnahme auf ambulante Diagnosecodierungen reduzieren. Eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA sollte vor dem Hintergrund eines fairen Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen, der letztlich sowohl im Sinne der Patienten als auch der Versichertengemeinschaft insgesamt über Qualität und Effizienz in der Versorgung stattfinden sollte, in erster Linie auf eine größere Manipulationsresistenz des Verfahrens abzielen und Anreize zur Kodierbeeinflussung beseitigen (WIG2 Institut, 2017).

Da die verschiedenen Instrumente zur Kodierbeeinflussung insbesondere über Komponenten im Rahmen von Selektivverträgen an die niedergelassenen Ärzte herangetragen werden, ist auch in dieser Hinsicht mit Wettbewerbsverzerrungen zu rechnen, da die Aussicht auf erfolgreiche Vertragsumsetzungen wiederum von Marktmacht und etablierten Beziehungen zu Leistungserbringern sowie mit der eigenen Finanzkraft verbundenen Möglichkeit, attraktive Vergütungskomponenten anzubieten, abhängt (IGES Institut, 2017). Verstärkt wird diese Verzerrung weiter durch die seit langem diskutierten Unterschiede in der Aufsichtspraxis von Bund und Ländern (Wille & Thüsing, 2017). Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Aufsichten für bundes- und landesunmittelbare Krankenkassen bleibt in Bezug auf die durch Beratungen und insbesondere durch die Praxissoftware erfolgte Beeinflussung der Diagnosekodierung abzuwarten, inwiefern die unterschiedlichen Aufsichtsbehörden der bundes- und landesunmittelbaren Kassen bei der Prüfung mit unterschiedlichen Maßstäben messen.

## 5. Literaturverzeichnis

- Baas, J. (2016). Auswahl der Krankheitsarten im RSA – aus Sicht der TK. *Gesundheits- Und Sozialpolitik*, 70(4–5), 65–68. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2016-4-5-65>
- Baas, J., & Möws, V. (2017). "Jede Ergänzung des RSA (sollte) sicher vor Manipulationen sein": Zum Kodierwettbewerb der Krankenkassen. *RPG – Recht Und Politik Im Gesundheitswesen, Band 23*(Heft 1), 1–9.
- Bauhoff, S., Fischer, L., Göppfarth, D., & Wuppermann, A. C. (2017). *Plan Responses to Diagnosis-Based Payment: Evidence from Germany's Morbidity-Based Risk Adjustment. CESifo Working Paper* (Vol. No. 6507).
- BMG. (2017). Fragen und Antworten zum Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG). Retrieved from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/hhvg-im-kabinett/faq-hhvg.html>
- Busse, R., Drösler, S., Glaeske, G., Greiner, W., Schäfer, T., & Schrappe, M. (2007). *Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich*.
- BVA. (2008). So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds.
- BVA. (2016). *89. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungen vom 23. bis 24. November 2016 in München - Beschluss zu TOP 4 "Sog. Betreuungsstrukturverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen" (AZ 311-5241.1-1597/2012)*. Bonn.
- BVA. (2017a). *90. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 10. bis 11. Mai in Berlin - Beschluss zu TOP 2 "Betreuungsstrukturverträge" - Rundschreiben vom 25. Juli 2017 (AZ 215 - 4120.1 - 1701/2012)*. Bonn.
- BVA. (2017b). *Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (RSA) - Rundschreiben vom 2. Mai 2017 (AZ 311-5588.6-1258/2017)*. Bonn.
- Czwikla, J., Domhoff, D., & Giersiepen, K. (2016). ICD-Codierqualität ambulanter Krebsdiagnosen in GKV-Routinedaten. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 118–119, 48–55.
- Deutscher Bundestag. (2017). Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) (Drucksache 18/11205).
- Erler, A., Beyer, M., Muth, C., Gerlach, F. M., & Brennecke, R. (2009). Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen. *Das Gesundheitswesen*, 71(12), 823–831.
- Geruso, M., Layton, T. (2015). *Upcoding: Evidence from Medicare on Squishy Risk Adjustment (Working Paper No. 21222)*. Retrieved from <http://www.nber.org/papers/w21222>
- Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) (2017). Deutschland: BGBl. I S. 778.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2017). Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung, BÄK. Retrieved from [http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc\\_them\\_rech?tk=14501&tk2=15401&p\\_uid=gast&p\\_aid=56836403&p\\_sprache=D&cnt\\_ut=1&ut=15401](http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=14501&tk2=15401&p_uid=gast&p_aid=56836403&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=15401)

- Glaeske, G. (2016). Morbi-RSA und die Krankheitsauswahl. *Gesundheits- Und Sozialpolitik*, 70(4–5), 21–27.
- Göpffarth, D. (2016). Morbi-RSA: Ziele, Methoden und Weiterentwicklung. *Gesundheits- Und Sozialpolitik*, 70(4–5), 8–14. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2016-4-5-8>
- IGES Institut. (2012). *Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen*. Berlin.
- IGES Institut. (2017). *Versorgungsverträge und die Vergütung von Diagnosen im ambulanten Sektor - Zusammenhänge mit dem Morbi-RSA*. Berlin.
- IGES Institut, Glaeske, G., & Greiner, W. (2015). *Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1)*. Berlin.
- IGES Institut, Lauterbach, K. W., & Wasem, J. (2004). *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich*. Berlin. Retrieved from [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Klassifikationsmodelle\\_RSA\\_IGES-Lauterbach-Wasem.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Klassifikationsmodelle_RSA_IGES-Lauterbach-Wasem.pdf)
- Möws, V. (2017). Zeit zum Anpacken: Der Kodier-Anreiz muss weg. Retrieved from <https://wirtechniker.tk.de/2017/09/07/zeit-zum-anpacken-der-kodier-anreiz-muss-weg/>
- Schramm, A. (2016). *Diagnosekodierung in der Praxis: Ambulante Kodierqualität und Risikostrukturausgleich*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S., & Busse, R. (2010). Leistungsmanagement in der integrierten Versorgung. In R. Busse, J. Schreyögg, & O. Tiemann (Eds.), *Management im Gesundheitswesen* (2. Auflage, pp. 101–121). Heidelberg: Springer Verlag.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (2017). Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482, das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist.
- Trottmann, M., Weidacher, A., & Leonhardt, R. (2010). *Morbiditätsbezogene Ausgleichsfaktoren im Schweizer Risikoausgleich. Gutachten im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit*. München.
- van den Bussche, H., Schäfer, I., Wiese, B., Dahlhaus, A., Fuchs, A., & Gensichen, J., Höfels, S., Hansen, H., Leicht, H., Koller, D., Lupp, M., Nützel, A., Werle, J., Scherer, M., Wegschneider, K., Glaeske, G., Schön, G. (2013). A comparative study demonstrated that prevalence figures on multimorbidity require cautious interpretation when drawn from a single database. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(2), 209–217.
- WIG2 Institut. (2017). Diskussionspapier. Weiterentwicklung der Morbiditätsparameter im Morbi-RSA: 7 Thesen und Vorschläge. Retrieved from [http://www.wig2.de/fileadmin/content\\_uploads/PDF\\_Dateien/PM\\_WIG2\\_Institut\\_Diskussionspapier\\_Weiterentwicklung\\_des\\_Morbi-RSA.pdf](http://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/PM_WIG2_Institut_Diskussionspapier_Weiterentwicklung_des_Morbi-RSA.pdf)
- Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (2007). Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich. In U. Wille, E., Ulrich, V. und Schneider (Ed.), *Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Beiträge zum Gesundheitsmanagement* (pp. 15–68). Baden-Baden: Nomos.
- Wille, E., & Thüsing, G. (2017). Fairer Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Wege zur Steigerung von Wettbewerbsneutralität und Effizienz in der Kassenaufsicht. *Beiträge Zur Gesellschaftspolitik*, 2017(5), 1–7.
- Wockenfuß, R., Frese, T., Herrmann, K., Claussnitzer, M., & Sandholzer, H. (2009). Three-and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (27), 131–136. <https://doi.org/10.1080/02813430903072215>



## 6. Anhang: Fragenkatalog

### Fragekatalog zur Befragung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten im Rahmen des Forschungsprojekts „Kodierwettbewerb“

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 dieser Befragung soll das Verhalten von Krankenkassen in Bezug auf das vertragsärztliche Kodierverhalten analysiert werden. 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 Krankenversicherungen schon einmal Vorschläge zur Diagnosekodierung in Ihrer Praxis erhalten? *(Mehrfachnennungen möglich)*

Ja, vor April 2017

Ja, ab April 2017

noch nie

*Wenn ja:*

2. Wie häufig erfolgt(e) die Kontaktaufnahme seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen, um Ihnen Vorschläge zur Diagnosekodierung zu geben? *(Bitte beide Spalten berücksichtigen)*

vor April 2017	ab April 2017
<input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche
<input type="checkbox"/> ca. einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> ca. einmal pro Woche
<input type="checkbox"/> ca. 2-3 x pro Monat	<input type="checkbox"/> ca. 2-3 x pro Monat
<input type="checkbox"/> ca. einmal pro Quartal	<input type="checkbox"/> ca. einmal pro Quartal
<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> seltener
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie

3. Wie erhalten/erhielten Sie Vorschläge zur Diagnosekodierung in Ihrer Praxis? (*Mehrfachnennung je Spalte möglich, bitte beide Spalten berücksichtigen*)

vor April 2017	ab April 2017
<input type="checkbox"/> persönliche Kodierberatungen	<input type="checkbox"/> persönliche Kodierberatungen
<input type="checkbox"/> telefonische Kodierberatungen	<input type="checkbox"/> telefonische Kodierberatungen
<input type="checkbox"/> durch informationstechnische Systeme/Praxissoftware	<input type="checkbox"/> durch informationstechnische Systeme/Praxissoftware
<input type="checkbox"/> Anfragen zur nachträglichen Diagnoseübermittlung nach erfolgten Wirtschaftlichkeitsprüfungen	<input type="checkbox"/> Anfragen zur nachträglichen Diagnoseübermittlung nach erfolgten Wirtschaftlichkeitsprüfungen
<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____

4. Konzentrieren/Konzentrierten sich die Vorschläge auf einzelne Erkrankungen oder erfolgen/erfolgten sie übergreifend?

einzelne Erkrankungen     gesamtes Krankheitsspektrum

5. *Wenn sich die Vorschläge auf einzelne Erkrankungen beziehen:* 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



13. 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
14. Region der Praxis:  städtisch  ländlich
15. Organisationsform der Praxis:  Einzelpraxis  
 Praxisgemeinschaft  
 Berufsausübungsgemeinschaft („Gemeinschaftspraxis“)  
 Medizinisches Versorgungszentrum
16. Gesamtumsatz der Praxis (inkl. PKV- und IGeL):  < 200.000 €  
 200.000 € bis < 400.000 €  
 400.000 € bis < 600.000 €  
 600.000 € bis < 800.000 €  
 > 800.000 €
17. Mitarbeiteranzahl (inkl. Azubis):      Ärzte: \_\_\_\_\_  
   nichtärztliches Personal: \_\_\_\_\_
18. Fachgebiet:  Allgemeinmedizin  
 Innere Medizin/ Hausarzt  
 Innere Medizin/ Facharzt  
 Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik

## **WIG2 GmbH**

Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

Barfußgäßchen 11

04109 Leipzig

Telefon +49 341 39 29 40-0

Telefax +49 341 39 29 40-99

E-Mail [info@wig2.de](mailto:info@wig2.de)

Web [www.wig2.de](http://www.wig2.de)