

Betriebs  
Kranken  
Kassen

Magazin für Politik, Recht und  
Gesundheit im Unternehmen

# 300 Jahre BKK

## ■ 300 JAHRE BKK

Ein stolzes Jubiläum. Lob von der Bundeskanzlerin und vom Minister für die Pioniere der Krankenversicherung.

## ■ INNOVATIONSFONDS

Wie viel Innovation kommt in die Regelversorgung? Klares Ziel: Keine weiteren Insellösungen.

**BKK**  
Dachverband



STUDIE ZUM MORBI-RSA

# SYSTEMASTISCHE ÄNDERUNGEN DER DIAGNOSEN

Interview mit Prof. Dr. Amelie Wuppermann, Juniorprofessur für Mikroökonomie,  
Volkswirtschaftliche Fakultät der LMU München

**Manipulieren Krankenkassen Diagnosen, um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten? Eine Studie, die demnächst im Fachjournal Journal of Health Economics erscheinen wird, untersucht die Frage, ob sich die Häufigkeit jener Diagnosen verändert hat, die beim Risikostrukturausgleich eine Rolle spielen. 1,2 Mrd. Diagnosen, die Krankenkassen für die Jahre 2008 bis 2013 im Rahmen des Finanzausgleichs an das Bundesversicherungsamt gemeldet hatten, wurden untersucht. In der Studie „Plan Responses to Diagnosis-Based Payment: Evidence from Germany’s Morbidity Based Risk Adjustment“ können Prof. Amelie Wuppermann von der LMU und ihre Ko-Autoren vom Center for Global Development in den USA und vom Bundesversicherungsamt nun systematische Änderungen der gemeldeten Diagnosen im Zeitverlauf nachweisen: Nicht etwa die Verbreitung der Krankheiten, die für den Risikostrukturausgleich relevant sind, ist gestiegen. Die Wissenschaftler sehen eine Folge der vermehrten Aufzeichnung dieser Diagnosen in den Arztpraxen.**



Interview mit Prof. Dr. Amelie Wuppermann

**Frau Professor Wuppermann, die Studie hatte Zugriff auf Diagnosen aus sechs Jahren (2008–2013). Was steuert die Zahlungsströme aus dem Gesundheitsfonds? Die vermehrte Aufzeichnung von Morbi-RSA-relevanten Diagnosen oder das reale Erkrankungsgeschehen, also etwa die Zunahme von Diabetes, Hämophilie und bestimmten Krebserkrankungen?**

» In unserer Studie haben wir insbesondere das Zusatzkennzeichen für die Diagnose-sicherheit untersucht. Dazu muss man wissen, dass aus dem ambulanten Bereich nur Diagnosen, die mit dem Zusatzkennzeichen als gesichert gekennzeichnet sind, zu einer

Zahlung aus dem Morbi-RSA führen können. Wenn eine Diagnose dagegen mit dem Zusatzkennzeichen „Verdacht auf“, „Zustand nach“ oder „Ausschluss von“ gekennzeichnet ist, wird diese Diagnose nicht zahlungsrelevant. In unserer Studie zeigen wir, dass der Anteil gesicherter Diagnosen zwischen 2008 und 2013 für die Diagnosecodes, die im Morbi-RSA berücksichtigt sind, deutlich stärker gestiegen ist als für nicht-berücksichtigte Diagnosecodes.

Weiterhin zeigen wir, dass dieser Anstieg mit einem überproportionalen Rückgang der nicht-gesicherten Diagnosen unter den im Morbi-RSA berücksichtigten Diagnosecodes einhergeht. Es scheint damit für die potenziell zahlungsrelevanten Codes eine Verschiebung von nicht-gesicherten zu gesicherten Diagnosen gegeben zu haben. Schließlich haben wir auch ausgeschlossen, dass der Anstieg darauf zurückzuführen ist, dass die im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten als chronische Krankheiten häufiger werden als die – überwiegend akuten – nicht-berücksichtigten Krankheiten. Wenn wir nur berücksichtigte und nicht-berücksichtigte Krankheiten vergleichen, die vergleichbar chronisch sind, nimmt der beobachtete Effekt sogar etwas zu. Insgesamt ist es damit sehr wahrscheinlich, dass der Anstieg auf eine vermehrte Aufzeichnung zurückzuführen ist.

Allerdings muss ich betonen, dass wir nur zeigen konnten, dass diese Veränderungen stattgefunden haben. Ob und wie Krankenkassen zu diesen Veränderungen beigetragen haben, konnten wir mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht untersuchen. «

**Der Gesetzgeber hat die sogenannten Betreuungsverträge – insbesondere diejenigen Passagen, in denen Ärzte für das „upcoding“ von Krankenkassen extra bezahlt werden – verboten. Ist das ein hinreichender Riegel gegen die lukrative Beeinflussung der Mediziner durch Schwärme von „Einnahmeoptimierungsspezialisten“ einiger gesetzlicher Kassen?**

» Derzeit sind meine Ko-Autoren und ich dabei, die verschiedenen gesetzlichen Maßnahmen hinsichtlich ihrer wahrscheinlichen Auswirkungen auf die Codierpraxis zu untersuchen. Während ich noch keine abschließenden Einschätzungen abgeben kann, vermute ich aber, dass die Maßnahmen im Endeffekt nicht ausreichend sein werden. Zwar sind keine Verträge mehr erlaubt, die nur auf das Codieren abzielen, dennoch können aber – beispielsweise in Hausarztverträgen – Pauschalen für die Versorgung chronisch kranker Patienten gezahlt werden. Chronisch Kranke werden dabei über Diagnosen erfasst, so dass es sehr schwer ist, festzustellen, ob diese Verträge der Verbesserung der Versorgung oder zur Beeinflussung der Codierung dienen. Da Chronizität eine wichtige Voraussetzung für die Aufnahme einer Krankheit in den Morbi-RSA ist, überschneiden sich die Diagnosen in den Hausarztverträgen natürlich auch mit den im Morbi-RSA berücksichtigten Diagnosen. Zusätzlich stellt sich die Frage, ob die Vorschriften von allen Aufsichten gleichermaßen umgesetzt werden.

Letztendlich wird man meines Erachtens weiter darüber nachdenken müssen, den Morbi-RSA so zu verändern, dass es keine Möglichkeiten für Kassen mehr gibt, einen Einfluss auf die Codierpraxis zu nehmen. In der Hoffnung, dass Verschreibungen von Medikamenten nicht beeinflussbar sind, könnten letztere zum Beispiel in Zukunft eine noch größere Rolle spielen. Bereits derzeit werden einige Diagnosen nur zahlungsrelevant im RSA, wenn es gleichzeitig eine Verschreibung bestimmter Medikamente gibt. Gegenstand zukünftiger Untersuchungen könnte es sein zu ermitteln, ob diese Validierung durch Medikamente Änderungen in der Codierpraxis und insbesondere Änderungen in den Zuweisungen aus dem Morbi-RSA verhindert hat. «

**Würden Sie rückblickend sagen, dass Vorstände, beispielsweise von kleineren Krankenkassen, einen ökonomischen Fehler gemacht haben, wenn sie keine Extra-Vergütungen in Betreuungsstrukturverträgen ausgeschüttet haben? So nach dem Motto: Wer am kreativsten/besten codieren ließ, hat cleveres Kassenmanagement bewiesen?**

» Um diese Frage zu beantworten, müsste man berechnen, wie hoch die Extra-Zuweisungen einzelner Krankenkassen durch vermehrte Dokumentation von im Morbi-RSA berücksichtigten Diagnosecodes waren, und die Zuweisungen den Kosten für die Extra-Vergütungen gegenüberstellen. Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass sich Codiereffekte über eine ‚Verwässerung‘ der Zuschläge auch auf die Höhe der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA auswirken können. Solche Rechnungen konnten wir auf Basis der für unsere Studie zur Verfügung stehenden Daten nicht durchführen, zumal unsere Ergebnisse generell keine Rückschlüsse auf die konkreten Auswirkungen der sogenannten Betreuungsstrukturverträge zulassen. Wir sehen lediglich Veränderungen in der Codierpraxis für die im Morbi-RSA berücksichtigten Diagnosecodes, aber können nicht beurteilen, wie diese genau erreicht wurden. Ich denke, es wäre sehr interessant, diese Zusammenhänge in zukünftigen Analysen näher zu untersuchen, insbesondere auch, um beurteilen zu können, wie sich die gesetzlichen Änderungen auf die Codierung auswirken werden. «

BETRIEBSKRANKENKASSEN

# SIE HABEN INTERESSE AN DIESEM MAGAZIN?

---

Alle zwei Monate erscheint unser Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen in gedruckter Form. Auf unserer Online Plattform [www.bkk-dachverband.de](http://www.bkk-dachverband.de) finden Sie ausgewählte Artikel der einzelnen Ausgaben.

Sollten Sie Interesse an der vollständigen Printausgabe haben, können Sie diese kostenlos bei uns anfordern.



**VOLLSTÄNDIGE AUSGABE KOSTENLOS ANFORDERN:**

[www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt](http://www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt)

Stefan Lummer

[stefan.lummer@bkk-dv.de](mailto:stefan.lummer@bkk-dv.de)

+49 30 2700 406 303

---