



TOP VIII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

VIII - 10 Aufforderungen der Krankenkassen zum rechtswidrigen Upcoding von
VIII - 10a Diagnosen im Rahmen der GKV-Finanzierung durch den Gesundheitsfonds

Entschließung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 10) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Gitter (Drucksache VIII - 10a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Seit dem Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 erhalten die Krankenkassen gemäß § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V entsprechend den Vorgaben des mit der Umsetzung beauftragten Bundesversicherungsamtes Zuweisungen aus den Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben. Diese Zuweisungen umfassen neben einer Grundpauschale alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben nach § 270 Abs. 1 SGB V.

Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen gibt das Bundesversicherungsamt gemäß § 266 Abs. 5 Satz 2 SGB V jährlich die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versicherungsgruppen und Morbiditätsgruppen, sowie die Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge bekannt. In diesem Zusammenhang hat die Kodierung der Diagnosen von Patientinnen und Patienten eine besondere Bedeutung bekommen. So sah sich Ende 2008 das Bundesversicherungsamt im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit gezwungen, einzelne Krankenkassen zu rügen, welche Ärzte mit der Bitte um Datenfeststellung für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ansprachen oder anschrieben. Hierbei erhielten Ärzte eine Liste von Versicherten, die in dem maßgeblichen Zeitraum bei ihnen in Behandlung gewesen waren und bei denen keine gesicherten Diagnosen vorlagen. Diesem Vorgehen lag – so das Bundesversicherungsamt – offenbar die Ansicht zugrunde, es sei den Krankenkassen gestattet, Morbiditätsinformationen unmittelbar bei Ärzten überprüfen zu können und sich ggf. aktualisierte Daten übermitteln zu lassen. Das Bundesversicherungsamt wies in einem aufsichtsrechtlichen Schreiben unmissverständlich darauf hin, dass jede Erhebung von Daten durch Krankenkassen bei Ärzten zur Verwendung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wegen des Fehlens der hierfür datenschutzrechtlich unabdingbaren Rechtsgrundlage unzulässig ist. „Krankenkassen, die Ärzte – zum Teil sogar mit Geldprämien – veranlassen, ihre Diagnosen nachträglich zu verändern, um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, verhalten sich rechtswidrig“, so der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken, in einer Pressemitteilung vom 22. Januar 2009. „Ob man das, was die Kassen von den Ärzten wollen, als Upcoding oder

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



Right Coding bezeichnet, ist semantisches Fingerhakeln. Fest steht jedenfalls: Derartige Praktiken verstoßen nicht nur eindeutig gegen den Datenschutz, sie stehen vor allem auch in Widerspruch zu dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Meldeverfahren.“ Das Bundesversicherungsamt kündigte an, dass Daten, von denen angenommen werden muss, dass sie auf gesetzwidrige Weise beschafft wurden, nicht im Morbi-RSA berücksichtigt werden, um so sicherzustellen, dass sich keine Krankenkasse ungerechtfertigte Vorteile zu Lasten anderer Kassen verschafft.

Der 112. Deutsche Ärztetag begrüßt nachdrücklich diese eindeutige Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes und die daraus gezogenen Konsequenzen. Die Ärzteschaft weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich die Kodierung von Diagnosen ausschließlich nach medizinischen Kriterien und den aktuellen Vorgaben des ICD-Diagnosenschlüssels zu richten hat. Der Deutsche Ärztetag begrüßt darüber hinaus ausdrücklich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor diesem Hintergrund im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung ein Observatorium als Informationsplattform für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen zu der Problematik der ICD-Kodierung eingerichtet hat. Ziel dieser Einrichtung ist es, insbesondere Ärztinnen und Ärzten eine Plattform zu bieten, um Einzelberichte in anonymisierter Form zu sammeln, Effekte einzelner Maßnahmen von Krankenkassen auf die Veränderungen der Datengrundlagen zu analysieren sowie ihnen ein Forum für Fragen und Probleme hinsichtlich der Kodierqualität zu geben (www.zi-berlin.de/zi-observatorium).