

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
mit Antwort der Landesregierung
- Drucksache 17/6810 -**

Dürfen die Krankenkassen Einfluss auf die Diagnosen der Ärzte nehmen?

Anfrage der Abgeordneten Dr. Max Matthiesen, Reinhold Hilbers, Volker Meyer, Burkhard Jasper, Petra Joumaah, Gudrun Pieper und Annette Schwarz (CDU) an die Landesregierung, eingegangen am 26.10.2016, an die Staatskanzlei übersandt am 01.11.2016

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung vom 24.11.2016, gezeichnet

Cornelia Rundt

Vorbemerkung der Abgeordneten

In der *Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung* vom 09.10.2016 wirft der Vorstandsvorsitzende der Techniker-Krankenkasse, Herr Jens Baas, den gesetzlichen Krankenkassen vor, Einfluss auf die Diagnosen der Ärzte zu nehmen, um möglichst viel Geld aus dem Risikostrukturausgleich zu erhalten:

„Es ist ein Wettbewerb zwischen den Kassen darüber entstanden, wer es schafft, die Ärzte dazu zu bringen, für die Patienten möglichst viele Diagnosen zu dokumentieren. Dann gibt es mehr Geld aus dem Risikostrukturausgleich, der hohe und teure Gesundheitsrisiken unter den einzelnen Kassen ausgleichen soll. Aus einem leichten Bluthochdruck wird ein schwerer. Aus einer depressiven Stimmung eine echte Depression, das bringt 1 000 Euro mehr im Jahr pro Fall.

Die Kassen bezahlen z. B. Prämien von 10 Euro je Fall für Ärzte, wenn sie den Patienten auf dem Papier kränker machen. Sie bitten dabei um ‚Optimierung‘ der Codierung. Manche Kassen besuchen die Ärzte dazu persönlich, manche rufen an. Und es gibt Verträge mit Ärztevereinigungen, die mehr und schwerwiegendere Diagnosen zum Ziel haben. Zudem lassen sich die Kassen in diese Richtung beraten. Dafür fallen Honorare an. Für all das haben die Kassen seit 2014 eine Milliarde Euro ausgegeben. Die fehlt für die Behandlung der Patienten.“

Laut Jens Baas zeigten dieses Verhalten alle Kassen, auch die Techniker-Krankenkasse. Am eifrigsten dabei seien jedoch die regionalen Kassen, die letztlich auch am meisten davon profitierten - zulasten der Ersatzkassen.

Unter Bezugnahme auf die Urteile des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs vom 29.01.2016, Az. StGH 1, 2 und 3/15, Rn. 46, und vom 22.08.2012, Az. StGH 1/12, Rn. 54-56, weisen wir darauf hin, dass wir ein hohes Interesse an einer vollständigen Beantwortung unserer Fragen haben, die das Wissen und den Kenntnis-/Informationsstand der Ministerien, der ihnen nachgeordneten Landesbehörden und, soweit die Einzelfrage dazu Anlass gibt, der Behörden der mittelbaren Staatsverwaltung aus Akten und nicht aktenförmigen Quellen vollständig wiedergibt.

1. Treffen die Darstellungen von Herrn Jens Baas zu? Falls ja, wie beurteilt die Landesregierung das geschilderte Verhalten der Krankenkassen?

Die vom Vorstandsvorsitzenden der Techniker Krankenkasse erhobenen Vorwürfe waren bereits zuvor Gegenstand öffentlicher Berichterstattung. Hintergrund ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen auf eine korrekte Kodierung durch die behandelnden Vertragsärztinnen und -ärzte angewiesen sind. Denn davon hängt die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ab. Wird

beispielsweise eine Diabetikerin bzw. ein Diabetiker nicht als solcher ausgewiesen, erhält die betreffende Krankenkasse für sie bzw. ihn eine sehr viel geringere Zuweisung, die gegebenenfalls nicht kostendeckend sein kann. Insbesondere kleineren Krankenkassen kann hierdurch bei kostenintensiven Krankheitsbildern ein bedeutender finanzieller Nachteil entstehen. Dieses - berechnete - Interesse der Krankenkassen an einer korrekten Kodierung durch die Vertragsärztinnen und -ärzte darf allerdings nicht dazu führen, dass falsche Kodierungen erfolgen.

2. Ist eine Kommunikation zwischen Krankenkassen und Ärzten mit dem Ziel, eine korrekte Codierung der diagnostizierten Krankheiten zu erreichen, erlaubt, oder haben die Krankenkassen den von der Arztpraxis übermittelten Code zu akzeptieren?

Es ist den Krankenkassen verwehrt, Abrechnungsdaten aus dem sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) darauf zu untersuchen, ob diese Unregelmäßigkeiten oder offenbare Unrichtigkeiten bei der Kodierung enthalten. Demgemäß ist auch eine etwaige anschließende Kontaktaufnahme mit den Vertragsärztinnen oder -ärzten mit dem Ziel, derartige Kodierungen zu korrigieren, unzulässig. Im Ergebnis haben die Kassen also die von den Vertragsärztinnen bzw. -ärzten vorgenommenen Kodierungen zu akzeptieren.

3. Wird das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung als Aufsichtsbehörde über die landesunmittelbaren Krankenkassen im Rahmen der Rechtsaufsicht in regelmäßigen Abständen von sich aus tätig oder erst, wenn es entsprechende Hinweise auf mögliche Rechtsverstöße erhält?

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung als Aufsichtsbehörde über die landesunmittelbaren Krankenkassen wird im Rahmen der Rechtsaufsicht in regelmäßigen Abständen durch den Landesprüfungsamt im Rahmen der Wahrnehmung seiner gesetzlich festgelegten Aufgaben über das Vorgehen der Krankenkassen informiert. Zudem müssen die gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossene Verträge nach §§ 140 a (Besondere Versorgung) und 73 b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) der jeweilig zuständigen Aufsichtsbehörde vorlegen. Die Aufsichtsbehörde wird aktiv tätig, wenn sie Hinweise auf entsprechende Rechtsverstöße erhält.

4. Kontrolliert das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung als Aufsichtsbehörde über die landesunmittelbaren Krankenkassen, ob und wie die Krankenkassen auf eine korrekte Codierung der von den Ärzten diagnostizierten Krankheiten hinwirken?

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung hat im Jahr 2009 einen solchen Verstoß der AOK Niedersachsen festgestellt. Damals war die AOK Niedersachsen bei flächendeckenden Abrechnungskontrollen auf offenbar fehlerhafte Kodierungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte gestoßen. Betroffene Ärztinnen und Ärzte wurden um eine Überprüfung ihrer Diagnosen gebeten. Pro Fall wurde eine Aufwandsentschädigung zugesagt. Diese Praxis wurde seitens der niedersächsischen Aufsicht als rechtswidrig beanstandet und daraufhin von der Kasse eingestellt. Seit dieser Zeit wurden keine derartigen Rechtsverstöße bei den landesunmittelbaren niedersächsischen Krankenkassen festgestellt.

5. Bestehen Unterschiede in der Art der Ausübung der Aufsicht zwischen den Landesaufsichtsbehörden und dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde für die landesunmittelbaren Krankenkassen? Wenn ja, welche?

Grundsätzlich bestehen in der Art der Ausübung der Aufsicht zwischen den Landesaufsichten und dem Bundesversicherungsamt keine Unterschiede, da die gleichen Rechtsgrundlagen zur Anwendung kommen. Aufgrund der föderalen Struktur kommt es in Einzelfällen gleichwohl zu unterschiedlichen Auffassungen hinsichtlich der rechtlichen Beurteilung des Handelns der Kassen sowie zu Art

und Umfang aufsichtsbehördlichen Einschreitens. Daher tauschen sich die Aufsichtsbehörden regelmäßig aus.

6. Können die Krankenkassen ICD-Codes nachträglich selbst ändern, oder ist dies nur unter Mitwirkung des Arztes möglich?

Den Krankenkassen ist es nicht möglich, eigenständig ICD-Codes nachträglich zu verändern. Nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte können auf die jeweiligen ICD-Codes zugreifen.

7. Sind der Landesregierung seit 2014 Fälle bekannt geworden, in denen Ärzte darauf hinweisen, dass sie selbst bzw. Praxismitarbeiterinnen/-mitarbeiter von der AOK Niedersachsen oder einer anderen landesunmittelbaren Krankenkasse telefonisch oder auf andere Weise gebeten wurden, ICD-Codes zu ändern?

Die Fragen 7 und 8 werden zusammen beantwortet.

8. Falls ja, was hat die Landesregierung daraufhin unternommen?

Der Landesregierung erhielt nach 2014 einen weiteren Hinweis durch einen Vertragsarzt, dass eine landesunmittelbare Kasse telefonisch bei seinem Praxispersonal versucht habe, auf die Änderung einer ICD-Kodierung hinzuwirken. Dem Vorwurf wurde aufsichtlich nachgegangen; er war jedoch nicht verifizierbar. Gleichwohl wurde der Fall zum Anlass genommen, die Kasse über die Rechtslage aufzuklären.

9. Sieht die Landesregierung Änderungsbedarf am System des Risikostrukturausgleiches?

Die Fragen 9 und 10 werden zusammen beantwortet.

10. Falls ja, welchen?

Der Morbi-RSA ist auf möglichst korrekte Kodierung durch die Vertragsärztinnen und -ärzte angewiesen (s. o. zu 1.). Die Landesregierung hat deshalb im aktuellen Bundesratsverfahren zum Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) einen Änderungsantrag mitgetragen, wonach Kodierrichtlinien zukünftig verbindlich zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen als Bestandteil der Gesamtverträge vereinbart werden sollen. Hierdurch würde die Kodierqualität signifikant erhöht.