



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

An alle
am RSA teilnehmenden Krankenkassen

nachrichtlich:
Bundesministerium für Gesundheit
Aufsichtsbehörden der Länder
GKV-Spitzenverband

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1984
FAX +49 (0) 228 619 - 1841
E-MAIL lisa.fischer@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Lisa Fischer

DATUM 03. Juli 2014
AZ 312 – 5588.0 -1443/2010
(bei Antwort bitte angeben)

- nur per Email -

Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA):

Diagnoseüberprüfungen durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) im Rahmen der Prüfungen nach § 106a (§106) SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen unserer Tätigkeit nach § 273 SGB V zur Sicherstellung der RSA-Datenmeldungen ist uns bekannt geworden, dass einzelne Krankenkassen auf dem Wege des § 106a SGB V versuchen, Diagnosen in den ärztlichen Abrechnungsdaten gezielt nacherfassen zu lassen.

Dies geschieht offenbar i. d. R. in Zusammenarbeit mit der jeweiligen KV, der zu diesem Zweck Listen mit Versicherten übermittelt werden, für die zwar Leistungen abgerechnet wurden, aber keine oder nicht die aus Sicht der Kasse zutreffende Diagnose vom Arzt kodiert wurde. Die KV bittet die betroffenen Ärzte in einer Stellungnahme um Korrektur bzw. Ergänzung vermeintlich unvollständiger ICD-Kodierungen. Zum Teil existieren zu diesem Zweck separate Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und KVen.

Hierzu möchten wir grundsätzlich auf Folgendes hinweisen:

I.

Diagnose(-plausibilitäts)prüfungen mit dem alleinigen Ziel, isoliert Diagnosen auf Einzelfallebene in den ärztlichen Abrechnungsdaten nacherfassen zu lassen, sind von

§ 106a SGB V nicht gedeckt. Dies gilt insbesondere, wenn zu diesem Zweck die Daten aus unterschiedlichen Leistungsbereichen einzelfallbezogen analysiert und/oder versichertenbezogene Listen zwischen Krankenkassen, KVen und Leistungserbringern übermittelt werden.

Unzulässig sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Beanstandung und nachfolgende Ergänzung/Korrektur vermeintlich fehlender Diagnosen

- aufgrund eines Abgleichs mit EBM-Ziffern
- aufgrund eines Abgleichs mit Arzneimittel-Verordnungen
- aufgrund eines Abgleichs mit der Einschreibung in ein DMP-Programm oder
- sonstiger Informationen, die auf das Vorliegen einer Erkrankung oder einer erfolgten Behandlung schließen lassen (z.B. die Durchführung einer Dialyse).

Die nach § 106a SGB V vorgesehenen Plausibilitätsprüfungen sind unmissverständlich auf die Abrechnung und somit auf die ärztlich abgerechneten Leistungen, nicht auf die Diagnosen gerichtet. Diagnosen sind nur insofern relevant und in die Prüfung miteinzubeziehen, sofern sie auf eine womöglich falsch abgerechnete ärztliche Leistung hinweisen. Eine isolierte und von der Abrechnung losgelöste Prüfung der Diagnose auf Plausibilität ist daher mit der eigentlichen Intention des § 106a SGB V nicht vereinbar.

Auch § 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Prüfung der Plausibilität der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose) legitimiert eine solche Vorgehensweise nicht. Darüber soll einzig sichergestellt werden, dass die medizinische Notwendigkeit von nach dem EBM abgerechneten Leistungen auf eine gesicherte Diagnose rückführbar ist (Hess in Kasseler Kommentar, § 106a SGB V, Rn. 13). Es wird hier somit eindeutig eine (Prüf-)Anforderung an die abgerechnete Leistung, nicht an die dokumentierte Diagnose formuliert.

Genauso wenig lässt sich aus der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbarten Prüfrichtlinie (hier insbesondere §§ 16 und 17) die Rechtmäßigkeit solcher Maßnahmen ableiten. Zwar ist darin von der Prüfung der Plausibilität der Diagnosen durch Vergleich mit Arzneimittelverordnungen die Rede. Dies richtet sich jedoch ebenfalls explizit auf die angegebene Diagnose, es kann also nicht der Nachweis einer vermeintlich fehlenden Diagnose gemeint sein. Eine solche Herangehensweise verkehrt folglich die Prüfontention des § 106a SGB V ins Gegenteil.

Hauptzweck der Prüfungen nach § 106a SGB V ist – so auch der Gesetzgeber – die Begrenzung des finanziellen Risikos einer Mengenausweitung der abgerechneten Leistungen über das medizinisch Notwendige hinaus. Konsequenz dieser Prüfungen kann dementsprechend eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V beim betroffenen Arzt sein. Eine von der Abrechnung losgelöste Beanstandung von Diagnosen oder gar deren Korrektur kann sich daraus nicht ergeben.

Datenschutzrechtlich entbehrt ein solches Vorgehen ferner jeglicher Grundlage. Denn der einschlägige § 284 SGB V lässt vor dem Hintergrund des § 106a SGB V eine Erhebung und Verwendung von versichertenbezogenen Sozialdaten nur zu, wenn dies zur Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung und somit der abgerechneten Leistung geschieht (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V). Eben diesem Zweck folgen die o.g. Prüfansätze offenkundig nicht.

Auch die Regelung in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 SGB V, welche Datenerhebungen erlaubt, soweit sie für die Durchführung des RSA erforderlich sind, ist in diesem Zusammenhang nicht einschlägig. Denn die Krankenkassen sind verpflichtet, die für ihre Versicherten in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten dokumentierten Diagnosen unverändert im Sinne des § 295 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für die Durchführung des RSA ans BVA zu melden.

Inhalt und Durchführung der Plausibilitätsprüfungen nach § 106a SGB V sind schließlich von den KVen und Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu regeln (§ 106a Abs. 5 Satz 1 SGB V). Verträge, die zwischen einzelnen Kassen(-arten) und einer KV zu einem der o.g. Zwecke geschlossen werden, sind von vornherein nicht mit der geltenden Rechtslage vereinbar.

Bitte teilen Sie uns daher schriftlich (gerne auch per Email) binnen 4 Wochen nach Zugang dieses Schreibens mit, ob Sie in der vorstehend beschriebenen Weise vorgehen bzw. vorgegangen sind. Bei positiver oder ausbleibender Mitteilung behalten wir uns vor, nach § 273 Abs. 3 Satz 2 SGB V eine Einzelfallprüfung einzuleiten.

II.

Wir weisen ferner ausdrücklich darauf hin, dass das vorstehend beschriebene Vorgehen ebenso wenig im Rahmen von § 106 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung) zulässig ist.

Die Bestandteile der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in § 106 Abs. 2 SGB V benannt. Demnach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung über eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung) und über eine arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 von Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung) geprüft. Dies schließt offensichtlich keine systematische, einzelfallbezogene und isolierte Überprüfung von Diagnosestellungen mit ein.

Sofern Sie zu den o.g. Zwecken mit einer Prüfungsstelle in Verbindung stehen und ggf. sogar versichertenbezogene Daten bzw. Prüffälle austauschen oder ausgetauscht haben, bitten wir in der o.g. Frist ebenfalls um Mitteilung.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) teilt die hier dargelegte Rechtsauffassung. Zusätzlich verweisen wir in diesem Zusammenhang auf das beiliegende BMG-Rundschreiben aus dem Jahr 2009.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Dr. Göppfarth

Anlage