



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 +49 228 619 1842  
FAX +49 228 619 1849

Referat\_311@bvamt.bund.de  
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Herr Luig

2. Mai 2017

AZ 311 – 5588.6 – 1258 / 2017  
(bei Antwort bitte angeben)

Elektronischer Versand

## **Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (RSA)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gesetzgeber hat die zurückliegenden Diskussionen über die Beeinflussung von Diagnosedaten aufgegriffen und im Rahmen des zum 11. April 2017 in Kraft getretenen Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) Regelungen geschaffen, die zum einen die Manipulationsmöglichkeiten im RSA reduzieren und zum anderen die Krankenkassen verpflichten, bei Prüfungen des Bundesversicherungsamtes nach § 273 SGB V aufklärend mitzuwirken. Diese Verpflichtung wurde mit der Möglichkeit der Erhebung eines Zwangsgeldes flankiert. Der rechtmäßigen Erhebung und Meldung der für den RSA maßgeblichen Daten kommt eine besondere Bedeutung zu und ist darüber hinaus von großem öffentlichem Interesse. Aus diesem Grunde möchte ich Sie auf folgende Änderungen und Klarstellungen hinweisen:

Der Gesetzgeber hat mit § 303 Absatz 4 SGB V n. F. klargestellt, dass die vom Leistungserbringer an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Diagnoseschlüssel unverändert an die Krankenkassen zu übermitteln sind. Eine erneute Übermittlung in korrigierter oder ergänzter Form ist nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler zulässig. Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten, insbesondere auch aufgrund von Prüfungen gemäß §§ 106 bis 106c SGB V, Unterrichtungen nach § 106d Ab-

satz 3 Satz 2 SGB V und Anträgen nach § 106d Absatz 4 SGB V, ist unzulässig. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass es sich bei dieser Änderung um eine gesetzgeberische Klarstellung der bestehenden Rechtslage handelt. Bereits mit Rundschreiben vom 3. Juli 2014 (Az. 312 – 5588.0 – 1443 / 2010) legten wir dar, dass die Diagnosenacherfassung im Rahmen von §§ 106/106a SGB V unzulässig ist.

Ebenso stellt § 305a SGB V n. F. klar, dass eine Beratung des Arztes oder Psychotherapeuten durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme unzulässig ist.

Nur in den gesetzlich geregelten Fällen dürfen Krankenkassen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beraten. Es gehört im Rahmen der Regelversorgung nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen im Sinne von § 30 Absatz 1 SGB IV, die Vertragsärztinnen und die Vertragsärzte im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation der Diagnosen zu beraten. Unzulässig ist auch eine beratende Beeinflussung des Kodierverhaltens über den Einsatz von Praxissoftware (vgl. BT-Drs. 18/11205, S. 78).

Die neuen Regelungen zu § 273 SGB V stellen außerdem klar, dass Krankenkassen auf Verlangen des Bundesversicherungsamtes in seiner Funktion als RSA-Durchführungsbehörde weitere Auskünfte und Nachweise innerhalb einer angemessenen Frist zu liefern haben. Gleichzeitig erhält das Bundesversicherungsamt die Möglichkeit, zur Durchsetzung dieser Mitwirkungspflicht ein Zwangsgeld entsprechend § 71 Absatz 6 Satz 5 SGB V in Höhe von bis zu 10 Millionen Euro festzusetzen. Zur Anwendung kommt das Zwangsgeld, wenn Krankenkassen die angeforderten Auskünfte und Nachweise nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht an das Bundesversicherungsamt liefern.

Zur Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA, aber auch zur Korrektur der in der Vergangenheit begangenen Rechtsverstöße werde ich von den durch das Gesetz eröffneten Möglichkeiten konsequent Gebrauch machen und behalte mir vor, bei allen am RSA teilnehmenden Krankenkassen zukünftig Prüfungen auch vor Ort durchführen zu lassen. Die Einnahmen aus den Korrekturbeträgen werden dem Gesundheitsfonds zugewiesen und können somit der Solidargemeinschaft wieder zugeführt werden.

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass das Bundesversicherungsamt nach § 39a Absatz 5 Satz 3 RSAV die Möglichkeit hat, von der Erhebung eines „Strafaufschlages“

ganz oder teilweise abzusehen, wenn eine Krankenkasse von sich aus auf Fehler bei den Datenmeldungen hinweist und sich aktiv an der Sachverhaltsermittlung beteiligt. Vor diesem Hintergrund bitte ich Sie, die in der Vergangenheit gemeldeten Daten intensiv dahingehend zu überprüfen, ob diese auch unter Berücksichtigung der mit dem o. g. Gesetz erfolgten Klarstellungen rechtmäßig waren. Sollte dies nicht der Fall gewesen sein, lege ich Ihnen nahe, uns über die fehlerhaften Datenmeldungen zu informieren.

Das HHVG stellt auch klar, dass alle erforderlichen Maßnahmen zur unverzüglichen Beendigung rechtswidriger Vertragsgestaltungen – bis hin zur außerordentlichen Kündigung von Verträgen – zu ergreifen sind (vgl. BT-Drucks 18/11205, Seite 63). Weiterhin enthält das Gesetz eine Klarstellung dahingehend, dass kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen (allein) für Diagnosen nicht im Rahmen von Gesamtverträgen fortgeführt oder neu vereinbart werden können. Insoweit können auch dem Grunde nach fortgeltende Verträge nach § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V mit den besonderen Aufsichtsmitteln nach § 71 Abs. 6 SGB V n. F. beseitigt werden.

Zusätzliche Vergütungen für Diagnosen sind ausgeschlossen und laufen dem Willen des Gesetzgebers zuwider. Soweit also Vereinbarungen Vergütungen allein für die Vergabe von Diagnoseschlüsseln vorsehen und eine konkrete ärztliche Leistung nicht gegenübersteht, sind diese zu beseitigen oder anzupassen.

Wie auch der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, haben sich die Aufsichtsbehörden bereits im Oktober 2016 einen Überblick über Verträge verschafft, deren Hauptzweck darin bestehen kann, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosedaten zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen (a.a.O, Seite 64). Zur Vermeidung von Wiederholungen darf ich an dieser Stelle auch auf das Rundschreiben meines Hauses vom 12. Dezember 2016 (Az. 311 – 5241.1 – 1597 / 2012) verweisen, mit welchem Sie über die Beschlüsse der 89. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger informiert wurden. Ich möchte an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hinweisen, dass ich die Beachtung der gefassten Beschlüsse erwarte.

Soweit aktuelle Veröffentlichungen der letzten Tage konstatieren, es bestehe weiterhin die Gefahr einer unrechtmäßigen Diagnosebeeinflussung durch Umsteuerung entsprechender Anreize in andere Vertragsgestaltungen, möchte ich darauf hinweisen, dass auch dies dem Willen des Gesetzgebers zuwider läuft. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen sich allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen keine wirtschaftlichen Vorteile gewähren lassen.

Durch die Presse- und Medienberichte jüngster Vergangenheit wurde die Gesetzliche Krankenversicherung mit Vorwürfen der Manipulation und des Betrugs in Verbindung gebracht. Dies schadet dem Ansehen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bevölkerung. In unserem gemeinsamen Interesse gilt es dies in Zukunft zu vermeiden. Mit rechtmäßigem Verhalten tragen Sie zu einem fairen und solidarischen Wettbewerb der Krankenkassen untereinander bei. Jede Krankenkasse ist mitverantwortlich für das Erscheinungsbild der Gesetzlichen Krankenversicherung und für das Vertrauen der Versicherten in das Versorgungssystem. Ich erwarte von Ihnen, dass Sie sich dieser besonderen Verantwortung bewusst sind und der rechtskonformen Erhebung und Meldung der für den Risikostrukturausgleich maßgeblichen Daten die größtmögliche Bedeutung beimessen.

Auch wenn die Krankenkassen miteinander im Wettbewerb stehen, handelt es sich bei der gesetzlichen Krankenversicherung nach wie vor um ein solidarisches System zum Wohle der Versicherten (§ 1 SGB V). Dem Solidargedanken sind auch die Krankenkassen verpflichtet. Es kann nicht angehen, dass sich einzelne Krankenkassen auf der Einnahmenseite auf Kosten des Gesamtsystems einseitig Vorteile verschaffen.

Mit freundlichen Grüßen



(Frank Plate)