



Bundesversicherungsamt  
Der Präsident

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Vorstände der Kassenärztlichen  
Vereinigungen im Bundesgebiet

nachrichtlich:  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Bundesministerium für Gesundheit  
Aufsichtsbehörden der Länder  
GKV-Spitzenverband

HAUSANSCHRIFT  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1529  
FAX +49 228 619 1866

krankenversicherung@bvtamt.bund.de  
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Michael Mühlhoff

6. Juni 2017

AZ 215 – 5241.1 – 2429/2013  
(bei Antwort bitte angeben)

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesversicherungsamt ist sowohl als RSA-Durchführungsbehörde, als auch in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Krankenkassen damit befasst, einer unrechtmäßigen Einflussnahme auf Diagnosedaten, die den Risikostrukturausgleich und damit die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds beeinflussen, entgegenzuwirken. Den Mitgliedern Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Daher erlaube ich mir, in dieser Frage auch auf Sie zuzukommen.

Zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bestehen sog. Betreuungsstrukturverträge. Solche Verträge wurden in der Vergangenheit unter Maßgabe des § 73a SGB V aF als Strukturverträge geschlossen und gelten gem. § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V fort. Auch bestehen sog. kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen als Anlagen zu den Gesamtverträgen.

Der Presseberichterstattung der letzten Monate war zu entnehmen, dass solche Vereinbarungen dazu genutzt werden, unsachgemäß Einfluss auf das Kodierverhalten der Vertragsärztinnen und -ärzte zu nehmen. Dies veranlasste den Gesetzgeber dazu, durch das am 11. April 2017 in Kraft getretene Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) Regelungen zu schaffen, die Manipulationsmöglichkeiten im RSA reduzieren.

Der Gesetzgeber stellt in seiner Begründung zum HHVG klar, dass ein vertragsärztliches Fehlverhalten gegeben ist, wenn Vertragsärztinnen und -ärzte allein für die Vergabe und

Dokumentation von Diagnosen eine zusätzliche Vergütung (ergänzend zur regulären Vergütung) oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren lassen oder selbst versprechen oder gewähren. Das ärztliche Handeln ist am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen Ärztinnen und Ärzte nicht eigene wirtschaftliche Interessen oder das Interesse Dritter über dieses Wohl stellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diesen Tatbestand bei der Verhängung von Sanktionsmöglichkeiten entsprechend ihrer Satzungsbestimmungen gemäß § 81 Abs. 5 SGB V zu berücksichtigen (vgl. BT-Drucks. 18/11205, Seite 63).

Zusätzliche Vergütungen für Diagnosen sind ausgeschlossen und laufen dem Willen des Gesetzgebers zuwider. Aus diesem Grunde hat das Bundesversicherungsamt bereits flächendeckend die entsprechenden Vereinbarungen einer Prüfung unterzogen und solche Verträge, die Vergütungen allein für die Vergabe von Diagnoseschlüsseln vorsehen und diesen eine konkrete ärztliche Leistung nicht gegenübersteht, aufgegriffen.

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass Krankenkassen nur in den gesetzlich geregelten Fällen Vertragsärztinnen und –ärzte beraten dürfen. Es gehört nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen im Sinne von § 30 Abs. 1 SGB IV, die Vertragsärztinnen und -ärzte im Hinblick auf die Vergabe und die Dokumentation der Diagnosen zu beraten. Unzulässig ist auch eine beratende Beeinflussung des Kodierverhaltens über den Einsatz von Praxissoftware (vgl. BT-Drucks. 18/11205, Seite 78).

Zwar beraten die Krankenkassen die Vertragsärztinnen und –ärzte bspw. im Rahmen von § 305a Satz 1 SGB V in erforderlichen Fällen über Fragen der Wirtschaftlichkeit. Diese Beratung darf sich jedoch nicht auf den Einzelfall der Vergabe von Diagnosen beziehen. In solchen Fällen sieht der Gesetzgeber die Gefahr einer Beeinflussung der Kodierung und damit des RSA. 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 ist daher, so nun in § 305a Satz 7 SGB V klargestellt, unzulässig.

Auch für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen stellt der durch das HHVG angefügte § 303 Absatz 4 SGB V klar, dass eine erneute Übermittlung von Diagnosedaten in korrigierter oder ergänzter Form lediglich in berechtigten Ausnahmefällen bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern zulässig ist.

Sie werden Verständnis dafür haben, dass ich im Zusammenhang mit der treuhänderischen Verwaltung des Gesundheitsfonds ein besonderes Augenmerk auf die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu legen habe und die Sicherung der dafür maßgeblichen Datengrundlage davon untrennbar ist. Aus diesem Grunde würde ich mich freuen, wenn Sie Ihre Mitglieder über meine Ausführungen informieren.

Die am RSA teilnehmenden Krankenkassen habe ich bereits mit Schreiben vom 2. Mai 2017 über die gesetzgeberischen Klarstellungen informiert und dahingehend sensibilisiert, dem in der gesetzlichen Krankenversicherung verankerten Solidargedanken Rechnung zu tragen. Einen Abdruck dieses Schreibens habe ich Ihnen zur Kenntnisnahme beilegen lassen.

Abschließend möchte ich auch darauf hinweisen, dass das Bundesversicherungsamt und die Landesaufsichtsbehörden am 13. Juni 2017 zu einer Arbeitsgruppensitzung in meinem Hause zusammenkommen werden. Damit wird das Ziel verfolgt, die bisherigen Erfahrungen auf diesem Themengebiet auszutauschen und weiterhin ein bundesweit einheitliches Vorgehen der Aufsichtsbehörden zu beschließen.

Mit freundlichen Grüßen



(Frank Plate)

**Anlage**