



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

An den VdEK

nachrichtlich: den Spitzenverband Bund der
Krankenkassen
alle am Risikostrukturausgleich
teilnehmenden Krankenkassen
AOK-BV, BKK-BV, IKK-BV, KBS
BMG
DKG
KBV

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1800
FAX +49 (0) 228 619 - 1841
E-MAIL dorothee.schmidt@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Dr. Dorothee Schmidt

DATUM 16. Januar 2009
AZ VII2-5576.0- 3440/08
(bei Antwort bitte angeben)

nur per Mail

Zulässige Diagnosequellen für die Datenmeldung nach § 30 RSAV

Ihr Schreiben vom 20. August 2008

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit o.g. Schreiben, haben sie die Frage an uns herangetragen, aus welchen Quellen Diagnosen im Risikostrukturausgleich gemeldet werden dürfen. Das BVA ist nach gründlicher Prüfung zu folgender Einschätzung gelangt:

§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und 6 RSAV benennt bestimmte Leistungserbringer, deren gestellte Diagnoseinformationen für die Zwecke des weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs gemeldet werden dürfen, sowie die Kriterien, welche die zu meldenden Diagnosen erfüllen müssen. Die Norm knüpft an Vorschriften zur Übermittlung und Aufbereitung von **Leistungsdaten nach dem SGB V** an. Dabei gilt grundsätzlich:

1. Im **stationären Bereich** sind die **bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen** nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V zu erheben. Bei diesen handelt es sich um Diagnosen mit den in Abs. 1 Nr. 7 beschriebenen Inhalten aus „**nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern**“. Weiterhin gilt für Diagnosen aus dem stationären Bereich durch den Verweis des § 30 RSAV auf Abs.

2 Satz 1 des § 301 SGB V, dass die **Verschlüsselung der Diagnosen** gemäß der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen deutschen Fassung der internationalen Klassifikation von Krankheiten (**ICD-10-GM**) sichergestellt sein muss.

2. Im **ambulanten Bereich** dürfen jene Diagnosen gemeldet werden, die **aus den Abrechnungsunterlagen für vertragsärztliche Leistungen** stammen. Laut § 95 SGB V nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung „zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen“ teil. Dabei dürfen nur Diagnosen zu Leistungen im Rahmen des SGB V gemeldet werden. Für die ambulanten Diagnosen gilt nach § 295 Abs. 1 SGB V, dass sie in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Fassung des **ICD-10-GM verschlüsselt** sind.
3. Die Meldung der Diagnosen aus zugelassenen Diagnosequellen an die Kassen hat grundsätzlich entweder **im Wege elektronischer Datenübermittlung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern** zu erfolgen.

Auf Grundlage dieser Kriterien erfolgt im Folgenden eine Bewertung sämtlicher dem BVA zur Kenntnis gebrachter möglicher Diagnosequellen:

Bewertung ambulanter Diagnosequellen

1. EFN (Einzelfallnachweis): Bei diesen Diagnosen handelt es sich um jene Diagnosen, die den Abrechnungsdaten der Kassenärzte zugrunde liegen. Es handelt sich um eine für den Risikostrukturausgleich zulässige Datenquelle.
2. Diagnosen aus ambulanter Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V: Es gilt, dass Diagnosen nach § 116b SGB V, soweit sie gemäß § 295 Abs. 1b SGB V übermittelt werden, eine für den Risikostrukturausgleich zulässige ambulante Datenquelle darstellen.
3. Für die Diagnosen nach §116 oder 116a SGB V gilt, dass die entsprechenden Leistungserbringer zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind (s. § 120 Abs. 1. S. 1 SGB V: Vergütung nach den Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und vgl. § 120 Abs. 3 Satz 3 i.V.m. § 295 Abs. 1 SGB V). Es ist sicherzustellen, dass die Meldung in SA 600 gemäß Anlage 3.4 der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V erfolgt und den beschriebenen grundsätzlichen Kriterien für die Meldung ambulanter Diagnosen genügt.
4. Diagnosen aus Hochschulambulanzen (einschließlich psychologischer Ausbildungsinstitute) nach § 117 SGB V: Diese Ambulanzen gehören zu den Einrichtungen, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind. Von

daher stellen Diagnosen aus Hochschulambulanzen eine zulässige Datenquelle dar. Gemäß § 120 Abs. 3 Satz 3 SGB V gilt § 295 Abs. 1 SGB V entsprechend.

5. Diagnosen aus psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V): Die in dem Paragraphen genannten Leistungserbringer sind „psychiatrische Krankenhäuser“ und „Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung“. Sie sind zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Gemäß § 120 Abs. 3 Satz 3 SGB V findet § 295 Abs. 1 SGB V Anwendung. Somit handelt es sich bei diesen Diagnosen um eine für den Risikostrukturausgleich zulässige Datenquelle.
6. Diagnosen aus sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V): Das Grundproblem für die Meldung von Diagnosen aus sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) ist, dass diese nicht grundsätzlich zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen gehören. Laut Aussage der KBV besitzen nur einige SPZ eine tatsächliche Ermächtigung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zulassung ist eher der Ausnahmefall. Für die nicht ermächtigten SPZ gilt, dass ein Teil die KVn für die Abrechnung beauftragt, die Diagnosen aber nicht generell weitergeleitet werden. Ein weiterer Teil der SPZ rechnet direkt mit den beauftragenden Kassen ab.
Grundsätzlich ist die Meldung von Diagnosen aus **nach § 119 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigten SPZ** zulässig (vgl. auch § 120 Abs. 3 S. 3 SGB V). Ein geeigneter Nachweis über die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung für die gemeldeten Diagnosen der jeweiligen Einrichtung ist bei den Kassen vorzuhalten.
7. Diagnosen aus ambulanten Operationen im Krankenhaus (§ 115b SGB V): Diese Diagnosen sind rechtlich zunächst allein im Zusammenhang mit § 301 SGB V zu verorten (vgl. § 115b Abs. 2 S. 5 Hs. 2, § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 9 sowie § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V). Da im übrigen Diagnosen zugelassener Krankenhäuser jedoch lückenlos anerkannt werden (s.u.), erscheint mit Blick auf § 115b Abs. 2 S. 5 Hs. 2 SGB V die Interpretation zulässig, der zufolge die Lücke durch eine zulässige Interpretation des Verweises des § 30 RSAV auf § 301 SGB V auszufüllen ist. Sie stellen daher eine für den Risikostrukturausgleich zulässige Datenquelle dar.
8. Diagnosen aus ambulanten AHB-Maßnahmen: Diese Diagnosen stammen aus Verordnungen für AHB-Maßnahmen behandelnder Ärzte. Die betreffenden Diagnosen sind keine in Abrechnungsunterlagen belegten Diagnosen. Es handelt sich daher nicht um eine für den Risikostrukturausgleich zulässige Diagnosequelle. Da diese Diagnosen allerdings vom behandelnden Arzt gestellt werden, ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Diagnosen auch in den EFN-

Abrechnungsunterlagen gemeldet werden. Ein Informationsverlust durch Nicht-Berücksichtigung ist nicht zu erwarten.

9. Maschinell oder elektronisch erfasste Informationen aus Abrechnungen zugelassener deutscher Kassenärzte im Rahmen der IV: Gemäß § 295 Abs. 1b i.V.m. Abs. 1 SGB V handelt es sich bei diesen Daten um eine zulässige Diagnosequelle. Es ist sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Diagnosen, die in § 295 Abs. 1 SGB V formuliert werden, gewährleistet sind. Weiterhin ist sicherzustellen, dass nur jene Diagnosen, die den Behandlungsanlass wiedergeben, in die Datenmeldung übernommen werden. Gemäß § 295 Abs. 1b S. 2 SGB V ist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgegeben, das Nähere zu regeln.
Manuell erfasste Informationen dürfen nicht gemeldet werden.

10. Informationen aus Abrechnungen nach § 95 SGB V zugelassener deutscher Kassenärzte, zugelassener medizinischer Versorgungszentren (MVZ), ermächtigter Ärzte oder ermächtigter Einrichtungen nach GOÄ für Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V zukünftig auch nach § 53 Abs. 4 SGB V: Hat ein Versicherter Kostenerstattung gewählt, nimmt er in der Regel eine privatärztliche Behandlung in Anspruch. Eine Kodierverpflichtung besteht für diese Ärzte nicht, so dass die Diagnosen nicht gemeldet werden dürfen. Eine Nicht-Erfassung dieser Diagnosen wird allerdings nicht als Problem erachtet, da der Referentenentwurf der 19. RSA-ÄndV für Versicherte, die im ambulanten Bereich Kostenerstattung gewählt haben, die Einordnung in eine gesonderte Versichertengruppe vorsieht, die einen Risikozuschlag unabhängig von den gemeldeten Diagnosen erhält.

11. Diagnosedaten aus Abrechnungen ausländischer Ärzte stellen keine zulässige Diagnosequelle dar. Ausländische Ärzte gehören nicht zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen. Ein weiterer Grund, der einer Meldung dieser Diagnosen entgegen steht, ist dass die durch § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V geforderte Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10-GM im Ausland nicht vorliegen dürfte.

Der Ausschluss dieser Datenquelle wird grundsätzlich nur bedingt als problematisch erachtet. Folgende Konstellationen scheinen hauptsächlich eine Rolle zu spielen:

- a. Diagnosen bei kurzfristigen Auslandsaufenthalten erkrankter Versicherter (z.B. Urlaubsreisen): Das Fehlen dieser Diagnosen sollte grundsätzlich kein Problem darstellen, da für die Diagnosen der ausgewählten 80 Krankheiten zu erwarten ist, dass diese bei Vorliegen einer chronischen oder schwerwiegenden Erkrankung auch in der Regelversorgung im Inland nachgewiesen werden.
- b. Diagnosen dauerhaft im Ausland lebender Versicherter: Das Fehlen dieser Diagnosen stellt ein grundsätzliches Problem dar. Da allerdings der

Referentenentwurf für die 19. RSAV-ÄndV eine gesonderte Berücksichtigung dieser Fälle im Klassifikationsmodell erlaubt, wird auch in diesem Fall nicht mit einer ernsthaften Benachteiligung für die Krankenkassen mit einer Vielzahl dieser Versicherten im Jahresausgleich gerechnet.

- c. Diagnosen von Versicherten, die im Zuge des Zusammenwachsens der Gesundheitsmärkte auch regelmäßig gezielt Leistungen im EU/EWR-Ausland oder der Schweiz in Anspruch nehmen. Die fehlende Möglichkeit, die Diagnosen dieser Versicherten berücksichtigen zu können, kann ein Problem darstellen. Dennoch wären auch mit einer Erfassung dieser Diagnosen erhebliche Probleme verbunden, da weder die geforderte Verschlüsselung nach ICD-10-GM gegeben ist, noch damit zu rechnen wäre, dass die entsprechenden Diagnoseinformationen rechtzeitig für die Durchführung des RSA erfasst werden können. Letztendlich wäre der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber gefordert, hier entsprechende Regelungen vorzunehmen.
12. Diagnosen aus Heil- oder Hilfsmittelrezepten, Verordnungen von Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V), Krankentransport, einer Haushaltshilfe (§ 38 SGB V), häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V), DMP-Dokumentationen (§ 137 SGB V), ärztlichen Bescheinigungen aus Einzelfallanträgen oder Bescheinigungen zum Erreichen der Belastungsgrenze (§ 62 SGB V): Diese Diagnosen sind keine Diagnosen, die aus den Abrechnungsunterlagen des verordnenden oder dokumentierenden Vertragsarztes hervorgehen. Sie stellen somit keine zulässige Diagnosequelle dar. Eine Nicht-Erfassung wird weiterhin nicht als Problem erachtet, da zu erwarten ist, dass sich die entsprechenden Diagnosen auch in den Abrechnungsunterlagen der entsprechenden Ärzte wiederfinden.
13. Diagnosen nicht zugelassener Behandler: Für diese Diagnosedaten gilt grundsätzlich, dass die entsprechenden Leistungserbringer nicht zu den von den §§ 295 Abs. 1 oder 301 Abs. 1 SGB V benannten Leistungserbringern für die Generierung von Diagnosen für den Risikostrukturausgleich gehören. Hinzu kommt, dass die Quellen die geforderten Kodierrichtlinien zur Qualitätssicherung nicht zu beachten haben, die Informationsqualität somit nicht mit den anderen vergleichbar ist. Diese Diagnosen dürfen daher nicht gemeldet werden.
14. Diagnosen von Leistungserbringern der AHB und Reha: Solange § 30 RSAV keine entsprechende Benennung weiterer Leistungserbringer vorsieht, sind Diagnosen, die nicht von den in §§ 295 Abs. 1 und 301 Abs. 1 SGB V genannten Leistungserbringern gestellt werden, grundsätzlich nicht zu melden.
15. Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 SGB V: Sofern die Eigeneinrichtungen Teilnehmer der Vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Abs. 1 SGB V sind, dürfen die Diagnoseinformationen dieser Einrichtungen gemeldet

werden. Sollen Diagnosen dieser Leistungserbringer für Zwecke des Morbi-RSA geliefert werden, müssen diese die notwendigen Informationen, die in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 1 SGB V formuliert werden, nachvollziehbar und überprüfbar enthalten. Insbesondere auf das Vorliegen der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Nr. 2 (Diagnose gemäß Abrechnungsunterlagen) und Abs. 2 SGB V (Kodierung nach ICD-10 in der vom DIMDI herausgegebenen Fassung), sowie auf das Vorliegen des Qualifizierungsmerkmals ist zu achten. Ebenfalls muss sichergestellt sein, dass **nur Diagnosen des akuten Behandlungsanlasses** für den RSA gemeldet werden dürfen. Sofern die Eigeneinrichtungen der Kassen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, stellen ihre Diagnosen grundsätzlich keine gültige Diagnosequelle dar.

16. Diagnosen *zugelassener deutscher Kassenärzte, MVZ, ermächtigter Ärzte oder ermächtigter Einrichtungen* nach § 95 SGB V im Rahmen weiterer Selektivverträge nach §§ 73 b oder c SGB V: Diagnosen dieser Leistungserbringer im Rahmen von Abrechnungsunterlagen stellen eine zulässige Diagnosequelle dar. Es ist darauf zu achten, dass diese den in § 295 Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen (inklusive Qualifizierungsmerkmal) entsprechen. Weiterhin ist bei Diagnosen aus diesen Verträgen ebenfalls sicherzustellen, dass dem BVA nur jene Diagnosen gemeldet werden, die den jeweiligen Behandlungsanlass wiedergeben.

Grundsätzlich ist bei der Meldung der Diagnosen aus zugelassenen Quellen folgendes zu beachten:

1. Zu Zwecken der Nachprüfbarkeit wird es als unverzichtbar angesehen, dass in der Satzart 600 ein weiteres Merkmal eingeführt wird, welches Aufschluss darüber gibt, aus welcher der zugelassenen Quellen die betreffende Diagnose stammt.
2. Für einige der benannten Diagnosequellen liegt das im Klassifikationssystem wichtige Qualifizierungsmerkmal bisher nicht notwendigerweise vor. Dies betrifft insbesondere die Meldungen für Leistungserbringer nach §§ 116, 116 a und 116 b sowie §§ 117-119 SGB V. **Eine eigenhändige Ergänzung dieses Merkmals durch die Kassen ist nicht zulässig.** Da dem BVA bewusst ist, dass das Vorliegen des Qualifizierungsmerkmals für die Verwendung im Klassifikationssystem zentral ist, wird es für eine Übergangszeit eine entsprechende, geeignete Bewertung für Diagnosen aus den betroffenen Quellen vornehmen. Dies setzt die unter Ziffer 1 genannte Markierung der Diagnosequellen im Datensatz voraus. Mittelfristig sind die Krankenkassen jedoch gehalten, auf eine Meldung des Qualifizierungsmerkmals durch die betreffenden Leistungserbringer hinzuwirken.
3. Auf die Einhaltung der jeweils aktuellen Kodierrichtlinien für den vertragsärztlichen Bereich ist zu achten. Solange noch keine Kodierrichtlinien nach § 295 Abs. 3 Satz 2

SGB V vorliegen, ist grundsätzlich die **Anleitung zur Verschlüsselung des DIMDI zu befolgen**. Diese beinhaltet, dass die dokumentierten Diagnosen auf den Abrechnungsunterlagen nach § 295 Abs. 1 SGB V sich auf **jene Diagnosen beschränken** müssen, **derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt** wurde, und **für die Leistungen abgerechnet** wurden.

4. Diagnosen, welche nachträglich durch die Kassen bei den Ärzten erhoben werden (z.B. durch auszufüllende Listen o.ä. im Rahmen von Aktionen zu sogenanntem Up- oder Right-Coding) und **für die kein Behandlungsanlass** vorlag, entsprechen nicht den Anforderungen des § 295 Abs. 1 Nr. 7 SGB V und **dürfen von daher nicht gemeldet** werden. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unser Rundschreiben vom 17.12.2008. Erhält das BVA Kenntnis von einem solchen Vorgehen behalten wir uns vor, geeignete, strikere Maßnahmen zur Diagnosevalidierung der entsprechenden Kassen zu treffen, um eine vergleichbare Datenqualität der Kassen in der verwendeten Datengrundlage zu gewährleisten.

Bewertung stationärer Diagnosequellen

1. Diagnosen aus dem 301-er Datenaustausch mit Krankenhäusern: Die Meldung ergibt sich direkt aus § 30 Abs. 1. Satz 1 Nr. 5 RSAV i.V.m. § 301 Abs. 1. Satz 1 Nr. 7 SGB V.
2. Entsprechende Diagnosen für zugelassene Krankenhäuser, die nicht am Datenaustausch nach § 301 SGB V teilnehmen: Analog zu 1. handelt es sich um zulässige Diagnosequellen, da es sich um dieselben nach § 30 RSAV benannten Leistungserbringer handelt. Allerdings ist dabei sicherzustellen, dass die vom § 301 Abs.1 Satz 1 Nr. 7 SGB V gestellten Informationen übermittelt werden können. Kann dies nicht sichergestellt werden, sind diese Diagnosen nicht zu melden.
3. Diagnosen aus stationären AHB-Maßnahmen in nach §§ 111, 111a SGB V zugelassenen Einrichtungen: Hierbei handelt es sich **nicht** um zulässige Diagnosequellen. Der Verweis des § 30 RSAV auf Abs. 1 des § 301 SGB V macht deutlich, dass es sich dabei nicht um zugelassene Leistungserbringer für die Diagnosestellung im Morbi-RSA handelt. Bezüglich des Datenfeldes 11 der SA 500 in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V handelt es sich nach Auffassung des BVA in Kombination mit den in den Vorbemerkungen zur SA 500 getätigten Satz „Es sind die Diagnosen der Krankenhausversorgung nach § 30 RSAV Abs. 1. Satz 1 Nr. 5 RSAV zu melden.“ eindeutig um Diagnosen, bei denen eine stationäre Anschlussrehabilitation im Anschluss an eine OP in den nach § 108 SGB V zugelassenen Einrichtungen stattgefunden hat. Eine aus der Existenz dieses Feldes

abgeleitete Berechtigung zur Meldung der Diagnosen der Einrichtungen nach §§ 111, 111a SGB V kann nicht bestätigt werden.

4. Maschinell oder elektronisch erfasste Informationen aus Abrechnungen zugelassener deutscher Krankenhäuser im Rahmen der IV: Grundsätzlich gehören die Leistungserbringer zu den durch § 301 Abs. 1 SGB V benannten Erzeugern von Morbi-RSA relevanten Diagnosen. Sie stellen somit eine zulässige Diagnosequelle dar. Die Erfüllung der in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V formulierten Qualitätskriterien muss sichergestellt sein.

Manuell erfasste Informationen sind grundsätzlich nicht zu melden.

5. Informationen aus Abrechnungen zugelassener deutscher Krankenhäuser für Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V: Sofern der/die Versicherte (auch) für den ambulanten Bereich Kostenerstattung gewählt hat, sind sie nach dem Entwurf einer 19. RSA-ÄndV einer gesonderten Gruppe zuzuordnen, so dass ihre Diagnosen (auch im stationären Bereich) nicht berücksichtigt werden. Sofern sich die Wahl der Kostenerstattung allerdings auf den stationären Bereich beschränkt, können diese Diagnosen berücksichtigt werden, wenn alle anderen Kriterien, die an die Diagnosequellen zu stellen sind, erfüllt sind. Grundsätzlich gilt auch hier, dass eine Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vorgeschrieben ist. Da dies zu einem faktischen Ausschluss dieser Diagnosen führen würde und der Ordnungsgeber ausweislich der Begründung zur 19. RSA-ÄndV von einer Berücksichtigung dieser Diagnosen ausgeht, wird für einen Übergangszeitraum die manuelle Erfassung dieser Diagnosen toleriert, sofern die geforderten Informationen in der erforderlichen Güte (verschlüsselt nach ICD-10-GM) in der Abrechnung vorliegen. Mittelfristig sollte auch hier eine Regelung nach § 301 Abs. 3 SGB V umgesetzt werden, wonach der GKV-Spitzenverband mit den Krankenhäusern ein Verfahren zur elektronischen Übermittlung der Diagnosen von Kostenerstattern an die Krankenkassen vereinbart.
6. Diagnosedaten aus Abrechnungen ausländischer Krankenhäuser nach § 13 Abs. 4 SGB V: Die Argumentation unter Punkt 11. der ambulanten Diagnosedaten gilt analog.
7. Diagnosen in DMP-Dokumentationen von Krankenhäusern: DMP-Dokumentationen stellen keine zulässige Diagnosequelle nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV dar, da sie nicht dem Zweck der Festlegung einer Entlassungsdiagnose zu Abrechnungszwecken im Sinne von § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V dienen.
8. Ärztliche Bescheinigungen aus Einzelfallanträgen: Die Argumentation zur DMP-Dokumentation von Krankenhäusern gilt hier analog. Von daher wird diese Diagnosequelle nicht zugelassen.

9. Diagnosen aus stationären Hospizen nach § 39a Abs. 1 SGB V: Da es sich bei Hospizen nicht um nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser handelt, dürfen deren Diagnosen nicht gemeldet werden. Es handelt sich nicht um eine zulässige Diagnosequelle.

Grundsätzlich ist bei der Meldung der zugelassenen, stationären Quellen folgendes zu beachten:

Bei den Datenmeldungen sind die zum Zeitpunkt der Datenmeldung korrekten Diagnosen zu melden. Kommt es im Rahmen einer Abrechnungsprüfung zu einer Änderung einer Diagnosestellung, so sind die korrigierten und nicht die ursprünglich gemeldeten Diagnosen zu melden. Geänderte Abrechnungsunterlagen sind gemäß SVRV von den Krankenkassen als zahlungsbegründende Unterlage in ihrer Historienführung vorzuhalten. Eine Verrechnung von Korrekturen mit Krankenhäusern ohne Änderung der Abrechnungsunterlagen ist nicht mit den Grundsätzen der ordentlichen Buchführung vereinbar und daher unzulässig.

Diagnosen weiterer Leistungserbringer und Diagnosen aus anderen Bereichen des SGB

Die durch § 30 RSAV implizite Ermächtigung bestimmter Leistungserbringer schließt die Diagnosen anderer, nicht unter diese fassbare Leistungserbringer kategorisch aus. Für die Diagnosen aus anderen Bereichen des SGB gilt grundsätzlich das Gleiche. Selbst wenn ihre Qualität von hoher Güte sein mag, so ist doch keine Verwendung dieser Diagnosen durch § 30 RSAV zu Zwecken des Risikostrukturausgleichs vorgesehen. Eine Verwendung dieser Diagnosedaten muss daher abgelehnt werden.

Wir möchten Sie bitten, die getroffenen Entscheidungen den Verantwortlichen Ihrer Kassen zur Kenntnis zu bringen und die Umsetzung für die anstehenden Datenlieferungen zu veranlassen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

gez. Dr. Göppfarth