



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

An den VdEK

nachrichtlich:

GKV-Spitzenverband

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 29. Januar 2009

AZ VII2 5576.0 3440/08

(bei Antwort bitte angeben)

nur per Email

Zulässige Diagnosequellen für die Datenmeldung des § 30 RSAV

Ihre Email vom 16. Januar 2009

Sehr geehrter Herr Baumann,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 16. Januar 2009, in welchem Sie vier Punkte unseres Schreibens zu den zulässigen Diagnosequellen problematisieren. Da diese an die Zulässigkeit bestimmter ambulanter Diagnosen anknüpfen, sei an dieser Stelle noch einmal auf die klaren gesetzlichen Vorschriften des § 30 RSAV verwiesen, welche die Grundlage für sämtliche Diagnosen darstellen, die für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erhoben werden dürfen.

Für die Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung wird dabei auf § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V verwiesen. Dort werden klare Vorgaben in Bezug auf **Form und Übermittlungsweg** vorgegeben. So gilt nach § 295 Abs. 1 SGB V grundsätzlich, dass die Abrechnungsunterlagen zumindest „maschinenlesbar“ aufzuzeichnen und zu übermitteln sind. Satz 2 normiert Anforderungen zur Verschlüsselung: „Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des BMG herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln“.

Gesetzliche Vorgaben zur Übermittlung

§ 295 Abs. 2 SGB V gibt vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsdaten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Krankenkassen zu übermitteln haben. Auch für Fälle einer direkten Abrechnung der Leistungserbringer mit den Krankenkassen regelt Abs. 1b in Satz 1 explizit, wie die in § 295 Abs. 1 SGB V genannten Daten zu übermitteln sind, nämlich „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“. Dies gilt für Abrechnungen von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V, zur Versorgung nach § 73 b oder c SGB V, für die Krankenhäuser, die gemäß § 116b Abs. 2 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen und mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes auch für psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Für Diagnosen aus der ambulanten Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V), der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V) und der ambulanten Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in stationären Pflegeeinrichtungen (§§ 119a, b SGB V) erfolgt die Abrechnung „nach den für Vertragsärzte geltenden Vorschriften“ (§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V), mithin also auch die Verpflichtung zur Übermittlung „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“.

Von Ihnen und von anderer Seite wurde vorgetragen, dass in der Praxis eine gewisse Diskrepanz zu den gesetzlichen Vorgaben existiert und nicht alle Datenmeldungen elektronisch oder auf Datenträgern übermittelt werden. Da diese gesetzlichen Vorgaben auch der Vermeidung von Fehler- und Manipulationsanfälligkeiten dienen, sehen wir hier keine andere Möglichkeit, als auf eine Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu bestehen. Bezogen auf die abgeschlossenen Berichtsjahre bis einschließlich 2008 sind wir bereit, eine Erhebung auch anders als elektronisch oder auf Datenträgern übermittelten Diagnosen zu tolerieren, sofern diese zumindest maschinenlesbar übermittelt werden. Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, dass diese Diagnosen zu Zwecken der Nachprüfbarkeit in der Datenmeldung gesondert gekennzeichnet werden. Eine eigenständige Ergänzung des Qualifizierungsmerkmals durch die Kassen für diese Fälle ist **nicht zulässig**. Die Kassen haben vertraglich sicherzustellen, dass die durch die gesetzlichen Vorgaben genannten Anforderungen ab dem Berichtsjahr 2009 erfüllt sind, da diese Diagnosen anderenfalls keine Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich finden können.

Bei den direkt mit den Krankenkassen abrechnenden für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigten Krankenhäusern (Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V und sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V, bis zum Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes auch die psychiatrischen Institutsambulanzen

nach § 118 SGB V) gilt nach § 120 Abs. 3 Satz 3 SGB V der § 295 Abs. 1 SGB V entsprechend. Demnach sind in diesen Fällen die Diagnosen „maschinenlesbar aufzuzeichnen und zu übermitteln“. Eine allgemeine Definition des Begriffes „maschinenlesbar“ gibt es unseres Wissens nicht. Grundsätzlich ist nicht auszuschließen, dass auf Papier übermittelte Abrechnungen als maschinenlesbar eingestuft werden können. Allerdings setzt die Maschinenlesbarkeit voraus, dass die Abrechnungen in Hinblick auf die maschinelle Verarbeitung qualifiziert und optimiert sind, um ein Mindestmaß an Verarbeitungsfähigkeit zu gewährleisten (z.B. durch Verwendung eines Vordrucks, wie bei Rezepten). Da die Interpretation des Begriffes „maschinenlesbar“ nach weit verbreitetem Verständnis hierüber hinaus geht, und zumindest die Übermittlung auf Datenträgern voraussetzt, empfehlen wir den Krankenkassen, bei der Abrechnung mit für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigten Krankenhäusern auf eine entsprechende Übermittlung zu drängen. Ansonsten ist aber die Meldung von auch auf Papier maschinenlesbar übermittelten Diagnosen der genannten Einrichtungen im Risikostrukturausgleich nicht zu beanstanden. Für Diagnosen aus Abrechnungen mit psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V gilt künftig ohnehin die in § 295 Abs. 1b vorgeschriebene Anforderung, diese elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu melden.

Meldung von Diagnosen, die den Behandlungsanlass wiedergeben:

Grundlage für diese Forderung ist der Verweis des § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf die Verschlüsselung der Diagnosen in der vom deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen Fassung. Das DIMDI gibt in seiner Anleitung zur Verschlüsselung die folgende Anleitung: **„Auf den Abrechnungsunterlagen nach § 295 müssen Sie sich auf die Diagnosen beschränken, derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die Sie Leistungen abrechnen.** Dauerdiagnosen und chronische Zustände, die keine Leistungen nach sich gezogen haben, dürfen Sie aus Gründen des Datenschutzes nicht übermitteln.“ Das BVA sieht im Kontext des § 106a SGB V die Krankenkassen in der Pflicht, die Abrechnungen hinsichtlich der Kongruenz von Leistungen und Diagnosen zu überprüfen. Sollten diesbezüglich Auffälligkeiten auftreten, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen darüber zu unterrichten. Des weiteren sieht das BVA die Kassen in der Pflicht, im Rahmen von Verträgen nach §§ 73 b, c oder 140 a SGB V vertraglich sicherzustellen, dass diese Vorgaben des DIMDI zur Kodierung genauso wie die gesetzlichen bezüglich des Abrechnungsweges eingehalten werden.

Diagnosen von Kostenerstattungsfällen:

Für die Erhebung und Meldung dieser Diagnosen in der Datenmeldung nach § 30 RSAV besteht keine Rechtsgrundlage. Darüber hinaus weisen wir auf den Entwurf der 19. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hin, in der eine separate Risikogruppe für Versicherte vorgesehen ist, die Kostenerstattung im Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben. Damit entfällt auch die Notwendigkeit der Erhebung.

Diagnosen aus Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), psychiatrischen Institutsambulantent (§ 118 SGB V) und sozialpädiatrischen Zentren (§119 SGB V) – insbesondere Nachweis über Zulassung an der vertragsärztlichen Versorgung

Grundsätzliche Voraussetzung für die Meldung von Diagnosen aus diesen Einrichtungen ist die Teilnahme des Leistungserbringers an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V. Dies gilt auch für die von Ihnen angesprochenen Diagnosen aus Einrichtungen nach §§ 116, 116a und 116b SGB V. Liegt die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht vor, sind die Diagnosen grundsätzlich nicht zu melden. Das Vorhalten eines geeigneten Nachweises wird insofern nicht als Problem erachtet, als die Voraussetzung, Leistungen zu Lasten der GKV abzurechnen, die Zulassung oder Ermächtigung nach § 95 SGB V ist. Es ist davon auszugehen, dass die Kassen in ihren Häusern die Information darüber vorhalten, welchen Ärzten oder Einrichtungen sie gegenüber im Zuge der vertragsärztlichen Versorgung zur Vergütung verpflichtet sind.

In der Hoffnung in dieser Sache weitere Klarheit geschaffen zu haben, verbleiben wir

mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. Göppfarth