

RSA-Prüfhandbuch der Prüfdienste des Bundes und der Länder

Datenmeldungen Morbi-RSA



für das
Ausgleichsjahr 2019

Stand: 03.01.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell	3
1.2 Stichprobe	3
1.3 Prüfunterstützung	4
1.4 Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch	4
1.5 Hotline	5
1.6 Gegenstand der Prüfung	5
1.7 Verfahren	6
1.8 Belege und Daten.....	7
1.8.1 Anerkennung von Unterlagen	7
1.8.2 Elektronischer Datentransfer – Archivierung und Historienführung	11
1.9 Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen	12
1.10 Dokumentation der Prüfergebnisse	12
1.11 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung	12
2. Prüffragen	13
2.1 Allgemeines	13
2.2 Arzneimittelversorgung	14
2.3 stationäre Diagnosen	26
2.4 Ambulante Diagnosen	40
2.5 Versichertenverzeichnis (Pauschalzuschläge)	54
Anlagen	61

1. Allgemeiner Teil

1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell

Die Grundlagen zur Durchführung der Prüfungen der Datenmeldungen Morbi-RSA sind die §§ 266 Abs. 8 Nr. 9 SGB V, 20 Abs. 1 Satz 1 und 27 RSAV. Den Prüfdiensten nach § 274 SGB V wird demnach die Aufgabe übertragen, die von den Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mitzuteilenden Daten zu prüfen.

Der Prüfauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV umfasst allgemein die Prüfung der in den RSA gemeldeten Versicherungszeiten, der Einschreibungen in Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme – DMP), sowie der in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten (insbes. Diagnosen und Arzneimittelkennzeichen).

Die Prüfungen sind mindestens alle drei Jahre – bezogen auf eines der drei zuletzt nach § 18 RSAV abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre – durchzuführen.

Der Prüfungsumfang ergibt sich aus § 20 RSAV (für die Ausgleichsjahre bis einschließlich 2020 gilt § 20 i.V. mit der Übergangsvorschrift § 27 RSAV) und dem vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS – bis 31.12.2019 Bundesversicherungsamt - BVA) nach Anhörung des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, im Folgenden GKV-SV) und der Prüfdienste festgelegten Stichprobenverfahren. Ziel der Prüfung nach § 20 RSAV ist die Feststellung, ob die von der Krankenkasse abgegebenen Meldungen der SA 100 ff. durch entsprechende Nachweise belegt sind.

Die Prüfdienste stellen dieses Prüfhandbuch auch dem GKV-SV zur Verfügung, damit durch ausreichende Transparenz das Verständnis für die Organisation, den Umfang und die Durchführung der Prüfung geschaffen wird.

1.2 Stichprobe

Für die Prüfungen nach § 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV legt das BAS nach Anhörung des GKV-SV und der Prüfdienste nach § 274 SGB V in einer Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest.

Das BAS zieht die Stichprobe für die jeweilige Prüfung und stellt den Prüfdiensten nach § 274 SGB V die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Prüfdiensten nach § 274 SGB V legt das BAS fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 RSAV es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Prüfdiensten nach § 274 SGB V für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.

1.3 Prüfunterstützung

Die Prüfdienste setzen zur Effizienz und Vergleichbarkeit der Prüfung Software ein. Der Verordnungsgeber hat festgelegt, dass das BAS bestimmen kann, welche Daten den Prüfdiensten von den Krankenkassen elektronisch zu übermitteln sind. Auf die Datenbestimmung des BAS nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV in der Fassung vom 02. August 2023 (Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten) wird verwiesen.

1.4 Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch

Das Prüfhandbuch soll nicht nur eine Arbeitshilfe bei den RSA-Prüfungen sein, sondern auch eine bundesweit einheitliche Prüfung sicherstellen. Es ist für die Prüfung verbindlich anzuwenden. Das Prüfhandbuch und auch die Hotline-Entscheidungen (siehe Punkt 1.5) setzen dabei kein Recht, sondern stellen lediglich das in dem zu prüfenden Ausgleichsjahr geltende Recht dar.

Das Prüfhandbuch unterliegt einer stetigen Veränderung. Diese Veränderungen basieren entweder auf Gesetzesänderungen oder auf dem Umstand, dass es sinnvoll erscheint, Prüffragen bzw. Prüfsachverhalte herauszunehmen, abzuändern oder neu aufzunehmen. Es entbindet die Krankenkassen in ihrem Verwaltungshandeln nicht davon, den Verpflichtungen, die ihnen der Gesetzgeber auch außerhalb der Prüffragen bzw. Prüfsachverhalten auferlegt, nachzukommen. Dies gilt unabhängig vom Inhalt des Prüfhandbuches, zumal in seinen Durchführungshinweisen nur Regelungen zu gewöhnlich vorkommenden, verallgemeinerungsfähigen Sachverhalten, nicht aber zu (allen) Einzelfällen enthalten sein können.

Für die Beurteilung der Stichprobenfälle ist es wichtig, die Prämissen der RSA-Prüfung zu kennen. Darüber hinaus sollen die Erläuterungen in den Durchführungshinweisen eine Unterstützung (Argumentationshilfe) bei den RSA-Prüfungen nach § 20 RSAV sein. Die Erläuterungen gewährleisten damit in den einzelnen Arbeitsschritten die notwendige Qualität (einheitliche Durchführung der Prüfung) und sind Bestandteil der Qualitätssicherung.

Die Prüfung beschränkt sich darauf, ob die gemeldeten Daten belegt sind und zu Recht in den RSA eingeflossen sind.

Daraus folgt, dass im Rahmen der Prüfung festgestellte „positive“ Sachverhalte nicht in das Prüfergebnis einfließen (z. B. es können mehr Tage nachgewiesen werden, als die Krankenkasse tatsächlich gemeldet hat) und deshalb nicht in das zu Dokumentationszwecken zur Verfügung stehende Prüfunterstützungstool aufzunehmen sind. Auf solche Sachverhalte soll die Krankenkasse im Rahmen des § 274 SGB V beratend hingewiesen werden.

Relevante Hotline-Entscheidungen (siehe Punkt 1.5) aus zurückliegenden RSA-Prüfungen sind in dieses Prüfhandbuch eingearbeitet worden.

Die Aussagen und Inhalte im RSA-Prüfhandbuch beziehen sich ausschließlich auf das jeweils zu prüfende Ausgleichsjahr.

1.5 Hotline

Der Prüfdienst des Bundes im BAS stellt die sogenannte RSA-Hotline für Anfragen von grundsätzlicher Bedeutung zur laufenden Prüfung zur Verfügung. Anfragen können von Prüfdiensten, aber auch vom GKV-SV eingebracht werden.

Die Gliederung soll der Vorlage der Hotline-Anfragen entsprechen und der dort festgelegten Struktur: „Sachverhalt - Fallfrage - Auffassung der Krankenkasse / Auffassung des Prüfdienstes – Lösungsvorschlag“ folgen.

Einzelfälle werden nicht in der Hotline behandelt.

Der GKV-SV kann auch Anfragen der Krankenkassen an die Hotline stellen.

Die RSA-Hotline ist erreichbar unter:

<https://rsa-hotline.bundesamtsozialesicherung.de/otrs/customer.pl>

Die Bearbeitung und Entscheidung erfolgt durch den jeweils zuständigen RSA-Arbeitskreis (hier AK Morbi-RSA für fachliche Fragen, AK Organisation zu Fragen des Prüfverfahrens), bestehend aus Vertretern der Prüfdienste der Länder und des Bundes. Kann eine Anfrage vom AK Morbi-RSA nicht einstimmig entschieden werden, ist für die Bearbeitung und Entscheidung der AK Rechtsfragen zuständig. Die Entscheidungen werden im „Open Ticket Request System“ veröffentlicht, das den Prüfdiensten und dem GKV-SV als Informationsplattform zur Verfügung steht.¹

Nach Abschluss der Prüfung erfolgt keine erneute Aufnahme der Prüfung unter Berücksichtigung zwischenzeitlich ergangener Hotline-Entscheidungen. Den Krankenkassen ist es unbenommen, Fälle, in denen nachträgliche Hotline-Entscheidungen im Rahmen der Hochrechnung des Prüfungsergebnisses ggf. Relevanz auf die Höhe eines möglicherweise zu zahlenden Korrekturbetrages entfalten, sind im Anhörungsverfahren des Referates 317 im BAS aufzugreifen.

1.6 Gegenstand der Prüfung

Gegenstand der Prüfung ist jeweils die dem BAS zuletzt gemeldete und im RSA-Jahresausgleich berücksichtigte amtliche Datenmeldung für das zu prüfende Ausgleichsjahr.

Die Prüfungen nach § 20 RSAV der Datenmeldungen Morbi-RSA sind so ausgestaltet, dass nur die Diagnosen und Verordnungen geprüft werden, die potentiell einen Zuschlag auslösen können. Dies hat folgende Auswirkungen für die Prüfhandlungen der Prüfdienste:

- Referat 317 im BAS übermittelt den Prüfdiensten nur die Diagnosen und Arzneimittelkennzeichen, die tatsächlich einen Zuschlag auslösen könnten.

¹ Abrufbar unter: <https://rsa-hotline.bundesamtsozialesicherung.de/otrs/index.pl>

Aus diesem Grund werden Diagnosen und Arzneimittelkennzeichen, die keinen Zuschlag auslösen, den Prüfdiensten schon nicht als zu prüfende Unterlagen (Satzarten S) zur Verfügung gestellt.

- Durch Prüfungen festgestellte Abweichungen bei potentiell zuschlagsrelevanten Diagnosen und Arzneimittelkennzeichen, die aber keine Auswirkungen auf die Zuschlagshöhe haben können, werden von Referat 317 im BAS als unerhebliche Abweichungen gewertet.

Die Anlage 3 Punkt 2 B) der Bestimmung des BAS zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik enthält eine abschließende Darstellung dieser von den Prüfdiensten entsprechend zu meldenden Konstellationen.

Bei der Rückmeldung der Prüfergebnisse (Satzarten R) fließen diese Punkte entsprechend ein. Hierfür werden eigene Fehlernummern vorgesehen, um dem Referat 317 im BAS die Auswertung zu ermöglichen (Endung der Fehlernummer auf X.X.1).

1.7 Verfahren

Die Ermittlung der zu prüfenden Stichprobenversicherten erfolgt durch das BAS. Dieses stellt den Prüfdiensten nach § 274 SGB V des Bundes und der Länder für diese Versicherten die Daten der Satzart 110SM (= Stichprobenversicherte Morbi-RSA) sowie die entsprechenden Satzarten 400S, 500S und 600S zur Verfügung.

Die Krankenkasse erhält vom zuständigen Prüfdienst mit der Satzart 110LM die Pseudonyme aus der Satzart 110SM (= Liste Stichprobenversicherte Morbi-RSA) zur Depseudonymisierung und Ergänzung entsprechend der Datenbestimmung nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV.

Die Krankenkassen ergänzen die Datensätze der Satzart 110LM entsprechend der genannten Datenbestimmung zur sog. Satzart 110PM (Prüfungssatzart Morbi-RSA). Weiterhin stellen die Datenannahme- und Verteilstellen (DAV; z. B. BITMARCK, ITS Care, gkv *informatik*, kubus IT oder auch kasseneigene Stellen) die für die Prüfung benötigten Satzarten 400P, 500P und 600P entsprechend der Datenbestimmung des BAS nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV zur Verfügung.

Entsprechend der o.g. Datenbestimmung erhalten die Krankenkassen eine achtwöchige Mindestvorlaufzeit, um die Satzart 110PM zu erstellen und an den zuständigen Prüfdienst zu übermitteln.

Für die zusätzlich zu erstellenden Satzarten 400P, 500P und 600P stehen den DAV weitere vier Wochen und damit insgesamt zwölf Wochen zur Verfügung.

Die jeweilige Frist beginnt mit der Übermittlung der Satzart 110LM durch die Prüfdienste (Eingang der Satzart bei der jeweiligen Krankenkasse).

Die Datenquellen zur Erstellung der Prüfsatzarten wurden auf der Grundlage der Datenbestimmung nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV zwischen den Prüfdiensten und den DAV abgestimmt.

Durch einen maschinellen Datenabgleich stellen die Prüfdienste fest, inwieweit die Daten der Prüfsatzarten Auffälligkeiten im Vergleich zu den vom BAS übermittelten Datensätzen für die Stichprobenversicherten aufweisen.

Auffällige Datensätze münden in die Satzarten 110M, 400M, 500M und 600M. Diese werden den Krankenkassen übermittelt und sind die Grundlage für die sogenannten „örtlichen Erhebungen“ bei den Krankenkassen.

Zum Prüfbeginn stellen die Krankenkassen den Prüfdiensten die für die Prüfung benötigten Belege zur Verfügung.

1.8 Belege und Daten

Die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen ergeben sich grundsätzlich aus den einzelnen fachlichen Teilen des Prüfhandbuches. Es bleibt den Prüfdiensten unbenommen, darüber hinaus weitere zu Prüfzwecken erforderliche Unterlagen anzufordern.

1.8.1 Anerkennung von Unterlagen

Eingangszeitpunkt

Als Beleg für die von den Krankenkassen in den RSA gemeldeten Daten werden nur Unterlagen anerkannt, die bis zu dem Tag bei der Krankenkasse bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die Satzart 110 des zu prüfenden Ausgleichsjahres erstellt worden ist. Somit müssen Fälle zum Zeitpunkt der **tatsächlichen Meldung der Kasse an den GKV-SV** zur Weiterleitung an das BAS (Abteilung 3 als RSA-Stelle zur Berechnung des Risikostrukturausgleiches), belegt sein. D.h., erforderliche Nachweise müssen bis zu diesem Zeitpunkt der Kasse vorliegen.

Die Meldung der Satzarten musste **spätestens** zu den nachfolgenden offiziellen Zeitpunkten an das BAS (RSA-Stelle) gemeldet werden:

- **Satzart 110** Stand März 2021, Abgabe durch Kasse an GKV-SV, spätestens zum **15.04.2021**
- **Satzart 400, 500, 600** Stand Mai 2020, Abgabe durch Kasse an GKV-SV, spätestens zum **15.06.2020**

Nachgeforderte und / oder nach dem Meldezeitpunkt (Abgabe der Meldung durch die Kasse) eingegangene Unterlagen finden keine Berücksichtigung bei der Prüfung. In einem solchen Fall sind die Angaben als nicht belegt anzusehen.

Bis zur Absendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung der Prüfdienste an Referat 317 im BAS können die Krankenkassen Nachweise zu Prüfzwecken nachreichen, sofern diese bis zu dem Tag bei den Krankenkassen bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die der Prüfung zugrunde liegenden Satzarten erstellt wurden, d. h., an dem die

hierfür notwendigen Daten aus dem System der Krankenkasse selektiert worden sind.² Nach Übersendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung erkennen die Prüfdienste nachgehend vorgelegte Unterlagen nicht mehr an.

Bei papiergebundenen Dokumenten kann das Eingangsdatum in der Regel durch den aufgebrachten Eingangsstempel nachgewiesen werden.

Die Anbringung eines elektronischen Eingangsstempels bzw. einer automatischen Paginierung unmittelbar vor dem Scanvorgang ist zulässig. Dabei ist sicherzustellen, dass der elektronische Eingangsstempel dem tatsächlichen Eingangs- bzw. Scandatum des Papierdokumentes entspricht (siehe auch Leitfaden der Prüfdienste „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“, Ziffer 3.2.1.2 Bildliche und inhaltliche Übereinstimmung).

Nach dem Scanvorgang (auf dem Image) automatisch angebrachte elektronische Eingangsstempel sind nicht zulässig, da das Image dann kein originalgetreues Abbild des Urbeleges mehr ist.

Grundsatz

Belege sind im Original vorzulegen. Gleichgesetzt sind elektronische Belege mit einer nachprüfbar qualifizierten elektronischen Signatur oder einem vergleichbarem Schutz eines Vertrauensdienstes nach dem Vertrauensdienstegesetz bzw. der eIDAS-Verordnung.³

Images

Darüber hinaus werden auch Images als Belege zu RSA-Prüfzwecken anerkannt, wenn sie revisionssicher in einem entsprechenden Archivierungsmedium gespeichert wurden und so die Anforderungen an die Authentizität und Integrität der gespeicherten Daten erfüllen.

Hierzu haben die Krankenkassen die Archivierungsstandards gemäß § 239 und § 257 Abs. 3 HGB einzuhalten (vgl. die Begründung der 24. RSAV-Änderungsverordnung zum § 30 Abs. 2 RSAV a. F.).

Werden die Images nicht von der Krankenkasse, sondern von einem Dritten erzeugt, sollten die Datensätze unverzüglich nach dem Eingang bei der Krankenkasse / dem Rechenzentrum in einer nicht veränderbaren Form (z. B. (Worm-)Datenbanken) gespeichert werden.

Wird der Scanprozess durch die Krankenkasse vorgenommen, sollte dieser Prozess und eine Archivierung möglichst frühzeitig im Geschäftsprozess und zwar in jedem Fall vor der Sachbearbeitung (Fachverfahren) erfolgen.

Weiterhin müssen die Krankenkassen durch organisatorische Maßnahmen den Nachweis der Revisionssicherheit des Archivs im Hinblick auf Authentizität und Integrität erbringen.

² Hotline Bezugsnummer 20061208-0004 Wissensdatenbank / 20070122-0004 Pinnwand

³ Verordnung (EU) Nr. 910/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt und zur Aufhebung der Richtlinie 1999/93/EG.

Daten und damit auch die Images sind grundsätzlich authentisch, wenn sie mit den Ursprungsdaten des Ausstellers übereinstimmen und ihnen die Identität des Ausstellers zugeordnet werden kann.

Daten sind grundsätzlich integer (Integrität), wenn sie vollständig sind und nachweislich keine Veränderungen oder Manipulationen an ihnen festgestellt werden können. Darunter zu verstehen ist die (technische) Fähigkeit, die Unversehrtheit der elektronischen Information nachzuweisen.

Die Daten müssen inhaltlich unverändert für die Dauer der geltenden Aufbewahrungsfristen (siehe Punkt 1.9) verfügbar sein und in angemessener Frist lesbar gemacht werden können.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Anerkennung der Images nur auf die Durchführung der RSA-Prüfungen bezieht und die Originale entsprechend den rechtlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen weiterhin aufzubewahren sind.

Bei fehlenden, nicht plausiblen oder nicht lesbaren Images können die Prüfdienste die entsprechenden Originalbelege anfordern.

Die technischen und organisatorischen Maßnahmen der Krankenkassen, die dazu dienen, den Nachweis der Revisionssicherheit des Archivs im Hinblick auf Authentizität und Integrität zu erbringen, werden von den Prüfdiensten bewertet.

Fax

Für per Fax übermittelte Dokumente gilt, dass diese als „Fax“ zu kennzeichnen sind. Dies ist in der Regel durch die auf dem Fax aufgedruckten Übermittlungsdaten (Absenderin / Absender, Tag, Uhrzeit) gewährleistet. Sind entsprechende Daten auf dem Fax technisch nicht eingefügt worden, muss das Fax als solches gekennzeichnet und mit einem Eingangsvermerk versehen werden. Auf einem PC empfangene Faxe (Fax-Server) werden anerkannt, wenn sie qualifiziert elektronisch signiert⁴ sind oder mit den oben genannten Daten als Ausdruck vorliegen.

Durch elektronische Medien übermittelte Dokumente

Grundvoraussetzungen

Grundvoraussetzungen bei der elektronischen Übermittlung von Dokumenten (z. B. per E-Mail als .pdf-Datei übermittelt) sind immer folgende Anforderungen:

- Das Dokument stellt ein genaues Abbild des Originals dar. Nichtlesbarkeit / Unplausibilitäten sind frühzeitig zu klären (vor Abgabe der RSA-Datenmeldung an den GKV-SV zur Übermittlung an das BAS als RSA-Stelle). Ansonsten gehen diese zu Lasten der Krankenkasse.
- Die für die Fachbearbeitung relevanten Informationen (statusrelevante Angaben) müssen durch authentifizierte Personen abgegeben worden sein. Die Krankenkasse hat auch diesen Nachweis zu führen.
- Die eingegangenen Informationen sind vor der Bearbeitung im Fachverfahren unveränderbar gespeichert worden.

⁴ Siehe Fußnote 3.

Ausdruck der elektronisch übersandten Dokumente / Anlagen und deren Scannen

Wenn ein elektronisches Medium (z. B. einfache E-Mail) nur als reines Trägermedium für die Informationen in der Anlage dient, muss das Medium nicht gescannt / archiviert werden, wenn sich das Eingangsdatum des dem Medium angehängten Dokuments aus anderen Umständen ergibt. So wird z. B. der Anhang ausgedruckt und mit Eingangsstempel versehen bzw. sicher gescannt (z. B. mit qualifizierter / fortgeschrittener Signatur).

Zusätzlich muss sich die Authentifizierung dann aus der Anlage selbst plausibel ergeben (handschriftliche Unterschrift).

Sind in dem Medium (z.B. E-Mail) **selbst** weitere, für die Fachbearbeitung relevante Informationen (statusrelevante Angaben) enthalten, dann ist das Medium als Original im sicheren Speicherverfahren vor Einspielung in das Fachverfahren zu speichern bzw. als Ausdruck zu speichern.

Eine Authentifizierung der einsendenden Person/Institution über das konkrete Medium ist plausibel nachzuweisen und zu belegen.

Die Informationen müssen für die einsendende Person/Institution zudem als verbindlich angesehen werden und die einsendende Person/Institution darf die Übermittlung der Information nicht abstreiten können (Verbindlichkeit / Nichtabstreitbarkeit der Herkunft der Nachricht).

Sofern ein gesetzliches Unterschriftserfordernis / Schriftformerfordernis für die relevante Information vorliegt und nicht alle relevanten Informationen durch die unterschriebenen Informationen in der Anlage umfasst sind, sondern die E-Mail selbst die relevante Information darstellt bzw. die E-Mail relevante Informationen enthält, sind die in der E-Mail selbst enthaltenen Informationen in diesem Fall nur anerkennungsfähig, wenn diese mit einer De-Mail nach § 36a Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 SGB I an die Krankenkasse versandt wurden.

Übermittlung und rein elektronische Speicherung der Informationen

Wenn der elektronische Anhang – durch unmittelbare Weiterleitung an revisionssichere Speichersysteme ohne Änderungsmöglichkeit am Inhalt vom Eingang bei der Krankenkasse bis zum Eingang in das revisionssichere Speichermedium – nur rein elektronisch gespeichert werden soll (ohne Ausdruck / Scannen), dann muss auch das elektronische Medium in sicherer Umgebung (mit Eingangsdatum) mit abgespeichert werden (Abspeicherung Anhang mit Authentifizierungsmerkmalen des elektronischen Mediums).

Dies ist nicht erforderlich, wenn der Eingang des Anhangs in das revisionssichere Speichersystem anderweitig sicher dokumentiert wird (z. B. Signatur / qualifizierter Zeitstempel / gleichwertige Maßnahmen⁵) und sich die Authentifizierung aus dem Anhang ergibt (z. B. Unterschrift unter Dokument).

Die Authentifizierung im elektronischen Medium muss zumindest plausibel dargelegt sein, wenn im Medium **selbst** weitere, für die Fachbearbeitung relevante Informationen (statusrelevante Angaben) enthalten sind. In diesem Fall ist auch das elektronische Medium selbst im revisionssicheren Speichersystem abzuspeichern und muss auf dem Weg dorthin unveränderbar sein.

⁵ Siehe Fußnote 3.

1.8.2 Elektronischer Datentransfer – Archivierung und Historienführung

Der Austausch von Daten zwischen Krankenkassen und deren Partnern erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Wege.

Die in den Datensätzen enthaltenen Informationen werden häufig in verschiedene Datenbanken übernommen. Der Originaldatensatz als adäquates Gegenstück zum papiergebundenen Dokument (z. B. Originalrechnung) wird in der Regel nicht gespeichert bzw. nicht dauerhaft und unveränderbar gespeichert.

Insbesondere erfordern es die RSA-Prüfungen, dass die Krankenkassen den Informationsstand zum Zeitpunkt der Abgabe der amtlichen Meldungen nachweisen können.

Die Übergangslösung zur Anerkennung von Datensätzen mit Belegcharakter wurde von den Prüfdiensten zum 31.12.2014 beendet. Es werden nunmehr nur noch Datensätze anerkannt, die nach dem Eingang direkt in sichere Archive übernommen wurden.

Krankenversicherungsträger, die auf elektronischem Wege Daten erhalten, haben die rechtlichen Anforderungen zur Datensicherheit und Archivierung zu schaffen und zu erfüllen.

Bei papiergebundenen Verfahren werden die Anforderungen durch eigenhändige Unterschrift unter dem Dokument sowie sicheren Versand erfüllt. Beim elektronischen Datenaustausch wird diese Sicherheit durch Verschlüsselung und elektronische Signatur erzielt.

Bei einem papiergebundenen Dokument können der Inhalt und der Zeitpunkt des Eingangs zweifelsfrei ermittelt werden. Bei einem Datensatz ist dies in der Regel nicht sichergestellt. Theoretisch könnte er noch vor der Einsichtnahme angepasst worden sein. Damit geht die Beweiskraft der Information verloren.

Um den Nachweis der Datenintegrität erbringen zu können, sind die im § 110a Abs. 1 SGB IV gestellten Anforderungen zu beachten. Danach haben die Behörden Unterlagen, die für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit, insbesondere für die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens oder für die Feststellung einer Leistung erforderlich sind, nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Aufbewahrung sicher zu archivieren. Zu den „Unterlagen“ in diesem Sinne gehören auch Daten, die nur mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage erstellt worden sind.

Daraus folgt, dass die Krankenkassen / Datenstellen bei der Annahme elektronischer Datensätze diese im Original im Sinne der Aufbewahrungspflichten nach § 110a SGB IV dauerhaft und unveränderbar zu speichern haben. Hierzu sind geeignete Archivsysteme zu nutzen. Auf die Ausführungen im Prüfleitfaden der Prüfdienste „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“ wird verwiesen.⁶ Die Daten müssen für Revisionszwecke zeitnah zur Verfügung stehen.

⁶ Abrufbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/PDK2/PDK/20211104Leitfaden_Version6.0.pdf

Die Prüfdienste fordern daneben eine Erklärung der Kasse bzw. der Datenstelle zur Datenintegrität an und behalten sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen bzw. mit dem Originaldatensatz zu prüfen.

1.9 Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen

Grundsatz

Die Prüfungen erfolgen unter Berücksichtigung der Aufbewahrungsfristen. Diese ergeben sich aus den Grundsätzen ordnungsmäßiger Aufbewahrung im Sinne des § 110a SGB IV, Voraussetzungen der Rückgabe und Vernichtung von Unterlagen sowie Aufbewahrungsfristen für Unterlagen für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (für das Ausgleichsjahr 2019 gültige Version 3.0 vom 28. September 2018; Rundschreiben des GKV-SV RS 2018 / 709 vom 18. Dezember 2018).

Originalunterlagen der geprüften Fälle sind ggf. darüber hinaus aufzubewahren, bis die Bestandskraft des Bescheides des BAS über das Prüfungsende nach § 20 RSAV eingetreten ist.

Hinweis

Im Grundsatz gilt die Aufbewahrungsfrist entsprechend der RSA-Relevanz eines Beleges (zur Belegwirkung siehe Punkt 3.7 und Punkt 4.3 zweite Zeile der Grundsätze ordnungsgemäßer Aufbewahrung, s.o.). Dies bedeutet, dass die Aufbewahrungsfrist (z. B. 6 Jahre) erst mit dem Ablauf des Jahres beginnt, für das der Beleg eine RSA-Zeit, eine Diagnose oder auch ein Arzneimittel nachweisen / belegen soll.

1.10 Dokumentation der Prüfergebnisse

Die Prüfdienste haben Fehler/Abweichungen sowie die entsprechenden Unterlagen / Nachweise für ihr Verwaltungsverfahren zu dokumentieren.

Fehler/Abweichungen sind gegenüber den Krankenkassen zu spezifizieren und zu dokumentieren.

1.11 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung

Das BAS (Referat 317 im BAS), die geprüfte Krankenkasse sowie der GKV-SV erhalten vom zuständigen Prüfdienst bzw. Referat 317 im BAS entsprechend ihren Aufgaben Berichte über die Ergebnisse der durchgeführten Prüfung gemäß § 20 RSAV.

2. Prüffragen

Hinweis: Auf die Ausführungen des BAS (Anlage 3 der Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik im Bereich Morbiditätsdaten) wird verwiesen.

2.1 Allgemeines

Die Krankenkasse hat den Nachweis zu führen, dass es sich bei den zur Prüfung vorgelegten Datensätzen/Unterlagen um die unveränderten Originaldaten der Leistungserbringer/Abrechnungsstellen handelt. Sie hat diese Daten als „rechnungsbegründende Unterlagen“ nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Archivierung aufzubewahren. Alle Datenänderungen sind von der Krankenkasse nachvollziehbar zu belegen.

Hierzu führt der Verordnungsgeber in der Begründung zu § 30 Abs. 2 RSAV (a. F.) aus:

„Damit die Prüfdienste im Rahmen der Prüfungen nach § 42 feststellen können, ob die Krankenkassen die Daten rechtmäßig und richtig erhoben und übermittelt haben, sind daher die der Datenmeldung an das Bundesversicherungsamt zugrundeliegenden Unterlagen, in der Regel die elektronisch übermittelten Abrechnungsunterlagen, aufzubewahren bzw. zu speichern. Die Daten sind revisionssicher und nachprüfbar aufzubewahren. Die Anforderungen ergeben sich aus den §§ 239 und 257 Absatz 3 des Handelsgesetzbuches (HGB). Diese Vorschriften gelten für die Aufbewahrung und Speicherung der Morbi-RSA-Daten entsprechend.“

Die Daten müssen für Revisionszwecke zeitnah zur Verfügung stehen.

Die Auftragsdaten (Vorlaufdatensatz) und die Nutzerdaten sind nach Eingang beim KV-Träger (oder bei einem von ihm beauftragten Dritten) direkt nach der Entschlüsselung elektronisch zu archivieren.

Dabei akzeptieren die Prüfdienste auch Datensätze, die an eine DAV geliefert und dort sicher – d. h. dem Zugriff der Krankenkassen entzogen – aufbewahrt sind. Bei dieser Form der Archivierung gilt die Datenauthentizität / Datenintegrität bei Speicherung unmittelbar nach Durchlauf der technischen Prüfstufen 1 bis 3 als gewährleistet (vgl. www.gkv-datenaustausch.de).

Fragen:

Stammen die Daten aus dem gesicherten Archiv und hatte die Krankenkasse keine Möglichkeit, diese Daten zu ändern?

Wurden die Datensätze für die Prüfungen direkt von der DAV bzw. dem Rechenzentrum unverändert an den jeweiligen Prüfdienst übergeben?

Hinweise:

Es ist eine schriftliche Bestätigung entsprechend der Anlage (Muster_Bestätigung_DAV1) von den datenliefernden Stellen anzufordern.

Die Daten können für RSA-Prüfungen nur anerkannt werden, wenn die Krankenkassen keinen Zugriff hatten.

Frage:

Inwieweit sind während der Prüfung nachgereichte Datensätze (zur Satzart P) als Originaldatensätze anzuerkennen?

Hinweis:

Hierzu ist zwingend von der DAV eine Bescheinigung entsprechend der Anlage (Muster_Bestätigung_DAV2) abzugeben, dass es sich um einen Originaldatensatz eines Leistungserbringers handelt. Die genaue Fundstelle in der EDIFACT-Datei ist mit Lieferungsdatum und Nummer der Nachlieferung anzugeben.

Es bleibt den Prüfdiensten vorbehalten, die Originaldatenmeldungen einzusehen.

2.2 Arzneimittelversorgung

Allgemeines:

Die in der Satzart 400 gemeldeten Daten sind im Rahmen der Prüfung durch entsprechende Nachweise (Originaldatensätze der Leistungserbringer, Verordnungen bzw. Images) zu belegen. Nach Bekanntgabe der Stichprobe sind von der jeweiligen Krankenkasse alle erforderlichen Daten oder Unterlagen für die in der Stichprobe enthaltenen Pseudonyme den Prüfdiensten zur Verfügung zu stellen.

Die Abrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V sieht kein einheitliches Verfahren vor, wie in der Rezeptprüfung auffällig gewordene und retaxierte Verordnungsdaten korrigiert werden sollen. Im Rahmen der Rezeptprüfung korrigierte Pharmazentralnummern (PZN) können in der Satzart 400 gemeldet werden. Entsprechende Korrekturen sind prüffähig zu dokumentieren und zu belegen.

Prüfunterlagen:

- Dienst und Arbeitsanweisungen
- Satzart 110PM der Krankenkasse mit den depseudonymisierten Daten aus der Satzart 110SM über Stichprobenversicherte
- Satzarten 400P, 400S und 400M
- Originaldatensätze der Leistungserbringer/Abrechnungsstellen nach § 300 SGB V (TP3-Datensätze aus der Arzneimittel-Abrechnung) bzw. Verordnungen/Images zu den gemeldeten Daten der Stichprobenversicherten
- Nacherfassungsdaten gemäß § 303 Abs. 3 SGB V

Hinweise

- § 300 SGB V,
- § 303 Abs. 3 SGB V,
- § 30 Abs. 1 RSAV (a. F.),
- Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V (www.gkv-datenaustausch.de),
- Anlage 1 zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V (www.gkv-datenaustausch.de),
- Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V i. d. F. vom 15.06.2012 und Ergänzende Bestimmungen vom 01.05.2018,
- Bestimmung des GKV-SV nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V (RSAV-Bestimmung) in der jeweiligen Fassung,
- Anlage 1.4 der Bestimmung des GKV-SV nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V (RSAV-Bestimmung),
- Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2019 vom 28.09.2018
- Schreiben des BVA vom 17.12.2008 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: II6-5580-2968/08),
- Schreiben des BVA vom 15.01.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5580.7-3500/08),
- Schreiben des BVA vom 29.01.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5576.0-3440/08),
- Schreiben des BVA vom 30.03.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen im Bereich Arzneimittel (AZ: VII2-5576.0-3440/2008),
- Schreiben des BVA vom 08.03.2010 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5576.0-3440/2008)

Stichprobenfragen:

2.2.1 Stimmen die Angaben zur bzw. zum Versicherten (KVNR etc.) aus der Satzart 110PM mit den Angaben auf der Verordnung überein?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die Datensätze der Leistungserbringer enthalten nicht korrekte bzw. unvollständige Versichertendaten.	Die gemeldeten Versichertendaten werden im Rahmen der Abrechnungsprüfung plausibilisiert und einer korrekten KVNR zugeordnet. Die hierbei vorgenommenen Korrekturen und Ergänzungen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Zu vergebene Fehlernummer: 2.1.0.	

2.2.2 Sind Korrekturen und Ergänzungen in zulässiger Weise in die Satzart 400S eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die Abrechnungsunterlagen enthalten teilweise keinen eindeutigen Versichertenbezug (z. B. bei KV-Nummernwechsel; Ost-West-Problematik).	Die Daten werden im Rahmen der Abrechnungsprüfung plausibilisiert und – z. T. automatisiert – der vermeintlich korrekten KVNR zugeordnet. Diese Veränderungen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Zu vergebene Fehlernummer: 2.2.0.	

Die Apotheke stellt nach Weitergabe der Verordnung an das Apothekenabrechnungszentrum einen Fehler fest und meldet die erforderliche Korrektur schriftlich.	Soweit die Korrektur auf maschinellem Weg nicht mehr möglich ist, darf diese schriftlich erfolgen (z. B. per Fax).	
---	--	--

2.2.3 Fällt das tatsächliche, ggf. abweichende Verordnungsdatum in das zu prüfende Berichtsjahr bzw. gemeldete Quartal?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Das tatsächliche Verordnungsdatum liegt außerhalb des Berichtsjahres.	<p>Es ist das vom Arzt auf der Verordnung angegebene Verordnungsdatum maßgebend. Liegt kein Verordnungsdatum vor, wird das Abrechnungsdatum bzw. der letzte Tag des Abrechnungsmonats angegeben.</p> <p>Verordnungen, die nicht in das zu prüfende Berichtsjahr fallen, sind nicht berücksichtigungsfähig.</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer: 2.3.0.</p>	RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 400, zu Datenfeld 5
Das tatsächliche und das gemeldete Verordnungsdatum liegen in unterschiedlichen Quartalen.	<p>Verordnungen, die sich nicht dem gemeldeten Quartal zuordnen lassen, sind als Fallfehler zu werten.</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer: 2.3.0.</p> <p>Abweichende Datumsinformationen im gleichen Quartal sind entsprechend der Anlage 3 Abschnitt 2 B), zu Punkt 2 zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik als unerhebliche Abweichungen zu kennzeichnen.</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer: 2.3.1.</p>	

2.2.4 Sind die Daten auf zulässigem Wege und aus einer zulässigen Quelle eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Die Datenmeldung ist ausnahmsweise nicht auf elektronischem Weg erfolgt.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht die grundsätzliche Pflicht zur elektronischen Datenübermittlung. Die Möglichkeit zur manuellen Nacherfassung gem. § 303 Abs. 3 SGB V räumt der Gesetzgeber als Ausnahme zur regulären elektronischen Übermittlung in begründeten Fällen ein (z. B. bei technischen Schwierigkeiten). Voraussetzung für die zulässige Meldung dieser manuell nach § 303 Abs. 3 SGB V nacherfassten Daten ist die Dokumentation der Ausnahmegründe. Diese Dokumentation ist mit Bekanntgabe des Schreibens des BVA vom 08.03.2010 Gegenstand der Prüfung. 2. Von einer Erfüllung der Ausnahmeregelung nach § 303 Abs. 3 SGB V ist regelmäßig dann auszugehen, wenn Arzneimittel nach § 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 AMG außerhalb des Vertriebsweges von pharmazeutischen Unternehmen und Großhändlern an Krankenhäuser und Ärzte abgegeben werden. Bei diesen direkt gelieferten Präparaten werden häufig die Rechnungen der pharmazeutischen Unternehmen und die zugehörigen Verordnungen manuell erfasst. Dies ist weiterhin zulässig. Die PZN muss in den Abrechnungsunterlagen enthalten sein. 3. Die Kostenabrechnung darf nur gegen Vorlage einer gültigen ärztlichen Verordnung erfolgen (grds. Kassenrezept Muster 16, ggf. Besonderheiten im Rahmen der integrierten Versorgung und anderer besonderer Versorgungsformen wie z. B. Hausarztverträgen, sonstigen Selektivverträgen). 	<p>Schreiben des BVA vom 08.03.2010 (VII2-5576.0-3440/2008)</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 23.11.2010, Fragenkatalog Nr. 10</p>

	<p>4. PZN aus manuell erfassten über Zusatzentgelte zur OPS im stationären Bereich abgerechneten Arzneimitteln dürfen nicht als Information für den Morbi-RSA übermittelt werden.</p> <p>5. Ab dem 01.01.2011 können wirkstoffgleiche Arzneimittel im Rahmen der Kostenerstattung abgegeben werden (Wunscharzneimittel). Ab dem 01.04.2011 sind ausschließlich Apothekendaten zugelassen, die maschinell nach § 300 SGB V geliefert werden. In Fällen, bei denen keine maschinelle Datenlieferung an die Krankenkasse erfolgte, ist eine Meldung in die SA400 nicht möglich.</p> <p>6. Kassenindividuelle PZN (z. B. mit 8* vom Großhandel) sind nicht DTA-konform und somit nicht zu melden. Eine Umschlüsselung in eine meldefähige PZN durch die Krankenkasse ist unzulässig.</p> <p>7. Abweichungen zwischen dem Image und den DTA-Abrechnungssätzen: Bei Abweichungen zwischen der DTA-Abrechnung und dem beigefügten Image des (Original-) Arzneimittelrezeptes bleiben ausschließlich die elektronischen Informationen aus den DTA-Abrechnungssätzen maßgeblich. Sie sind, ggf. mit den zutreffenden Berichtigungen aus durchgeführten Retaxierungen, zu melden.</p>	<p>Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 15.06.2012 (ab 01.04.2011 in Kraft getreten), Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 25.07.2012, Fragenkatalog Nr. 17b</p> <p>Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 15.06.2012, Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 27.04.2011; redaktionell ergänzt am 17.04.2014, 10.10.2012, Fragenkatalog Nr. 9a, 9b</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 10.10.2012, Fragenkatalog Nr. 29</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 10.10.2012, Fragenkatalog Nr. 27, Hotline FAQ 7100237</p>
--	--	---

	<p>8. Beweiskraft von Arzneimittelimages aus dem DTA-Verfahren nach § 300 SGB V bei Abweichungen zwischen den gemeldeten S- und P-Daten: Kommt es zu Abweichungen zwischen den nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV gemeldeten Arzneimittelinformationen und den gemäß § 300 SGB V von den Leistungserbringern übermittelten Daten, so ist das Image der Arzneimittelverordnung als Bestandteil des DTA nach § 300 SGB V das maßgebliche Dokument, das zur Klärung des Sachverhalts herangezogen wird.</p> <p>9. Nicht zulässig ist die manuelle Nacherfassung von durch Reha-Kliniken im Rahmen von Reha-Maßnahmen den Krankenkassen ohne Muster 16 direkt ausgestellten Papierrechnungen, da die Leistungen zur vertragsärztlichen Versorgung gehören und hierüber abgegolten sind.</p> <p>10. Verordnungen des Medikaments „Lucentis“ im Rahmen der Behandlung einer feuchten altersbedingten Makuladegeneration, die auf einem Privatrezept erfolgt sind, dürfen nicht nacherfasst werden.</p> <p>11. Bei EPO-Dialysen, die im Rahmen der Patientenheimversorgung (z. B. PHV, KfH) abgerechnet werden, liegen zumeist keine Rezepte (Muster 16) vor. Abrechnungen erfolgen z. B. über die zuständige KV. Die PHV/KfH rechnet das Erythropoetin (bei der KfH betrifft dies auch die weiteren im Rahmen der Dialyse abzurechnenden Arzneimittel) summiert je Versicherten im Quartal nach § 300 SGB V ab. Diese Form der Datenmeldung wirkt sich nicht nachteilig auf die Berücksichtigung im Morbi-RSA aus.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 2.4.0.</p>	<p>Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 17.09.2014, Fragenkatalog Nr. 42</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 20.12.2011, Fragenkatalog Nr. 18</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 20.12.2011, Fragenkatalog Nr. 20</p> <p>Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 23.11.2010, 07.03.2017, Fragenkatalog Nrn. 6, 51</p>
--	---	---

2.2.5 Wurden die im Ergebnis der Abrechnungsprüfung von den Krankenkassen bzw. den von ihnen beauftragten Prüf- und Abrechnungszentren durchgeführten Korrekturen der PZN nachvollziehbar nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die im Ergebnis der Rezeptprüfung durchgeführten Korrekturen der PZN (z. B. die Apothekenabrechnungszentren liefern ungültige PZN) werden in der Satzart 400 gemeldet.	Die Korrekturen sind zur Anerkennung nachvollziehbar zu dokumentieren bzw. nachzuweisen. Zu vergebende Fehlernummer 2.5.0.	Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 23.11.2010, Fragenkatalog Nr. 11

2.2.6 Wurden bei der Meldung der Morbiditätsinformationen in die Satzart 400S die Daten aus Erstattungsfällen nach § 102 ff. SGB X zu Unrecht berücksichtigt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Erstattungsansprüche (EA): <u>Beispiel A:</u> EA KK A ⇒ KK B <u>Beispiel B:</u> EA KK A ⇒ BG	Morbiditätsinformationen, die die Krankenkassen im Rahmen von Erstattungsfällen nach § 102 ff. SGB X erhalten haben, sind nicht zu melden. Zu vergebende Fehlernummer 2.6.0. Die Kasse, die den Abrechnungsdatensatz erhält, darf melden (KK A). KK B darf nicht melden, obwohl sie leistender Kostenträger ist. Die Kasse (KK A) darf melden, obwohl die BG leistender Versicherungsträger ist und der Kasse A keine Kosten entstanden sind. Ein Herausnehmen der Meldung der Morbiditätsinformationen hat zu unterbleiben.	RSAV-Bestimmung, nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Buchst. B., Erläuterungen zum Inhalt, Abs. 4, Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 23.11.2010, 19.04.2012, 10.10.2012 und 28.05.2013, Fragenkatalog Nr. 8, 12b, 12c

<u>Beispiel C:</u> EA BG ⇒ KK A	Die Kasse (KK A) darf nicht melden. Die im Zuge des Erstattungsfalles von der BG an die Krankenkasse übermittelten Morbiditätsinformationen dürfen nicht in den Morbi-RSA gemeldet werden.	
---------------------------------------	--	--

2.2.7 Entspricht die zu prüfende PZN bzw. das zu prüfende Sonderkennzeichen der Abrechnungsmeldung?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die PZN / das Sonderkennzeichen entspricht nicht dem verordneten Arzneimittelwirkstoff.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entspricht die gemeldete PZN bzw. das zu prüfende Sonderkennzeichen nicht dem ärztlich verordneten Arzneimittelwirkstoff, ist die PZN / das Sonderkennzeichen grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. 2. Es ist das Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V für das Arzneimittel einzutragen, welches für den Versicherten gemeldet wurde. Dabei sind alle PZN – einschließlich der Sonderkennzeichen gem. techn. Anlage 1 der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gem. § 300 SGB V – zu melden. 3. Nicht über den DTA abgerechnete Arzneimittel sind nur zu melden, wenn diese in begründeten Ausnahmefällen (z. B. bei technischen Schwierigkeiten) nach § 303 Abs. 3 SGB V nacherfasst wurden und soweit ärztliche Verordnungen und PZN der abgegebenen und nacherfassten Präparate vorhanden und prüfbar sind. 4. Die PZN ist grundsätzlich maschinenlesbar auf das für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Ordnungsblatt zu übertragen. Es gelten definierte Sonderzeichen, wenn auf der äußeren Umhüllung des Arzneimittels keine PZN aufgebracht ist. Ausnahmen ergeben sich insbesondere bei direkt gelieferten Präparaten. Diese sind ebenfalls zu berücksichtigen. <p style="color: red; margin-top: 10px;">Zu vergebende Fehlernummer 2.7.0.</p>	<p>Schreiben des BVA vom 30.03.2009 (AZ: VII2-5576.0-3440/2008)</p> <p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 400, zu Datenfeld 6</p> <p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 400, zu Datenfeld 6</p>

	<p><u>Hinweis:</u> Bei Vorliegen einer Verordnung mit einem Sonderkennzeichen sind zur Prüfung die elektronischen Abrechnungsdaten erforderlich.</p>	<p>Technische Anlage 1 zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gem. § 300 SGB V</p>
<p>Gemeldet wurde eines der nebenstehend aufgeführten Sonderkennzeichen bzw. der aufgeführte ATC-Code.</p>	<p>Die Diagnosegruppe (DxG) 926 (Opiatsubstitution) enthält folgende Sonderkennzeichen bzw. ATC-Einordnung:</p> <p>2567107 2567113 2567136 2567656 9999086 N07BC</p> <p><u>Faktor:</u> Bei Vorliegen eines dieser Sonderkennzeichen bzw. ATC-Code liegt bei Abweichung des Faktors kein Fallfehler vor, der Fall ist jedoch als unerhebliche Abweichung zu erfassen.</p> <p><u>PZN:</u> Wenn ein Sonderkennzeichen der DxG 926 (z. B. 2567107) gemeldet wurde und im Rahmen der Prüfung nicht dasselbe, sondern ein anderes Sonderkennzeichen der DxG 926 (z. B. 9999086) nachgewiesen wird, liegt kein Fallfehler vor, der Fall ist jedoch als unerhebliche Abweichung zu erfassen.</p>	<p>Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2019 vom 28.09.2018, Ziff. 1.3.3.3., Hotline FAQ 7100274</p>

2.2.8 Stimmt die zu prüfende Wirkstoffmenge mit der entsprechenden Angabe auf der Verordnung überein?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Ermittlung der Wirkstoffmenge in DDD (Defined Daily Doses = definierte Tagesdosen).</p>	<p>Bei <u>unterschiedlicher PZN</u> aber <u>gleichem Wirkstoff</u> (ATC) ist im SUP-Tool bei der Fallbearbeitung die DDD des gemeldeten und des nachgewiesenen Arzneimittels abzugleichen. Folgende Wertungen sind möglich und Eintragungen im Tool vorzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DDD identisch: Fehlernummer 2.7.1 (unerhebliche Abweichung) • DDD des nachgewiesenen Arzneimittels unterschreitet DDD des gemeldeten Arzneimittels: Fehlernummer 2.8.0 (Fehler) • DDD des nachgewiesenen Arzneimittels überschreitet DDD des gemeldeten Arzneimittels: Fehlernummer 2.8.1 (unerhebliche Abweichung) <p><u>Hinweis:</u> Eine <u>positive Abweichung</u> in der Wirkstoffdosierung ist <u>bei identischer PZN</u> als nachgewiesen / korrekt zu werten (siehe Abschnitt 2 A), zu Punkt 2 (1) der Anlage 3 zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik).</p> <p>Eine <u>negative Abweichung</u> in der Wirkstoffdosierung ist <u>bei identischer PZN</u> als Fehler (s. 2.2.9) zu erfassen.</p>	<p>Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2019 vom 28.09.2018, Ziff. 1.3.2.4.1.</p> <p>vgl. Schaubild (Abbildung 1) auf letzter Seite der Anlage 3 zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik im Anhang zum Prüfhandbuch</p>
	<p><u>Hinweis:</u> Bei Vorliegen einer Verordnung mit einem Sonderkennzeichen sind zur Prüfung die elektronischen Abrechnungsdaten erforderlich.</p>	<p>Technische Anlage 1 zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gem. § 300 SGB V</p>

2.2.9 Sind die Morbiditätsinformationen zu Recht in die Satzart 400S eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p><u>Beispiel:</u> Die Krankenkasse kann zu einer Meldung keinerlei Information liefern.</p>	<p>Es ist die Fehlernummer 2.9.0 „Die Morbiditätsinformation ist aus sonstigen (allgemeinen / offensichtlichen) Gründen zu Unrecht in die Satzart 400S eingeflossen“ zu wählen.</p>	<p>Hotline FAQ 7100233</p>
<p>Obwohl gemeldete und ermittelte PZN identisch sind (bei gleichem Verordnungsdatum), liegt eine erhebliche Abweichung vor, wenn trotz Mehrfachmeldungen die nachgewiesene Wirkstoffdosierung die gemeldete Wirkstoffdosierung unterschreitet.</p>	<p>Es ist die Fehlernummer 2.9.0 „Die Morbiditätsinformation ist aus sonstigen (allgemeinen / offensichtlichen) Gründen zu Unrecht in die Satzart 400S eingeflossen“ zu wählen.</p> <p>gemeldet: PZN 2428966 N3 - 3 (Faktor 3000) nachgewiesen: PZN 2428966 N3 - 1 (Faktor 1000) PZN 2428966 N3 - 1 (Faktor 1000)</p>	
<p>Obwohl gemeldete und ermittelte PZN identisch sind, liegt eine erhebliche Abweichung vor, wenn - auch bei (ungerechtfertigten) Mehrfachmeldungen - die nachgewiesene Wirkstoffdosierung die gemeldete Wirkstoffdosierung unterschreitet.</p>	<p>Es ist die Fehlernummer 2.9.0 „Die Morbiditätsinformation ist aus sonstigen (allgemeinen / offensichtlichen) Gründen zu Unrecht in die Satzart 400S eingeflossen“ zu wählen.</p> <p>gemeldet: PZN 2428966 N3 - 2 (Faktor 2000) nachgewiesen: PZN 2428966 N3 - 1 (Faktor 1000)</p>	

2.3 stationäre Diagnosen

Allgemeines:

Die in der Satzart 500 gemeldeten Daten der Krankenkassen sind im Prüfungsverfahren durch entsprechende Nachweise zu belegen, insbesondere durch Entlassungsmitteilungen. Nach Bekanntgabe der Stichprobe sind von der jeweiligen Krankenkasse alle Belege der in der Satzart 500 gemeldeten Daten für die in der Stichprobe enthaltenen Pseudonyme den Prüfdiensten zur Verfügung zu stellen.

Prüfunterlagen:

- Dienst- und Arbeitsanweisungen
- Satzart 110PM der Krankenkasse mit den depseudonymisierten Daten aus der Satzart 110SM über Stichprobenversicherte
- Satzarten 500P, 500S und 500M
- Originaldatensätze der Leistungserbringer/Abrechnungsstellen nach § 301 SGB V zu den gemeldeten Daten der Stichprobenversicherten (TP4a-Datensätze aus der Krankenhausabrechnung)
- DTA-Auszüge (Auszüge aus Datensatz nach § 301 SGB V)
- Fallunterlagen, insbesondere Entlassungsmitteilungen
- Nacherfassungsdaten gemäß § 303 Abs. 3 SGB V

Hinweise

- § 13 Abs. 2, 3 und 4 SGB V,
- § 39 SGB V,
- § 108 SGB V,
- § 115b SGB V,
- § 115d SGB V,
- § 301 SGB V,
- § 303 Abs. 3 SGB V,
- § 30 Abs. 1 RSAV (a. F.),
- Bestimmung des GKV-SV nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V (RSAV-Bestimmung) in der jeweils gültigen Fassung,
- Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2019 vom 28.09.2018
- Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V – Datenübermittlungs-Vereinbarung (www.gkv-datenaustausch.de),
- Liste der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser,
- Schreiben des BVA vom 17.12.2008 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: II6-5580-2968/08),
- Schreiben des BVA vom 15.01.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5580.7-3500/08),
- Schreiben des BVA vom 16.01.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5576.0-3440/08),

- Schreiben des BVA vom 29.01.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5576.0-3440/08),
- Schreiben des BVA vom 08.03.2010 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5576.0-3440/2008)

Stichprobenfragen:

2.3.1 Stimmen die Angaben zum Versicherten (KVNR, etc.) aus der Satzart 110PM mit den Angaben auf der Entlassungsmeldung bzw. bei ambulanten Operationen mit der Rechnung überein?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die Datensätze der Leistungserbringer enthalten nicht korrekte bzw. unvollständige Versichertendaten.	Die gemeldeten Versichertendaten werden im Rahmen der Abrechnungsprüfung plausibilisiert und einer korrekten KVNR zugeordnet. Die dabei vorgenommenen Korrekturen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Zu vergebende Fehlernummer 3.1.0.	

2.3.2 Sind Korrekturen und Ergänzungen der Datenverarbeitung in zulässiger Weise in die Satzart 500S eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die Abrechnungsunterlagen enthalten teilweise keinen eindeutigen Bezug (z. B. bei KV-Nummernwechsel; Ost-West-Problematik).	Die Daten werden im Rahmen der Abrechnungsprüfung plausibilisiert und – z. T. automatisiert – der vermeintlich korrekten KVNR zugeordnet. Diese Veränderungen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Zu vergebende Fehlernummer 3.2.0.	

2.3.3 Wurde die maßgebliche Haupt- bzw. Nebendiagnose für das zutreffende Quartal gemeldet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die gemeldeten Krankenhausentlassungstage liegen außerhalb des gemeldeten Quartals.	<p>Bei ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V wird je Behandlungsdiagnose ein Datensatz gemeldet, anstelle des Entlassungstages wird der Zugangstag übermittelt.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 3.3.0.</p> <p>Als unerhebliche Abweichung ist ein Datensatz dann zu kennzeichnen, wenn der nachgewiesene und gemeldete Entlassungsmonat bei <u>Haupt- bzw. Nebendiagnosen</u> im selben <u>Quartal</u> liegen.</p> <p>Siehe hierzu Abschnitt 2 B), Punkt 2 der Anlage 3 zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer: 3.3.1.</p>	RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 500, in Vorbemerkungen und zu Datenfeld 5, Hotline FAQ 7100231

2.3.4 Sind die Daten auf zulässigem Wege und aus einer zulässigen Quelle eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Stationäre Diagnosen wurden abweichend vom vorgeschriebenen DTA-Verfahren übermittelt.</p>	<p>Auf der Grundlage der in den nebenstehenden Schreiben des BVA (seit 01.01.2020 BAS) genannten Kriterien folgt eine Bewertung möglicher Diagnosequellen:</p> <p><u>Bewertung stationärer Diagnosequellen:</u></p> <p>1. Diagnosen aus dem 301-er Datenaustausch mit Krankenhäusern:</p> <p>Die Meldung ergibt sich direkt aus § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV (a. F.) i. V. m. § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V.</p> <p>2. Entsprechende Diagnosen für zugelassene Krankenhäuser, die nicht am Datenaustausch nach § 301 SGB V teilnehmen:</p> <p>Analog zu 1. handelt es sich um zulässige Diagnosequellen, da es sich um dieselben nach § 30 RSAV (a. F.) 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.</p> <p>3. Diagnosen aus stationären AHB-Maßnahmen in nach §§ 111, 111a SGB V zugelassenen Einrichtungen:</p> <p>Hierbei handelt es sich nicht um zulässige Diagnosequellen. Der Verweis des § 30 RSAV (a. F.) auf § 301 Abs. 1 SGB V macht deutlich, dass es sich dabei nicht um zugelassene Leistungserbringer für die Diagnosestellung im Morbi-RSA handelt.</p>	<p>Schreiben des BVA (zulässige Diagnosequellen) vom 16.01.2009, 29.01.2009 (AZ: VII2-5576.0-3440/08)</p>

	<p>Bezüglich des Datenfeldes 7 der Satzart 500 in der RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V handelt es sich nach Auffassung des BVA (seit 01.01.2020 BAS) in Kombination mit den in den Vorbemerkungen zur Satzart 500 getätigten Satz „Es sind die Diagnosen der Krankenhausversorgung nach § 30 Abs. 1. Satz 1 Nr. 5 RSAV (a. F.) 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. Diese Meldungen werden bei der Prüfung nicht anerkannt.</p> <p>4. Maschinell oder elektronisch erfasste Informationen aus Abrechnungen zugelassener deutscher Krankenhäuser im Rahmen der Integrierten Versorgung:</p> <p>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 daher nicht zu melden.</p> <p>5. Informationen aus Abrechnungen zugelassener deutscher Krankenhäuser für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V gewählt bzw. die nachgelagert Kostenerstattung wegen zunächst abgelehnter Leistung aufgrund fehlender Mitgliedschaft oder nach § 13 Abs. 3a SGB V wegen Nichteinhaltung gesetzlicher Fristen bei der Entscheidung über Leistungsanträge erhalten haben:</p> <p>Sofern der / die Versicherte (auch) für den ambulanten Bereich Kostenerstattung gewählt hat, sind sie einer gesonderten Gruppe zuzuordnen, so dass ihre Diagnosen (auch im stationären Bereich) nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Sofern sich die Wahl der Kostenerstattung allerdings auf den stationären Bereich beschränkt, werden diese nach § 303 Abs. 3 SGB V nacherfassten Diagnosen berücksichtigt, wenn alle anderen Kriterien, die an die Diagnosequellen zu stellen sind, erfüllt sind. Dies gilt auch für „stationsnahe“ Leistungen, für die Versicherte eine Privatliquidation erhalten, die sie bzw. er anschließend bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung einreicht. Wegen eines hierfür noch nicht existierenden DTA-Abrechnungsverfahrens ist die Krankenkasse zur Nacherfassung</p>	<p>Schreiben des BVA vom 08.03.2010 (AZ: VII2-5576.0-3440/2008)</p> <p>Schreiben des BVA vom 16.01.2009 (AZ: VII2-5576.0-3440/08)</p> <p>Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 08.03.2012, 19.04.2012, 21.02.2013,</p> <p>Fragenkatalog Nr. 22a, 22b, 22c</p>
--	--	---

	<p>verpflichtet. Die Diagnosemeldung ist im Rahmen der Datenerhebung nach § 30 RSAV (a. F.) zulässig.</p> <p>Hat der / die Versicherte Kostenerstattung im stationären und ambulanten Bereich gewählt, ist die Meldung nacherfasster stationärer Diagnosen zulässig, da im Voraus nicht absehbar ist, ob der Versichertenstatus mindestens 183 Tage beibehalten wird.</p> <p>Wurde der / dem Versicherten die Mitgliedschaft zunächst zu Unrecht abgelehnt und sind ihm bis zur Anerkennung Krankenhauskosten entstanden, deren Rechnung er nun zur Erstattung eingereicht hat, hat die Krankenkasse die Daten nach zu erfassen. Dies gilt auch für Fälle, in denen die Krankenkasse über den Antrag auf Leistungen ohne hinreichende Gründe nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist entscheidet und die / der Versicherte vor der Bewilligung Leistungen selbst beschafft und zur Kostenerstattung einreicht. Die Meldung der stationären Diagnosen im Rahmen des Morbi-RSA ist jeweils zulässig. Die Nacherfassung und Meldung ambulanter Diagnosen ist hingegen unzulässig.</p> <p>Diagnosedaten aus Abrechnungen ausländischer Krankenhäuser nach § 13 Abs. 4 SGB V sind nicht anzuerkennen.</p> <p>6. Diagnosen in DMP-Dokumentationen von Krankenhäusern:</p> <p>DMP-Dokumentationen stellen keine zulässige Diagnosequelle nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV (a. F.) 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.</p> <p>7. Ärztliche Bescheinigungen aus Einzelfallanträgen:</p> <p>Die Argumentation zur DMP-Dokumentation von Krankenhäusern gilt hier analog. Von daher wird diese Diagnosequelle nicht zugelassen.</p> <p>8. Diagnosen aus stationären Hospizen nach § 39a Abs. 1 SGB V:</p> <p>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.</p>	
--	--	--

	<p>9. Manuelle Nacherfassungen/Korrekturen von Diagnosen, für die das Krankenhaus keine Meldung nach § 301 SGB V übermittelt hat bzw. für die sich aus Gutachten des MDK Kürzungen der DRG und damit verbunden Korrekturen der Diagnosen ergeben haben:</p> <p>Diese manuellen Änderungen der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser werden nicht als zulässige Diagnosequelle für den Morbi-RSA anerkannt.</p> <p>10. Manuelle Nacherfassungen nach § 303 Abs. 3 SGB V von Diagnosen aus Modellvorhaben nach § 64b i. V. m. § 63 Abs. 1 SGB V.</p> <p>Diese unter Benennung des Ausnahmegrundes (technische Probleme der Umsetzung des DTA-Verfahrens u. ä.) erfolgten manuellen Änderungen der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser werden als zulässige Diagnosequelle für den Morbi-RSA anerkannt.</p> <p>11. Wird bei einem gesunden Neugeborenen eine nicht weiter behandlungsbedürftige Diagnose kodiert, erscheint diese in der Meldung unter der Versichertennummer der Mutter. Folglich führt der Abgleich mit der DIMDI-Metadatei zu einem Alters- und/oder Geschlechtsfehler im MRSA-Verfahren und somit zur Löschung des Datensatzes. Die Krankenkassen könnten motiviert sein, das Problem durch Umstellung der Diagnose auf das Neugeborene zu umgehen.</p> <p>Eine nachträgliche Änderung der Daten gemäß § 301 SGB V durch die Krankenkassen ist nicht zulässig.</p> <p>12. Die Krankenkassen melden die Diagnosen auf der Grundlage der DTA-Entlassungsmitteilung auch in solchen Fällen, bei denen zum Zeitpunkt der Meldung die Abrechnung des Krankenhauses noch nicht vorliegt (z. B. Streitfälle aus der Abrechnungsprüfung). Dabei ist es unerheblich, ob der Rechnungs- bzw. Fallwert „Null“ beträgt, bzw. nicht vorhanden ist.</p> <p>Liegt die Entlassungsmitteilung zum Zeitpunkt der Datenmeldung vor, sind die Diagnosen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV (a. F.) zu melden.</p>	<p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 23.11.2010, Fragenkatalog Nr. 13</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 28.05.2013, Fragenkatalog Nr. 36</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 20.12.2011, Fragenkatalog Nr. 21</p> <p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 500, Vorbemerkungen, siehe auch Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 10.10.2012, 17.09.2014, Fragenkatalog Nr. 30</p>
--	---	---

	<p>13. Die Stern- oder Ausrufezeichenkennzeichnung von Primär Diagnosen ist zur Kodierung nicht zugelassen. Mit der Kennzeichnung in der DIMDI-Klassifikation sind jedoch häufig Vorschläge zur Primär Diagnosenverschlüsselung verbunden, denen die Ärzte nicht immer folgen. Die Krankenkassen könnten in diesen Fällen ein Interesse haben, das fehlende Sonderzeichen zu ergänzen.</p> <p>Eine Veränderung der Diagnosedaten durch die Krankenkassen ist nicht zulässig. Zur Ergänzung wäre eine Korrektur der Entlassungsmitteilung durch das Krankenhaus erforderlich.</p> <p>14. Im Rahmen der Verträge der Integrierten Versorgung sind die nach ambulanten Operationen durch das Krankenhaus im AMBO-Verfahren nach § 301 SGB V übermittelten Diagnosen nicht korrekt der Satzart 500 zuordenbar. In der Folge erscheinen die Diagnosen in der Satzart 600.</p> <p>Eine manuelle Zuordnung der Diagnosen in die Satzart 500 ist unzulässig.</p> <p>15. Fälle der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V werden in der Aufnahmeanzeige durch den Aufnahmegrund „10“ als eigenständige Krankenhausfälle gekennzeichnet. Die Diagnosemeldung richtet sich nach den Vorgaben für vollstationäre Krankenhausfälle. (Behandlungsart 4 = „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“)</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 3.4.0.</p>	<p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 10.10.2012, Fragenkatalog Nr. 31</p> <p>Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 21.02.2013, 12.12.2013, Fragenkatalog Nr. 37, 47</p> <p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 500, Buchst. g, zu Datenfeld 7</p>
--	--	---

2.3.5 Wurden bei der Meldung der Morbiditätsinformationen in die Satzart 500S die Daten aus Erstattungsfällen nach § 102 ff. SGB X zu Unrecht berücksichtigt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Erstattungsansprüche (EA):</p> <p><u>Beispiel A:</u> EA KK A ⇒ KK B</p> <p><u>Beispiel B:</u> EA KK A ⇒ BG</p> <p><u>Beispiel C:</u> EA BG ⇒ KK A</p>	<p>Morbiditätsinformationen, die die Krankenkassen im Rahmen von Erstattungsfällen nach § 102 ff. SGB X erhalten haben, sind nicht zu melden.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 3.5.0.</p> <p>Die Kasse, die den Abrechnungsdatensatz erhält, darf melden (KK A). KK B darf nicht melden, obwohl sie leistender Kostenträger ist.</p> <p>Die Kasse (KK A) darf melden, obwohl die BG leistender Versicherungsträger ist und der Kasse A keine Kosten entstanden sind. Ein Herausnehmen der Meldung der Morbiditätsinformationen hat zu unterbleiben.</p> <p>Die Kasse (KK A) darf nicht melden. Die im Zuge des Erstattungsfalles von der BG an die Krankenkasse übermittelten Morbiditätsinformationen dürfen nicht in den Morbi-RSA gemeldet werden.</p>	<p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Buchst. B., Erläuterungen zum Inhalt, Abs. 4,</p> <p>Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 23.11.2010, 19.04.2012, 28.05.2013,</p> <p>Fragenkatalog Nr. 8, 12b, 12c</p>

2.3.6 Stimmen die in der Satzart 500S gemeldete Diagnose und Art der Diagnose mit den Daten der Entlassungsmitteilung bzw. bei ambulanten Operationen mit der Rechnung überein?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	<p>Eigenständige Ergänzungen durch die Krankenkassen sind nicht zulässig.</p> <p>Ab dem Ausgleichsjahr 2015 werden auch stationäre Hauptdiagnosen im M2Q-Kriterium berücksichtigt und somit den (ambulanten und) stationären Nebendiagnosen gleichgestellt.</p> <p>Abweichungen in der Diagnose / Art der Diagnose (Haupt-/ Nebendiagnosen) sind als Fallfehler zu werten (Fehlergrund 3.6.0) mit einer Ausnahme:</p> <p>Abweichungen in der Art der Diagnose mit einer Veränderung der Art der Diagnose von Neben- zu Hauptdiagnose stellen eine unerhebliche Abweichung dar (Fehlergrund 3.6.1). An die RSA-Stelle im BAS wurde durch die Krankenkasse eine Nebendiagnose gemeldet, im Rahmen der Prüfung wurde eine Hauptdiagnose belegt.</p> <p>Ein Wechsel von Haupt- zu Nebendiagnose hingegen ist eine erhebliche Abweichung, da Hauptdiagnosen (bis auf wenige Ausnahmen) sofort zum Zuschlag führen. An die RSA-Stelle im BAS wurde durch die Krankenkasse eine Hauptdiagnose gemeldet, im Rahmen der Prüfung wurde eine Nebendiagnose belegt.</p>	<p>Schreiben des BVA vom: 16.01.2009, 29.01.2009 (AZ: VII2-5576.0-3440/08)</p> <p>Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2019 vom 28.09.2018, Ziff. 1.3.2, Abschnitt 2 B), Punkt 5 der Anlage 3 der Bestimmung nach § 20 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik</p>

2.3.7 Stimmen die in der Satzart 500S gemeldeten Angaben zur Behandlungsart mit den Daten der Entlassungsmitteilung überein?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Abweichende Angaben zur Behandlungsart	<p>Abweichungen bei Diagnosen aus der Satzart 500 hinsichtlich der Behandlungsart (Art der Behandlung 1,2,3, 4 oder 0) sind unerheblich.</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer 3.7.1.</p>	<p>Anlage 3 der Bestimmung nach § 20 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV zur Stichproben und Hochrechnungsmethodik</p>

2.3.8 Stammt die Diagnoseinformation in der Satzart 500S ausschließlich von einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	<p>Diagnosen sind nur berücksichtigungsfähig, sofern sie von zugelassenen Krankenhäusern gemeldet wurden. Dies gilt auch für nach § 140a SGB V und im Rahmen von Notfallbehandlungen gemeldete Diagnosen.</p> <p>Im DTA-Verfahren nach § 301 SGB V ist systembedingt sichergestellt, dass nur zugelassene Krankenhäuser teilnehmen können. Dieses Kriterium ist bei den von DAV entsprechend gelieferten Datensätzen als erfüllt anzusehen.</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer 3.8.0.</p>	<p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 23.11.2010, Fragenkatalog Nr. 1</p>

2.3.9 Sind Diagnosen aus ausschließlich vor- oder nachstationären Behandlungen gemeldet worden?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Es wurden Diagnosen gemeldet, die ausschließlich im Rahmen vor- oder nachstationärer Behandlungen erhoben und abgerechnet worden sind.	Diagnosen aus ausschließlich vor- oder nachstationären Behandlungen sind für den Morbi-RSA nicht anzuerkennen. Zu vergebende Fehlernummer 3.9.0.	RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 500, zu Datenfeld 7

2.3.10 Sind zusammengehörige Fallverläufe/Krankenhausaufenthalte zum Jahreswechsel durch die Krankenkasse unzulässig gesplittet worden?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Diagnosemeldungen bei Jahresüberliegern, unzulässige Fallsplittung.	Fälle, die über den Jahreswechsel stationär behandelt werden, fließen mit den Diagnosen ausschließlich in das Berichtsjahr ein, in dem der Entlassungstag liegt. Zu vergebende Fehlernummer 3.10.0.	RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 500, siehe in Vorbemerkung

2.3.11 Weist die Nebendiagnose ein zuweisungsrelevantes Merkmal Stern („*“) auf?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Nebendiagnose ohne das erforderliche Sonderzeichen Stern („*“).</p>	<p>Stationäre Nebendiagnosen, die gemäß DIMDI zur Sekundärverschlüsselung zugelassen sind und im Datensatz einen Stern („*“) aufweisen, sind den stationären Hauptdiagnosen im Zuweisungsverfahren gleichgestellt. Das Vorliegen stationärer Hauptdiagnosen führt bis auf wenige Ausnahmen immer zu einer Zuordnung in eine Diagnosegruppe (DxG). Somit handelt es sich bei dem Sonderzeichen um ein zuweisungsrelevantes Merkmal und der Wegfall des Zeichens (Ergebnis nach Prüfung) stellt eine erhebliche Abweichung dar. Dieser Sonderfall in der Satzart 500 bildet eine Ausnahme der ansonsten nicht zu dokumentierenden Abweichungen bei Sonderzeichen und Punkten.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 3.11.0.</p> <p><u>Hinweis:</u> Liegt bei dem gemeldeten Datensatz eine Diagnose ohne Stern („*“) vor und wird diese Diagnose mit Stern („*“) nachgewiesen, handelt es sich um eine Positivabweichung, die als nachgewiesen zu erfassen ist.</p>	<p>Abschnitt 2 B), Punkt 5 der Anlage 3 der Bestimmung nach § 20 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik</p>

2.3.12 Wurde bei Diagnosen nach § 301 SGB V aus dem Nachrichtentyp „AMBO“ für ambulante Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V das Qualifizierungsmerkmal „G“ gemeldet oder wurde die Diagnose ohne ein Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit gemeldet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Es wurde ein „AMBO“-Datensatz mit dem Qualifizierungsmerkmal „A“, „V“ oder „Z“ gemeldet.</p>	<p>Diagnosen nach § 301 SGB V aus dem Nachrichtentyp „AMBO“ für ambulante Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V, die das Qualifizierungsmerkmal „A“, „V“ oder „Z“ aufweisen, werden für die Satzart 500 ausgeschlossen. Zugelassen für SA500 sind nur Diagnosen mit dem Qualifizierungsmerkmal „G“ bzw. Diagnosen ohne Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 3.12.0.</p>	<p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 500, Vorbemerkung Abs. 4</p>

2.3.13 Sind die Morbiditätsinformationen zu Recht in die Satzart 500S eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Beispiel: Die Krankenkasse kann zu einer Meldung keinerlei Information liefern.	Es ist die Fehlernummer 3.13.0 „Die Morbiditätsinformation ist aus sonstigen (allgemeinen/offensichtlichen) Gründen zu Unrecht in die Satzart 500S eingeflossen“ zu wählen.	Hotline FAQ 7100233

2.4 Ambulante Diagnosen

Allgemeines:

Die in der Satzart 600 gemeldeten Daten der Krankenkassen sind im Prüfungsverfahren durch entsprechende Nachweise zu belegen, insbesondere durch DTA-Auszüge, Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzte. Nach Bekanntgabe der Stichprobe sind von der jeweiligen Krankenkasse alle Belege der in der Satzart 600 gemeldeten Daten für die in der Stichprobe enthaltenen Pseudonyme den Prüfdiensten zur Verfügung zu stellen.

Prüfunterlagen:

- Dienst- und Arbeitsanweisungen
- Satzart 110PM der Krankenkasse mit den depseudonymisierten Daten aus der Satzart 110SM über Stichprobenversicherte
- Satzarten 600P, 600S und 600M
- Originaldatensätze der Leistungserbringer/Abrechnungsstellen zu den gemeldeten Daten der Stichprobenversicherten (TP1-Datensätze aus der KV-Abrechnung (Einzelfallnachweise), TA § 295 Abs. 1b SGB V aus der Integrierten Versorgung bzw. der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung)
- DTA-Auszüge (Auszüge aus Datensatz nach § 295 SGB V)
- Abrechnungsunterlagen
- Einzelfallnachweis
- Unterlagen zu Diagnosen aus maschinenlesbarer Übermittlung
- Verträge mit den Leistungserbringern (z. B. Selektivverträge)
- Nacherfassungsdaten gemäß § 303 Abs. 3 SGB V

Hinweise

- § 73b SGB V,
- § 116 SGB V,
- § 116a SGB V,
- § 116b SGB V,
- § 117 SGB V,
- § 118 SGB V,
- § 118a SGB V,
- § 119 SGB V,
- § 119a SGB V,
- § 119b SGB V,
- § 119c SGB V,
- § 140a SGB V,
- § 120 Abs. 1a SGB V,
- § 295 SGB V,
- § 303 Abs. 3 SGB V,
- § 30 Abs. 1 RSAV (a. F.),

- Bestimmung des GKV-SV nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V (RSAV-Bestimmung) in der jeweils gültigen Fassung,
- Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträger zwischen KBV und GKV-SV in der jeweils gültigen Fassung (jeweils aktuelle Version unter www.gkv-datenaustausch.de),
- Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen KBV und GKV-SV (jeweils aktuelle Version unter www.gkv-datenaustausch.de),
- Richtlinien des GKV-SV zur Umsetzung des Datenaustauschs nach § 295 Abs. 1b SGB V (jeweils aktuelle Version unter www.gkv-datenaustausch.de),
- Richtlinien des GKV-SV zur Umsetzung des Datenaustauschs nach § 295 Abs. 1b SGB V für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung gemäß § 116b Abs. 2 SGB V teilnehmen (jeweils aktuelle Version unter www.gkv-datenaustausch.de),
- Richtlinien des GKV-SV zur Umsetzung des Datenaustauschs nach § 295 Abs. 1b SGB V für Verträge nach § 140a Abs. 1 SGB V, die Krankenkassen oder deren Verbände mit den Vertragspartnern nach § 295 Abs. 1b Satz 1 SGB V abgeschlossen haben (jeweils aktuelle Version unter www.gkv-datenaustausch.de),
- ICD 10-Schlüssel GM (<http://www.dimdi.de>),
- Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2019 vom 28.09.2018
- Schreiben des BVA vom 17.12.2008 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: II6-5580-2968/08),
- Schreiben des BVA vom 15.01.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5580.7-3500/08),
- Schreiben des BVA vom 16.01.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5576.0-3440/08),
- Schreiben des BVA vom 29.01.2009 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5576.0-3440/08),
- Schreiben des BVA vom 08.03.2010 zur Zulässigkeit von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich nach § 30 RSAV (AZ: VII2-5576.0-3440/2008),
- Vereinbarung gemäß § 120 Abs. 3 SGB V

Stichprobenfragen:

2.4.1 Stimmen die Angaben zum Versicherten (KVNR, etc.) aus der Satzart 110PM mit den Angaben aus den Abrechnungsunterlagen überein?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die Abrechnungsunterlagen enthalten - teilweise - keinen eindeutigen Bezug (z. B. bei KVNR-Wechsel; Ost-West-Problematik) und werden im Rahmen der Abrechnungsprüfung plausibilisiert und – z.T. automatisiert – der vermeintlich korrekten KVNR zugeordnet.	Diese Veränderungen müssen für die Anerkennung nachvollziehbar dokumentiert sein. Zu vergebende Fehlernummer 4.1.0.	

2.4.2 Sind Bearbeitungen bzw. Veränderungen der Versichertendaten in zulässiger Weise in die Satzart 600S eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die Abrechnungsunterlagen enthalten teilweise keinen eindeutigen Bezug (z. B. bei KV-Nummernwechsel; Ost-West-Problematik).	Die Daten werden im Rahmen der Abrechnungsprüfung plausibilisiert und – z. T. automatisiert – der vermeintlich korrekten KVNR zugeordnet. Diese Veränderungen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Zu vergebende Fehlernummer 4.2.0.	

2.4.3 Fällt die in der Satzart 600S berücksichtigte Diagnose aus einer Abrechnung in das zutreffende Quartal des zu prüfenden Berichtsjahres?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Das Behandlungsdatum liegt außerhalb des Berichtsjahres.	Diagnosen, die nicht in das zu prüfende Berichtsjahr fallen, sind grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Zu vergebende Fehlernummer 4.8.0.	RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Buchst. B., Erläuterungen zum Inhalt, § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV
Das gemeldete Behandlungsdatum liegt außerhalb des übermittelten Behandlungsquartals.	In der vertragsärztlichen Versorgung ist grundsätzlich das mit der Abrechnung übermittelte Behandlungsquartal maßgebend. Zu vergebende Fehlernummer 4.3.0.	
Nachträgliche Abrechnung von Behandlungsdiagnosen (Korrekturen, Nachlieferungen durch die Leistungserbringer).	Es ist darauf zu achten, dass der Behandlungszeitraum im betreffenden Leistungsquartal des Berichtsjahres beginnt oder endet.	

<p>Für die Behandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgt die Abrechnung von Pauschalbeträgen ohne zeitlich getrennte Angabe der Behandlungsdaten quartalsübergreifend.</p>	<p>Es ist immer das Quartal anzugeben, für das die Leistung abgerechnet wurde (Leistungsquartal). Für die Datenübermittlung nach § 295 Abs. 1b Satz 1 SGB V aus Verträgen nach § 140a Abs. 1 SGB V gelten die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Fristen. Für eine quartalsweise Erfassung der Diagnosen bedarf es der quartalsweisen Datenübermittlung.</p>	<p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 600, zu Datenfeld 5, Richtlinie des GKV-SV nach § 295 Abs. 1b SGB V, Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 08.03.2012, Fragenkatalog Nr. 23</p>
---	--	--

2.4.4 Sind die Daten auf zulässigem Wege und aus einer zulässigen Quelle eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die Diagnosequellen bzw. Übermittlungswege entsprechen nicht den Vorgaben des § 295 Abs. 1 SGB V.	Im Ausgleichsjahr 2019 werden die Diagnosen über differenzierte Datenwege gemeldet. Der Datenweg löst kein Risikomerkmal aus und ist daher für die Prüfungen nicht relevant.	RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Buchst. B., Erläuterungen zum Inhalt und Erläuterungen zur Satzart 600, zu Datenfeld 9
	<p>Bewertung der Diagnosequellen</p> <p>Auf Grundlage der in den nebenstehenden Schreiben des BVA (seit 01.01.2020 BAS) genannten Kriterien erfolgt im Folgenden eine Bewertung sämtlicher dem BVA zur Kenntnis gebrachter möglicher Diagnosequellen:</p> <p><u>Grundsatz:</u> 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-10GM verschlüsselt sind.</p> <p>Nach § 295 Abs. 1 SGB V gilt grundsätzlich, dass die Abrechnungsunterlagen zumindest „maschinenlesbar“ aufzuzeichnen und zu übermitteln sind. Zumeist ist aber eine Übermittlung im Wege elektronischer Datenübermittlung oder maschinell verwertbar auf Datenträger geregelt. Soweit entsprechen sie den Anforderungen und werden anerkannt.</p> <p>Eigenständige Ergänzungen (z. B. des Qualifizierungsmerkmals) durch die Krankenkassen sind nicht zulässig und somit nicht berücksichtigungsfähig. Diagnosen, welche nachträglich durch die Krankenkassen bei den Ärzten erhoben wurden und für die kein</p>	<p>Schreiben des BVA vom - 15.01.2009, - 16.01.2009, - 29.01.2009 (AZ: VII2-5576.0-3440/08), - 08.03.2010 (AZ: VII2-5576.0-3440/08)</p> <p>Schreiben des BVA vom 08.03.2010 (AZ: VII2-5576.0-3440/2008)</p> <p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Buchst. B., Erläuterungen</p>

	<p>Behandlungsanlass vorlag, entsprechen nicht den Anforderungen des § 295 Abs. 1 Nr. 7 SGB V (a. F.) und dürfen nicht gemeldet werden.</p> <p>Soweit die Leistungserbringer nach § 140a SGB V aufgrund von Softwareproblemen die Daten weiterhin nicht elektronisch übermitteln können, ist dies von der Krankenkasse als Grund für die Nacherfassung gemäß § 303 Abs. 3 SGB V zu dokumentieren. Die Meldung der Informationen für den Morbi-RSA wird in solchen Ausnahmefällen anerkannt.</p> <p>In begründeten Fällen (bei technischen Schwierigkeiten, z. B. im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V oder bei der Datenübermittlung von an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b teilnehmenden Vertragsärzten) räumt § 303 Abs. 3 SGB V Ausnahmen zur elektronischen Übermittlung ein. In diesen Fällen ist eine manuelle Nacherfassung möglich. Die Ausnahmegründe sind von der Krankenkasse nachvollziehbar zu dokumentieren.</p> <p><u>Bewertung ambulanter Diagnosequellen:</u></p> <p><u>Zulässige Diagnosequellen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosen aus dem Einzelfallnachweis, da diese den Abrechnungsdaten der Kassenärzte zugrunde liegen. 2. Diagnosen aus ambulanter Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V, soweit sie gem. § 295 Abs. 1b SGB V übermittelt werden. 3. Diagnosen aus Hochschulambulanzen (einschl. Psych. Ausbildungsinstitute) nach § 117 SGB V – gem. § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V gilt § 295 Abs. 1b SGB V entsprechend. 4. Diagnosen aus psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V – gem. § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V findet § 295 Abs. 1b SGB V Anwendung. 5. Diagnosen aus für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigten sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) nach § 119 SGB V, sofern eine Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung für die gemeldeten Diagnosen besteht (vgl. § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Einige SPZ besitzen lt. KBV 	<p>zum Inhalt, Abs. 3</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 08.03.2012, Fragenkatalog Nr. 25</p> <p>Besprechungsergebnis des GKV-SV vom 28.05.2013, 07.07.2015 Fragenkatalog Nr. 36, 48</p> <p>Schreiben des BVA vom 16.01.2009, (AZ: VII2-5576.0-3440/08),</p> <p>Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom - 23.11.2010, - 20.12.2011, - 08.03.2012, - 10.10.2012, - 12.12.2013, - 17.09.2014, - 04.03.2015, - 15.09.2016,</p> <p>Fragenkatalog Nr. 2a, 2b, 4, 15, 24, 28, 40, 43, 47.</p>
--	---	---

eine tatsächliche Ermächtigung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Für die nicht ermächtigten SPZ gilt, dass ein Teil die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Abrechnung beauftragt (evtl. ohne dass Diagnosen weitergeleitet werden). Ein weiterer Teil der SPZ rechnet direkt mit den Krankenkassen ab.

6. Diagnosen aus ambulanter Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V, Diagnosen aus ambulanter Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V sowie Diagnosen aus ambulanter Behandlung in medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung nach § 119c SGB V sind maschinell zu melden.

7. Diagnosen aus Abrechnungen zugelassener deutscher Kassenärzte im Rahmen der Integrierten Versorgung, sofern diese elektronisch erfasst sind und soweit diese den Behandlungsanlass wiedergeben. Zudem müssen die Anforderungen in § 295 Abs. 1 SGB V erfüllt sein.

	<p>8. Diagnosen von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 SGB V, sofern diese an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Abs. 1 SGB V teilnehmen; insbesondere ist auf das Vorliegen der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 SGB V sowie auf das Vorliegen des Qualifizierungsmerkmals zu achten. Zudem umfasst dies nur Diagnosen des akuten Behandlungsanlasses.</p> <p>9. Diagnosen zugelassener deutscher Vertragsärzte, MVZ, ermächtigter Ärzte und ermächtigter Einrichtungen nach § 95 SGB V im Rahmen weiterer Selektivverträge nach §§ 73 b oder c SGB V, sofern diese den in § 295 Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen (inkl. Qualifizierungsmerkmal) entsprechen und diese nur den jeweiligen Behandlungsanlass wiedergeben.</p> <p>10. Diagnosen aus Abrechnungsunterlagen von Leistungserbringern gemäß §§ 116 bis 120 SGB V, soweit bereits ICD-verschlüsselt (keine Umsetzung von Textdiagnosen in das ICD-Format durch Krankenkassen).</p> <p>11. Diagnosen der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V aus dem Datenträgeraustausch nach § 301 SGB V (AMBO).</p> <p>12. Meldungen von mit ambulanten Diagnosen hinterlegten Fallabrechnungen mit dem Wert gleich „Null“ sind berücksichtigungsfähig.</p>	
	<p><u>Nicht zulässige Diagnosequellen:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Diagnosen aus ambulanten AHB-Maßnahmen2. Diagnosen aus Abrechnungen nach GOÄ für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben3. Diagnosedaten aus Abrechnungen ausländischer Ärzte4. Diagnosen aus Heil- oder Hilfsmittelrezepten5. Diagnosen aus Verordnungen von Krankenhausbehandlung6. Diagnosen aus Verordnungen von Krankentransport	

7. Diagnosen aus Verordnungen von Haushaltshilfe
8. Diagnosen aus Verordnungen von häuslicher Krankenpflege
9. Diagnosen aus DMP-Dokumentationen
10. Diagnosen aus ärztlichen Bescheinigungen bez. Einzelfallanträgen oder bez. Belastungsgrenze
11. Diagnosen von nicht zugelassenen Behandlern – diese sind nicht in den §§ 295 Abs. 1 oder § 301 Abs. 1 SGB V als Leistungserbringer benannt
12. Diagnosen von Leistungserbringern der AHB und Reha
13. Diagnosen von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 SGB V, sofern diese nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Diagnosen weiterer Leistungserbringer und Diagnosen aus anderen Bereichen des SGB sind ausgeschlossen, da in § 30 RSAV (a. F.) nicht erwähnt.

Zu vergebende Fehlernummer 4.4.0.

2.4.5 Wurden bei der Meldung der Morbiditätsinformationen in die Satzart 600S die Daten aus Erstattungsfällen nach § 102 ff. SGB X zu Unrecht berücksichtigt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Erstattungsansprüche (EA):</p> <p><u>Beispiel A:</u> EA KK A ⇒ KK B</p> <p><u>Beispiel B:</u> EA KK A ⇒ BG</p> <p><u>Beispiel C:</u> EA BG ⇒ KK A</p>	<p>Morbiditätsinformationen, die die Krankenkassen im Rahmen von Erstattungsfällen nach § 102 ff. SGB X erhalten haben, sind nicht zu melden.</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer 4.5.0.</p> <p>Die Kasse, die den Abrechnungsdatensatz erhält, darf melden (KK A). KK B darf nicht melden, obwohl sie leistender Kostenträger ist.</p> <p>Die Kasse (KK A) darf melden, obwohl die BG leistender Versicherungsträger ist und der Kasse A keine Kosten entstanden sind. Ein Herausnehmen der Meldung der Morbiditätsinformationen hat zu unterbleiben.</p> <p>Die Kasse (KK A) darf nicht melden. Die im Zuge des Erstattungsfalles von der BG an die Krankenkasse übermittelten Morbiditätsinformationen dürfen nicht in den Morbi-RSA gemeldet werden.</p>	<p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Buchst. B., Erläuterungen zum Inhalt, Abs. 4</p> <p>Besprechungsergebnisse des GKV-SV vom 23.11.2010, 19.04.2012, 28.05.2013,</p> <p>Fragenkatalog Nr. 8, 12b, 12c</p>

2.4.6 Stimmen die in die Satzart 600S gemeldeten Diagnosen mit den Daten der rechnungsbegründenden Unterlagen (Einzelfallnachweis zur ambulanten ärztlichen Behandlung) überein?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Die Angaben der Satzartmeldungen weichen von den Abrechnungsdaten ab.	Eigenständige Ergänzungen durch die Krankenkassen sind nicht zulässig.	Schreiben des BVA vom: 16.01.2009, 29.01.2009 (AZ: VII2-5576.0-3440/08)
Die gemeldete Diagnose bzw. das gemeldete Qualifizierungsmerkmal stimmt nicht mit den Abrechnungsdaten überein.	<p>Diagnosen der ambulanten Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ bleiben generell unberücksichtigt.</p> <p><u>Erklärung der Qualifizierungsmerkmale:</u> V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach der betreffenden Diagnose A = ausgeschlossene Diagnose G = gesicherte Diagnose 0 = sonst</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer 4.6.0.</p>	Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2019 vom 28.09.2018, Ziff. 1.3.2.1

<p>Die Abrechnungen der sog. Direktabrechner (§§ 116-120 SGB V) enthalten nicht immer versicherten-bezogene Diagnosen.</p>	<p>Direktabrechner In diesen Fällen ist auf die Überweisungs- und Abrechnungsscheine, die den Abrechnungen beiliegen, zuzugreifen. Hier genügen auch handschriftliche Angaben zu Behandlungsdiagnose/Ambulanzdiagnose und -datum. Maßgeblich ist die Abrechnungsdiagnose, nicht die Überweisungsdiagnose.</p>	<p>RSAV- Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur SA600, zu Datenfeld 6</p>
<p>Diagnosen aus ambulanter spezialfachärztlicher Behandlung</p>	<p>Überweisungsdiagnosen (Diagnoseart 2) sind nicht zu berücksichtigen.</p>	
<p>Diagnosen aus Einrichtungen nach 117 Abs. 1 und 2 SGB V</p>	<p>Diagnosen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sind nur dann zu melden, wenn gemäß der Technischen Anlagen ASV das Datenfeld „Diagnoseart“ mit 1 = „Behandlungsdiagnose / Ambulanzdiagnose“ übermittelt wird.</p> <p>Als Diagnosen aus Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und 2 SGB V sind die Diagnosen berücksichtigen, die im AMBO-Verfahren nach § 301 SGB V mit Diagnoseart 1 = „Behandlungsdiagnose/Ambulanzdiagnose“ und Diagnoseart 3 = „mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V“ übermittelt werden.</p>	

2.4.7 Stammen die Diagnosen in der Satzart 600S ausschließlich von einem zugelassenen Leistungserbringer?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Nachweis der Kassenzulassung bzw. der Leistungsberechtigung im Rahmen der GKV.</p>	<p>Bei Datenmeldungen im Rahmen der KV-Abrechnungen ist die Zulassung des Arztes zu unterstellen, da dies bereits von der KV geprüft wird.</p> <p>Ambulante Diagnosen von Leistungserbringern aus den folgenden besonderen Bereichen können grundsätzlich berücksichtigungsfähig sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) im Krankenhaus b) Hochschulambulanz c) psychiatrische Institutsambulanz d) sozialpädiatrische Zentren e) durch Krankenhausärzte f) im Krankenhaus bei Unterversorgung g) in Einrichtungen der Behindertenhilfe h) in stationären Pflegeeinrichtungen i) Eigeneinrichtungen der KK j) im Rahmen von Verträgen zur IGV k) im Rahmen von Selektivverträgen <p>Die Zulassung bzw. Ermächtigung des Leistungserbringers ist in diesen Fällen von der Krankenkasse zu belegen.</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer 4.7.0.</p>	<p>Abgleich mit Zulassungslisten und Versorgungsverträgen,</p> <p>Infos des GKV-SV zum Bereich Zulassungen für ambulante Leistungen nach § 116b SGB V</p>

2.4.8 Sind die Morbiditätsinformationen zu Recht in die Satzart 600S eingeflossen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Beispiel: Die Krankenkasse kann zu einer Meldung keinerlei Information liefern.</p>	<p>Es ist die Fehlernummer 4.8.0 „Die Morbiditätsinformation ist aus sonstigen (allgemeinen / offensichtlichen) Gründen zu Unrecht in die Satzart 600S eingeflossen“ zu wählen.</p>	<p>Hotline FAQ 7100233</p>

2.5 Versichertenverzeichnis (Pauschalzuschläge)

Allgemeines

Für die Ermittlung zusätzlicher risikoadjustierter Pauschalzuschläge melden die Krankenkassen für das Berichtsjahr (das Jahr, auf das sich die Datenmeldung an das BVA, seit 01.01.2020 BAS, bezieht):

- Versicherte, die im Ausland wohnen oder dort ihren überwiegenden Aufenthalt haben,
- Versicherte, die Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben,
- Versicherte, für die im Berichtsjahr mindestens eine Behandlung zur extrakorporalen Blutreinigung (Dialysebehandlung) abgerechnet wurde sowie
- Versicherte mit Erwerbsminderung.

Beispiel: Für die Prüfung des Ausgleichsjahres 2019 sind die tatsächlichen Verhältnisse des Berichtsjahres 2018 maßgebend.

Die Zugehörigkeit der Versicherten zu diesen Personenkreisen wird in der Satzart 100 (Korrekturmeldung) bzw. 110 des Berichtsjahres 2018 durch besondere Kennzeichen ausgewiesen.

Prüfunterlagen:

- Satzarten 110PM, 110SM, 110M
- jeweiliger Vordruck/Anspruchsschein des ausländischen Versicherungsträgers
- Unterlagen/Erklärung zur Wahl von Kostenerstattung
- Abrechnungsunterlagen für durchgeführte Dialysebehandlungen
- Meldungen der RV-Träger über den Bezug einer Erwerbsminderungsrente bzw. Rentenbescheid

Hinweise:

- 19. RSA-ÄndV,
- §§ 3 Abs. 3 S. 5, 29, 30, 31 RSAV (a. F.),
- §§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V,
- § 267 Abs. 2 SGB V,
- §§ 43, 45 SGB VI,
- Bestimmung des GKV-SV nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V (RSAV-Bestimmung) in der jeweiligen Fassung, einschließlich Anlage 1.4 und 1.4a, Erläuterungen zur Satzart 100,
- VO (EG) 883/2004 und 987/2009

Stichprobenfragen:

2.5.1 Kann die Krankenkasse für den Personenkreis der im Ausland lebenden Versicherten den Nachweis führen, dass diese in dem, dem zu prüfenden Ausgleichsjahr vorangegangenen Kalenderjahr (Berichtsjahr), ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt überwiegend außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Gemäß der 19. RSA-ÄndV bekommen Versicherte, die im Ausland wohnen oder dort ihren überwiegenden Aufenthalt haben, pauschalierte Risiko-Zuschläge zugewiesen.</p>	<p>Die Krankenkasse hat die Zugehörigkeit zum in Rede stehenden Personenkreis nachzuweisen.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 5.1.0.</p> <p>Falls die tatsächlich nachgewiesenen Versichertentage mit Auslandsaufenthalt 183 Tage nicht unterschreiten, ist die Abweichung ohne Auswirkung.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 5.1.1.</p> <p>Die Krankenkasse prüft den Beginn, die Verlängerung und das Ende des Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthalts im Ausland. Für die Feststellung der Versichertentage im Ausland sind die im jeweiligen Berichtsjahr vom GKV-SV, DVKA veröffentlichten Vordrucke maßgeblich (vgl. Anlage 1.4 der RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V). Soweit erforderlich werden die unter</p> <ul style="list-style-type: none"> a) für die EU-/EWR-Staaten und die Schweiz gültigen Vordrucke und b) die jeweiligen Vordrucke der Abkommensstaaten <p>vom GKV-SV, DVKA regelmäßig aktualisiert. Die Aktualisierung erfolgt als Änderung zur RSA-Bestimmung per Rundschreiben.</p>	<p>§ 13 Abs. 4 bis 6 SGB V,</p> <p>Anlage 3 der Bestimmung nach § 20 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV zur Stichproben und Hochrechnungsmethodik</p> <p>VO (EG) 883/2004 und 987/2009,</p> <p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 100, zu Datenfeld 13</p>

Es wurden – trotz belegten überwiegenden Auslandsaufenthalts – Datensätze in die Satzarten 400, 500 und/oder 600 gemeldet.	Diese Datensätze sind zu prüfen, selbst wenn der überwiegende Auslandsaufenthalt belegt wurde.	Hotline FAQ 7100234
--	--	------------------------

2.5.2 Kann die Krankenkasse für den Personenkreis der Versicherten, die für das dem zu prüfenden Ausgleichsjahr vorangegangene Kalenderjahr (Berichtsjahr) Kostenerstattung gewählt haben, die Wahl der Kostenerstattung belegen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Wahl der Kostenerstattung	Diese Wahl muss zumindest den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (ohne Zahnärzte) vollständig umfassen. Zu vergebende Fehlernummer 5.2.0.	RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 100, zu den Datenfeldern 14 und 15
Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung Kostenerstattung gewählt haben, bekommen pauschalierte Risikozuschläge zugewiesen (Zuweisung KEG).	Die Zugehörigkeit zum Personenkreis ist nachzuweisen. Als Nachweis kann die schriftliche oder zu Protokoll gegebene Erklärung des Mitgliedes dienen, aus der der Zeitraum der Wahl eindeutig hervorgeht. Fehlen solche Anhaltspunkte, kann (hilfsweise) auch die tatsächliche Inanspruchnahme der Kostenerstattung zur Beurteilung des KEG-Status herangezogen werden.	19. RSA-ÄndV, RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 100, zu den Datenfeldern 14 und 15, §§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V sowie einschlägige Satzungsregelungen, Hotline FAQ 7100275

Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V	Für diesen Personenkreis erfolgt keine Zuordnung zur KEG. Gegen eine manuelle Erfassung von Krankenhaus- entlassungsdiagnosen bestehen diesbezüglich keine Bedenken.	Antwort des BVA Referat 312 vom 08.05.2014
---	--	--

2.5.3 Bestand die Wahl der Kostenerstattung für ambulante Leistungen im Leistungsjahr zum überwiegenden Teil?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres für den Bereich der ärztlichen Versorgung Kostenerstattung gewählt haben, bekommen pauschalierte Risikozuschläge zugewiesen.</p> <p>Überwiegender Teil ist nachgewiesen, jedoch liegt eine Abweichung zwischen gemeldeten und nachgewiesenen Tagen vor.</p>	<p>Die Zugehörigkeit zum Personenkreis ist nachzuweisen. (vgl. Ausführungen zur Nachweisführung unter 2.5.2)</p> <p>Es werden weniger als 183 Versichertentage mit Kostenerstattung nachgewiesen.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 5.3.0.</p> <p>Falls die tatsächlich nachgewiesenen Versichertentage mit Kostenerstattung 183 Tage nicht unterschreiten, ist die Abweichung ohne Auswirkung.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 5.3.1.</p>	<p>19. RSA-ÄndV, RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Erläuterungen zur Satzart 100, zu den Datenfeldern 14 und 15,</p> <p>§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V sowie einschlägige Satzungsregelungen,</p> <p>Anlage 3 der Bestimmung nach § 20 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV zur Stichproben und Hochrechnungsmethodik</p>

<p>Es wurden für den Zeitraum der Wahl der Kostenerstattung Datensätze in die Satzarten 400 und/oder 600 gemeldet.</p>	<p>Sofern in den Satzarten 400S und/oder 600S gemeldete Daten gegeben sind, sind diese auch zu prüfen, auch wenn die Wahl der Kostenerstattung 182 Tage überschreitet.</p> <p>Werden (zusätzlich) Morbi-Informationen in den SA 400 u. 600 für den Zeitraum der Wahl der Kostenerstattung gemeldet, hat dies keine monetären Auswirkungen und ist insoweit unproblematisch.</p> <p><u>Hinweis:</u> Für die Ermittlung der Fehlerquote sind diese Datenmeldungen jedoch relevant. Diese sind daher bei der Prüfung der SA 400 u. 600 zu berücksichtigen und zu bewerten.</p> <p>Wird der von einer Kasse gemeldete KEG-Status bei der Prüfung bestätigt, ist allein hierauf abzustellen. Dies gilt auch dann, wenn im entsprechenden Zeitraum lediglich Sachleistungen und keine Kostenerstattung in Anspruch genommen wurde.</p>	<p>Hotline FAQ 7100234</p>
--	--	--------------------------------

2.5.4 Kann die Krankenkasse für die in der Satzart 110PM gemeldeten Versicherten mit Dialyse-Kennzeichen „1“ in dem, dem zu prüfenden Ausgleichsjahr vorangegangenen Kalenderjahr (Berichtsjahr) mindestens eine extrakorporale Behandlung nachweisen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Versicherte, für die während des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres mindestens eine Behandlung zur extrakorporalen Blutreinigung abgerechnet wurde, bekommen Risikozuschläge zugewiesen.</p>	<p>Die Zugehörigkeit zum Personenkreis ist nachzuweisen. Als Nachweise kommen die Sachkostenabrechnung zur Dialysebehandlung oder die Abrechnung einer Dialysebehandlung im Rahmen der stationären Behandlung in Betracht. Zur Nachweisführung genügt hier die Auskunft aus dem Fachverfahren der Krankenkasse.</p> <p style="color: red;">Zu vergebende Fehlernummer 5.4.0.</p>	<p>RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V, Anlage 1.4, Buchst. B., Erläuterungen zum Inhalt, Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 sowie Erläuterungen zur Satzart 100, zu Datenfeld 10</p>

2.5.5 Sind für die Versicherten mit überwiegendem Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Berichtsjahr (das dem Ausgleichsjahr vorangegangene Kalenderjahr) die mit der Satzart 110PM gemeldeten entsprechenden Versichertentage belegt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>Versicherte, die während des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres überwiegend Erwerbsminderungsrente bezogen haben, bekommen die entsprechenden Risikomerkmale für die Zugehörigkeit zur Morbiditätsgruppe zugewiesen.</p>	<p>Der Bezug der Erwerbsminderungsrente ist durch die Krankenkasse anhand des Rentenbescheides bzw. der diesbezüglichen Meldung des RV-Trägers nachzuweisen.</p> <p>Für Bezieher einer Zeitrente wegen Erwerbsminderung beginnt die Versicherungszeit mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente (vgl. § 3 Abs. 3 Satz 5 RSAV a. F.).</p> <p>Die Leistungsarten der RV-Träger für die Einstufung als Erwerbsminderungsrentner (EM-Rentner) können der Anlage 1.4a der RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V entnommen werden.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 5.5.0.</p> <p>Falls die tatsächlich nachgewiesenen Versichertentage mit Erwerbsminderungsrente 183 Tage nicht unterschreiten, ist die Abweichung ohne Auswirkung.</p> <p>Zu vergebende Fehlernummer 5.5.1.</p>	<p>§ 267 Abs. 2 SGB V, § 31 Abs. 4 Satz 4 RSAV (a. F.), §§ 3 Abs. 2 und 3, 8 Abs. 2 RSAV-Bestimmung nach § 267 SGB V einschl. Anlage 1.4, Buchst. B., Erläuterungen zum Inhalt, Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Erläuterungen zur SA100, zu Datenfeld 9 sowie Anlage 1.4a, §§ 43 und 45 SGB VI</p> <p>Anlage 3 der Bestimmung nach § 20 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV zur Stichproben und Hochrechnungsmethodik</p>

Anlagen

- Anlage 3 der Bestimmung nach § 20 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik im Rahmen der Prüfung der Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der Fassung vom 02. August 2023
- Musterschreiben DAV1 und DAV2

Anlage 3 des Stichproben- und Hochrechnungsverfahrens nach § 20 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV

ABWEICHUNGEN IN DEN §20-RÜCKMELDESATZARTEN 110RM, 400R, 500R UND 600R

(Stand 02. August 2023)

1. EINDEUTIGKEIT

Als fehlerhaft markierte Abweichungen müssen eindeutig sein, dies bedeutet:

- Ist mind. eine im Sinne von Punkt 2. A definierte Abweichung bei einem der prüfrelevanten Merkmale in einer der Rückmeldesatzarten (110RM, 400R, 500R, 600R) dokumentiert, wird das korrespondierende Fehlerfeld in der Satzart 110RM (Felder 7 bis 10 „Fehler ...“) für das entsprechende Pseudonym mit „1“ befüllt.
- Wird ein Fehlerfeld in der Satzart 110RM (Felder 7 bis 10 „Fehler ...“) mit „0“ befüllt, müssen
 - (1) bei sämtlichen prüfrelevanten Merkmalen in der korrespondierenden Rückmeldesatzart für das entsprechende Pseudonym die Angaben in den Feldern „originär“ und „Prüfung“ übereinstimmen;
 - (2) sämtliche Felder mit der Bezeichnung „Fehlernummer ...“ in der korrespondierenden Rückmeldesatzart ohne Eintrag (sog. „Blank“ = „kein Fehler“) sein.
→ Ausnahmen: s. Punkt 2. B

2. KORREKTHEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT

A) GRUNDSÄTZLICHES

Grundsätzlich sind alle gegenüber den Originaldaten bei den prüfrelevanten Merkmalen festgestellten Abweichungen in den Rückmeldesatzarten zu dokumentieren. Ausnahmen hiervon und somit nicht zu dokumentieren sind:

- (1) positive Abweichungen wie etwa bei den zu überprüfenden Versichertentagen, dem Dialysekennzeichen oder bezogen auf das Merkmal „Anzahl Einheiten oder Faktor“ bei identischer PZN in der Satzart 400 (veranschaulicht in Abbildung 1, linker Strang);

- (2) jegliche Abweichungen der Sonderzeichen und Punkte bei Angabe von Diagnosen mit folgender Ausnahme: Bei stationären Nebendiagnosen ist eine in der Prüfung nicht bestätigte Sterndiagnose als erhebliche Abweichung zu werten.¹

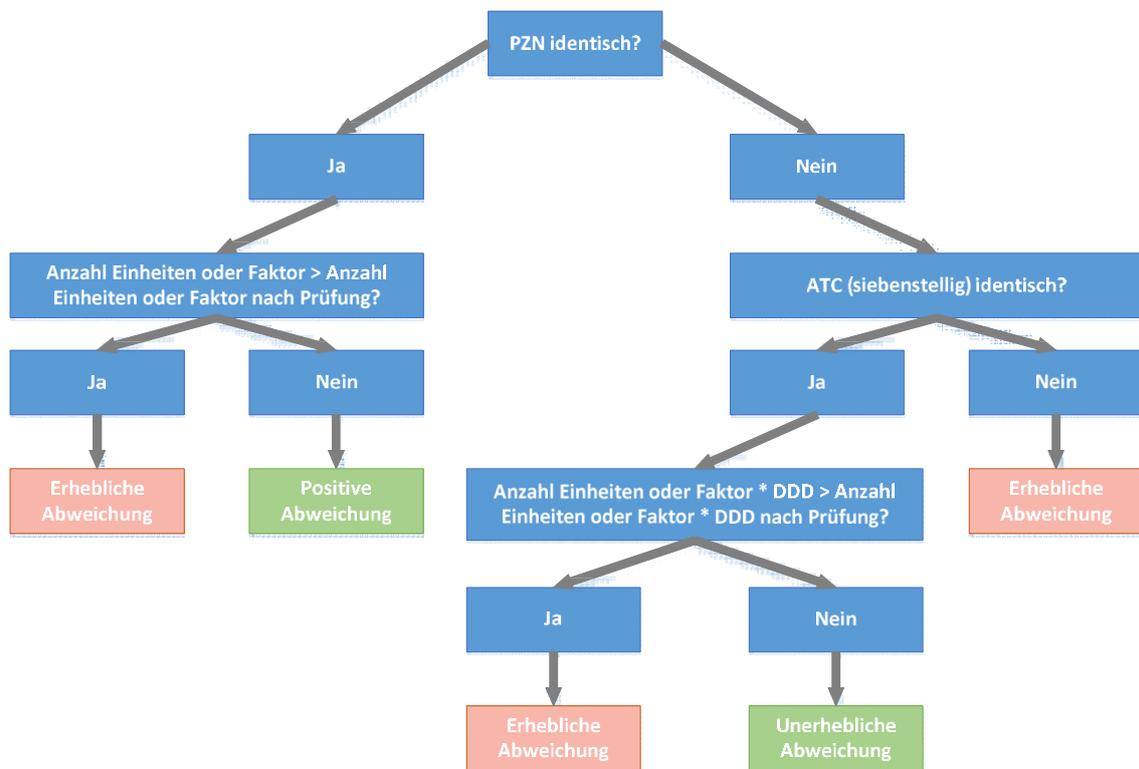
B) SONDERFALL „UNERHEBLICHE ABWEICHUNGEN“

Abweichungen in den prüfrelevanten Merkmalen, bei denen von vornherein Auswirkungen im RSA-Klassifikationsmodell ausgeschlossen werden können, sind zu dokumentieren, und im zugehörigen Feld „Fehlernummer ...“ mit der entsprechenden Nummerierung aus dem Fehlerkatalog zum RSA-Prüfhandbuch Morbi-RSA der Prüfdienste zu kennzeichnen. Hierzu gehören:

- (1) im Bereich EMG, KEG und AusAGG abweichende Versichertentage, sofern die vom Prüfdienst festgestellte Anzahl an Tagen 183 nicht unterschreitet;
- (2) abweichende Datumsinformationen aus den Satzarten 400, 500 und 600, die keine Auswirkungen auf die Jahres- und Quartalszuordnung haben;
- (3) abweichende, aber wirkstoffgleiche PZN (bei nachgewiesenem gleichem Wirkstoff mit unveränderter Gesamtwirkstoffmenge gemessen in Tagesdosen / DDD (Defined Daily Doses)) (veranschaulicht in Abbildung 1 rechter Strang);
- (4) Abweichungen bei Diagnosen aus der Satzart 500 hinsichtlich der Behandlungsart (die Art der Behandlung 1, 2, 3, 4 oder 0 ist unerheblich);
- (5) Abweichungen bei Diagnosen aus der Satzart 500 mit einer Veränderung der Art der Diagnose von Neben- zu Hauptdiagnose (an die RSA-Stelle wurde durch die Krankenkasse eine Nebendiagnose gemeldet, im Rahmen der Prüfung wurde eine Hauptdiagnose belegt);
- (6) abweichende Angaben im Fallzähler in der Satzart 500.

¹ Stationäre Nebendiagnosen, die gemäß DIMDI zur Sekundärverschlüsselung zugelassen und im Datensatz mit einem Stern („*“) gekennzeichnet sind, werden stationären Hauptdiagnosen gleichgestellt. Das Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose führt bis auf einige Ausnahmen unmittelbar zu einer Zuordnung in eine DxG, sodass das Sonderzeichen hierbei zuschlagsrelevant und ein Wegfall des Zeichens für die Prüfung ausschlaggebend ist.

Abbildung 1: Prüfung der Pharmazentralnummer (PZN) in der Satzart 400



- **Musterschreiben DAV1 und DAV2**

Werden als gesonderte Dateien mit versandt.