

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 02.10.2015**

**zum Entwurf der Bestimmung
des Bundesversicherungsamtes
nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 30, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Entwurf der Bestimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV	3
1 Zu II. Stichprobe nach Stufe 1	3
zu 1. Stichprobenformel	3
zu 2. Qualitätsüberprüfung I.....	4
zu 3. Schwellenwert-Prüfung I.....	4
2 Zu III. Stichprobe nach Stufe 2	6
zu 1. Schichtung nach Zuweisungssumme	6
zu 4. Ergänzungsstichprobe	6
3 Zu IV. Hochrechnung und Korrekturbetrag	7

I. Vorbemerkung

Gemäß § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV legt das Bundesversicherungsamt (BVA) für die Prüfung der Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich im Bereich der Versichertenzeiten die Ausgestaltung des Stichproben- und Hochrechnungsverfahrens fest. Vor Festlegung der Bestimmung sind der GKV-Spitzenverband und die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen (Prüfdienste des Bundes und der Länder) anzuhören.

Das Bundesversicherungsamt hat vorerst nur die Teile I (Einführung) und II (Stichprobe nach Stufe 1) der Bestimmung bindend festgelegt. Die Teile III (Stichprobe nach Stufe 2) und IV (Hochrechnungsverfahren) werden daher nach Auswertung der Prüfergebnisse der durchgeführten Vor-Ort-Prüfungen gesondert angehört. Mit Schreiben vom 02. September 2015 hat das Bundesversicherungsamt dem GKV-Spitzenverband den Entwurf der Bestimmung nach § 42 Abs. 2 Satz 1 RSAV übermittelt und um eine Stellungnahme hierzu gebeten. Im Rahmen einer Sitzung der Arbeitsgruppe MRSA-Prüfungen am 14. September 2015 wurde der vorliegende Entwurf mit Vertretern der Krankenkassen und des Bundesversicherungsamtes erörtert.

Zum vorliegenden Entwurf der Bestimmung nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 6 Satz 2 RSAV nimmt der GKV-Spitzenverband im Folgenden Stellung.

II. Stellungnahme zum Entwurf der Bestimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV

1 Zu II. Stichprobe nach Stufe 1

zu 1. Stichprobenformel

Das BVA plant für alle weiteren Prüfungen die GKV-durchschnittliche in der Stufe 1-Stichprobe ermittelte Fehlerquote aus dem vorangegangenen Prüfzyklus zu Grunde zu legen, solange diese mindestens 1% beträgt. Sinkt sie unter 1%, wird die Fehlerquote (pF) für den nächsten Prüfzyklus auf 0,01 festgesetzt. Der GKV-Spitzenverband hält diese Vorgehensweise für sachgerecht, da damit ein unverhältnismäßiger Anstieg der Stichprobenfälle vermieden wird.

zu 2. Qualitätsüberprüfung I

Das Bundesversicherungsamt führt aus, dass zur Qualitätsüberprüfung der Stichprobenziehung für jede Krankenkasse die Verteilung spezifischer Merkmale in Grundgesamtheit und Stichprobe miteinander verglichen werden. Die Stichprobenziehung wird solange wiederholt, bis die für die Grundgesamtheit der Krankenkasse errechneten Mittelwerte für alle genannten 10 Kennzahlen innerhalb eines kassenindividuellen Toleranzbereiches liegen.

Der GKV-Spitzenverband verweist in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme vom 26.02.2014, in der bereits auf die Heranziehung des Qualitätsmerkmals „Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder dauerhaften Aufenthalt im Ausland“ verwiesen wurde. Dies gilt sowohl für die Qualitätsüberprüfung I, als auch für die Qualitätsüberprüfung II.

zu 3. Schwellenwert-Prüfung I

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Aufnahme einer kassenindividuellen monetären Fehlerquote in der Stufe-1-Prüfung.

Das vom Bundesversicherungsamt vorgesehene Verfahren sieht derzeit eine zweistufige Vorgehensweise vor, bei dem eine Krankenkasse dann in eine Stufe-2-Stichprobe gelangt, wenn diese die kassenindividuelle Fallfehlerquote (1. Kriterium) und die kassenindividuelle monetäre Fehlerquote (2. Kriterium) überschritten hat. Das grundsätzliche Problem von Hochkostenfällen, die als statistische Ausreißer die Berechnung der monetären Fehlerquote im Ergebnis verfälschen, besteht weiterhin. Es ist aus unserer Sicht daher erforderlich, bei der Berechnung der Fehlerquote kassenindividuelle, AGG-durchschnittliche Morbiditätszuweisungen zu berücksichtigen. Diese Durchschnittswerte schließen auch die Zuweisungsanteile für die HMG ein. Zusammen mit den tatsächlichen Zuweisungen für Alters-/Geschlechtsgruppen (AGG), EMG, DMP, SEL, VwK und KAGG/KEMG führt dies zu Ermittlung einer adjustierten monetären Fehlerquote (pMa).

Diese ist als drittes Schwellenwertkriterium zu definieren. Eine Krankenkasse gelangt danach nur dann in die Stufe-2-Stichprobe, wenn die zulässigen Fehlerquoten für den Pro-Kopf-Fehler (pF) und den monetären Fehler (pM) und den adjustierten monetären Fehler (pMa) überschritten werden. Hiermit kann auch die in Abschnitt III.4 beschriebene Problematik der Ergänzungsstichprobe gelöst werden.

Ermittlung der kassenindividuellen monetären Fehlerquote:

Die Berechnung der monetären Fehlerquote erfolgt derzeit ohne Berücksichtigung von Zuweisungen für Verwaltungskosten sowie für Satzungs- und Ermessensleistungen. Bei der Berechnung

des Korrekturbetrages werden diese Zuweisungen jedoch berücksichtigt. Daher sollten sie auch bei der Berechnung der monetären Fehlerquote einbezogen werden.

Im Entwurf der Bestimmung ist ferner klarzustellen, dass bei der Berechnung der monetären Fehlerquoten (pM und pMa) nur die tatsächlichen Fehlersachverhalte zu berücksichtigen sind. Können die Voraussetzungen für einzelne Merkmale, z. B. wie DMP-Tage oder Krankengeldanspruch, nicht belegt werden, darf dies keine Auswirkung auf die Anerkennung der nachgewiesenen Gesamtversichertentage haben.

Allgemeine Ergänzungen zu Abschnitt II.3:

1. Die individuellen Korrekturbeträge für Versicherte mit fehlerhaften Daten werden ermittelt, indem für diese durch das Bundesversicherungsamt eine Neuberechnung der Zuweisungen auf Basis der in der Rückmeldesatzart SA110RV korrigierten Angaben durchgeführt und die Differenz aus den individuellen Zuweisungen vor und nach der Neuberechnung gebildet wird. Da es der Krankenkasse nicht möglich ist, diese Berechnungen ebenfalls durchzuführen, ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes erforderlich, dass die Krankenkassen die hierzu notwendigen Informationen durch das Bundesversicherungsamt erhalten. Zur Nachvollziehbarkeit würde der Auszug der für den Groupingprozeß korrigierten Daten alleine nicht ausreichen. Hierzu ist für alle Stichprobenversicherten ebenfalls die Auskunft über die Risikogruppenzuordnung (Groupingergebnis) durch das BVA zumindest vor Beginn der Prüfung (d. h. bezogen auf die ursprüngliche Zuweisung aus der Korrektur des Jahresausgleiches 2010) erforderlich. Ohne dieses Wissen ist einer Krankenkasse die Berechnung der individuellen Zuweisungen der Stichprobenversicherten vor und nach der Prüfung bzw. die Ermittlung der Korrekturbeträge nicht möglich. Die BVA-Ergebnisse lassen sich auch mit dem den Krankenkassen zur Verfügung stehenden GKV-Grouper aufgrund der unvollständigen Versichertenstammdaten bzw. Morbiditätsinformationen der Wechsler nicht hundertprozentig abbilden. Dies führt zwangsläufig zu Abweichungen in der Berechnung der Korrekturbeträge bzw. der monetären Fehlerquote. Zudem ist ebenfalls die Übermittlung der Rückmeldesatzarten direkt an die Krankenkassen notwendig. Nur so kann eine vollständige Transparenz des gesamten Prüfprozesses für die Krankenkassen hergestellt werden.

2. Mit Verweis auf die Sitzung vom 05. März und vom 14. September 2015 weist der GKV-Spitzenverband erneut darauf hin, dass sofern auf Verlangen der Prüfdienste Softwareänderungen durch eine Krankenkasse vorgenommen wurden (z.B. durch eine Aufforderung im Prüfbericht), aber diese Änderungen nicht rechtskonform sind, der Krankenkasse hieraus kein Nachteil entstehen darf. Etwaige Fallfehler zu diesem eng abgegrenzten Sachverhalt, welche sich aus den Vor-Ort-Prüfungen ergeben, sind hierbei nicht zu berücksichtigen.

Berechnung der Konfidenzintervalle:

Die für die Stichprobenziehung festgelegte Untergrenze von 1% findet im jetzigen Entwurf bei der Konfidenzintervallberechnung keine Anwendung. Der GKV-Spitzenverband hält diese Vorgehensweise nicht für sachgerecht, da dadurch nicht mehr das erforderliche Konfidenzintervall von 95% geprüft wird. Daher sollte auch hier die für die Stichprobenbemessung verwendete 1%-ige Untergrenze gelten.

Redaktionell: Alle Formeln, die sich mit dem Konfidenzintervall beschäftigen, sind auf 95% angelegt. Bei den Qualitätsprüfungen I und II wird jedoch statt mit $u = 1,96$ mit $u = 2,81$ gerechnet. Das führt dazu, dass bei den Qualitätsprüfungen tatsächlich mit einem Konfidenzintervall von 99,5% gerechnet wird. Damit müssten die Notationen der Formeln von KI 95% auf KI 99,5 % geändert werden, oder es wäre ein $u = 1,96$ % anzuwenden.

2 Zu III. Stichprobe nach Stufe 2

zu 1. Schichtung nach Zuweisungssumme

Redaktionell: Der GKV-Spitzenverband bittet um Klarstellung, in welcher Reihenfolge die Sortierung der Zuweisungssumme (auf- oder absteigend) erfolgt.

zu 4. Ergänzungsstichprobe

Im Entwurf der Bestimmung wird die Stichprobe nach Stufe 2 als sogenannte Ergänzungsstichprobe gezogen. Das heißt, die aus der Stichprobe der Stufe 1 gezogenen Fälle und die Fälle der Stichprobe Stufe 2 bilden die Gesamtstichprobe. Hierdurch besteht jedoch die Möglichkeit, dass aufgrund einer geringen Fallzahl der zusätzlich gezogenen Stichprobenversicherten keine tatsächliche Überprüfung der Fehlerhäufigkeit der Krankenkasse stattfinden kann und die Schwellenwerte der Stufe 2 weiterhin überschritten werden. Die neu gezogene Stichprobe würde daher nur der genaueren Bestimmung des Hochrechnungsbetrages dienen und bietet einer Krankenkasse nicht die Möglichkeit, sich innerhalb des Verfahrens zu rehabilitieren. Ein als fehlerhaft ermittelter Hochkostenfall könnte zu entsprechenden Auswirkungen im Hochrechnungsverfahren führen, ohne dass die Krankenkasse die Möglichkeit hat, durch eine weiterführende Prüfung diesen Effekt zu heilen. Der GKV-Spitzenverband verweist in diesem Zusammenhang auf die Alt-RSA Prüfungen nach § 15a RSAV, bei denen durch Abgabe einer Vollerhebung der Korrekturbetrag einer Krankenkasse korrigiert werden konnte. Da diese Möglichkeit im Prüfverfahren nach § 42 RSAV nicht gegeben ist, kann durch das oben beschriebene Szenario für eine Krankenkasse durch einen einzelnen Hochkosten-Fehlerfall ein extrem hoher Korrekturbetrag ermittelt werden. In

diesem Zusammenhang verweisen wir auch noch einmal auf die Einführung des dritten Kriteriums in der Stufe-1-Prüfung (siehe Kapitel II.3 dieser Stellungnahme).

3 Zu IV. Hochrechnung und Korrekturbetrag

Im Anhörungsentwurf ist vorgesehen, dass zur Ermittlung des Korrekturbetrages bzw. der Teilkorrekturbeträge nach Zuweisungsbereichen die tatsächlichen, dem Fehlerfall zugeordneten Morbiditätszuweisungen angesetzt werden. Aus Sicht der GKV sollten im Falle der Hochrechnung die beiden Werte p_M und p_{Ma} miteinander verglichen werden. In der Folge sollte der jeweils niedrigere der beiden Werte für die Hochrechnung herangezogen werden. Hiermit wird vermieden, dass durch Ausreißer in der Stichprobe für eine Krankenkasse unverhältnismäßig hohe Korrekturbeträge ermittelt werden.

Im Rahmen der Prüfungen nach § 15a RSAV für die Alt-RSA-Datenmeldungen wurde ferner bei der Berechnung des endgültigen Korrekturbetrages ein „Sockelbetrag“ in Höhe des zu überschreitenden Schwellenwertes in Abzug gebracht. Die Anwendung eines Sockelbetrages sollte verhindern, dass Krankenkassen, die sehr knapp über dem definierten Schwellenwert lagen in Relation zu den Krankenkassen, die sehr knapp unter dem Schwellenwert lagen, eine deutliche Ungleichbehandlung durch eine Sanktionierung hinnehmen mussten. Die Differenz von Sockelbetrag hin zum Überschreibungsbetrag ermöglicht hingegen einen stetigen Anstieg des zu berechnenden Korrekturbetrages in Abhängigkeit von der Höhe des aufgetretenen Fehlers. Bis auf eine sprechen sich alle Kassenarten dafür aus, einen Abzug des Sockelbetrages auch im Rahmen des Prüfverfahrens nach § 42 RSAV zu berücksichtigen. Die ablehnende Kassenart befürchtet, dass ein solcher Sockelbetrag die betriebswirtschaftlichen Anreize, ein möglichst geringes Fehlerniveau im Versichertenbestand anzustreben, erheblich vermindert.