



Bundesversicherungsamt

Erläuterung zur Bestimmung

des Bundesversicherungsamtes

nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV

**zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik im
Rahmen der Prüfung der Datenmeldungen für den
morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich**

im Bereich Versichertenzeiten

(§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV)

in der Fassung vom 09. November 2015

Inhalt

ANMERKUNGEN ZUM ANHÖRUNGSVERFAHREN.....	2
SYNOPSIS.....	3
1 ZUM ABSCHNITT II: STICHPROBE NACH STUFE 1	6
1.1 Qualitätsüberprüfung I.....	6
1.1.1 Anmerkungen/Vorschläge.....	6
1.1.2 Einschätzung/Bewertung	6
1.1.3 Ergebnis.....	7
1.2 Schwellenwert-Prüfung I – Einführung einer adjustierten monetären Fehlerquote.....	7
1.2.1 Anmerkungen/Vorschläge.....	7
1.2.2 Einschätzung/Bewertung	7
1.2.3 Ergebnis.....	11
1.3 Schwellenwert-Prüfung I – Sonstige Punkte	12
1.3.1 Anmerkungen/Vorschläge.....	12
1.3.2 Einschätzung/Bewertung	12
1.3.3 Ergebnis.....	15
2 ZUM ABSCHNITT III: STICHPROBE NACH STUFE 2	16
2.1 Zur Ergänzungsstichprobe	16
2.1.1 Anmerkungen/Vorschläge.....	16
2.1.2 Einschätzung/Bewertung	16
2.1.3 Ergebnis.....	16
2.2 Zur Hochrechnung	17
2.2.1 Anmerkungen/Vorschläge.....	17
2.2.2 Einschätzung/Bewertung	17
2.2.3 Ergebnis.....	18
2.3 Sonstige Änderungen am bestehenden Entwurf	18
2.3.1 Einführung eines Teil-Korrekturbetrags für DMP-Zuweisungen.....	18
2.3.2 Vereinfachung der Berechnung des aggregierten Korrekturvolumens auf Ebene der Versichertentage	19

Anmerkungen zum Anhörungsverfahren

Mit Email vom 02. September 2015 hat das BVA einen Entwurf für die Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV im Bereich Versichertenzeiten vorgelegt und den in der RSAV vorgesehenen Anhörungspartnern mit der Bitte um Stellungnahme übersandt.

Folgende Institutionen haben im Rahmen der Anhörungsfrist bis zum 2. Oktober 2015 mit Ihren Stellungnahmen Änderungs- und Anpassungsbedarf am bestehenden Entwurf vorgebracht:

- Prüfdienst der Krankenkassen (PDK)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Das BVA hat die eingegangenen Stellungnahmen sorgsam ausgewertet und auf dieser Grundlage die endgültigen Festlegungen nach § 42 Abs. 2 Abs. 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV für die Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV im Bereich Versichertenzeiten getroffen. Das vorliegende Dokument erläutert diesen Entscheidungsprozess: In der nachfolgenden Synopse sind sämtliche Kommentare, Anmerkungen und Änderungswünsche der Anhörungspartner unter Angabe der jeweiligen Quelle zusammengefasst. In den darauf folgenden Abschnitten werden dann – chronologisch dem Aufbau der Bestimmung folgend – die inhaltlichen Punkte einzeln aufgegriffen und fachlich bewertet, so dass die vom BVA getroffenen Entscheidungen von den Beteiligten nachvollzogen werden können. Von dieser Dokumentation ausgenommen sind redaktionelle Anmerkungen, die ohne begleitende Erläuterungen in die Endfassung des Dokuments eingearbeitet wurden. Im letzten Abschnitt fasst das BVA Änderungen an der Bestimmung zusammen, die nicht aus direkten Vorschlägen der Anhörungspartner, jedoch aus der intensiven Auseinandersetzung mit diesen hervorgegangen sind.

Synopse

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von
0. Vorbemerkungen		
Redaktionelle Anmerkung S. 3	Absatz 3 Satz 1 der Vorbemerkungen sollte dahingehend spezifiziert werden, dass zum Hochrechnungsverfahren nach § 42 Abs. 5 Satz 2 RSAV nur der GKV-SV (und nicht auch die Prüfdienste) angehört werden.	Prüfdienste
II. Stichprobe nach Stufe 1		
1 Stichprobenformel		
Stichprobenformel	Die vom BVA neu getroffene Regelung zum Umgang mit der geschätzten Fehlerquote p_F (Normierung auf 1%, wenn die hierfür herangezogene GKV-weit durchschnittliche Fehlerquote aus dem vorangegangenen Prüfzyklus 1% unterschreitet) wird begrüßt.	GKV-SV und Prüfdienste
2 Qualitätsüberprüfung I		
Auswahl der Überprüfungs-Merkmale	Der GKV-SV verweist in diesem Zusammenhang auf seine Stellungnahme vom 26.02.2014, worin bereits die Heranziehung des Merkmals "Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder dauerhaftem Aufenthalt im Ausland" thematisiert wurde. Dieser Punkt gelte sowohl für die Qualitätsüberprüfung I als auch die Qualitätsüberprüfung II.	GKV-SV
Berechnung der Konfidenzintervalle	Alle Formeln, die sich mit dem Konfidenzintervall beschäftigen, seien auf 95% angelegt. Bei der Qualitätsüberprüfung I und II werde jedoch mit $u=2,81$ statt mit $u = 1,96$ gerechnet. Entweder seien daher die Notationen der Formeln von KI 95% auf KI 99,5% anzupassen oder es sei $u=1,96$ anzuwenden.	GKV-SV
3 Schwellenwert-Prüfung I		
redaktionelle Anmerkung S. 11	Im ersten Absatz werde irrtümlicherweise auf den Abschnitt 3.1. anstatt auf den Abschnitt 3.2 verwiesen.	Prüfdienste
Monetäre Fehlerquote	Die Einführung einer kassenindividuellen monetären Fehlerquote p_M wird begrüßt.	GKV-SV und Prüfdienste

Adjustierte monetäre Fehlerquote p_{Ma}	Der GKV-SV hält es für erforderlich, die potentiell verzerrende Wirkung von Hochkostenfällen auf die Zuweisungen abzufangen, indem die HMG-Zuweisungsanteile anhand kassenindividueller, AGG-durchschnittlicher Werte berechnet werden. Zusammen mit den tatsächlichen Zuweisungen für AGGs, EMGs etc. führe dies zur Ermittlung einer adjustierten monetären Fehlerquote. Diese sei als drittes Schwellenwert-Kriterium zu definieren. Eine Krankenkasse solle demnach nur dann in die Stufe 2 gelangen, wenn die zulässigen Fehlerquoten für den Pro-Kopf-Fehler (p_F) und den monetären Fehler (p_M) und den adjustierten monetären Fehler (p_{Ma}) überschritten würden. Hiermit könne die vom GKV-SV ebenfalls aufgegriffene Problematik der Ergänzungsstichprobe (s.u.) gelöst werden.	GKV-SV
Ermittlung der monetären Fehlerquote p_M	Die Ermittlung der kassenindividuellen Fehlerquote p_M erfolge derzeit ohne Berücksichtigung von Zuweisungen für Verwaltungskosten sowie für Satzungs- und Ermessensleistungen. Bei der Berechnung des Korrekturbetrages würden diese Zuweisungen jedoch berücksichtigt. Daher sollten sie auch bei der Berechnung der monetären Fehlerquote berücksichtigt werden.	GKV-SV
Konkrete Berechnungsweise der monetären Fehlerquote p_M	Im Entwurf sei klarzustellen, dass bei der Berechnung der monetären Fehlerquoten (p_M und p_{Ma}) nur die tatsächlichen Sachverhalte zu berücksichtigen seien. Beispielsweise dürften nicht belegte DMP- oder Krankengeldanspruchstage keine Auswirkung auf die Anerkennung der nachgewiesenen Gesamtversichertentage haben.	GKV-SV
Allgemeine Ergänzungen, Dokumentation	Zur Nachvollziehbarkeit der Neuberechnung der Zuweisungen reiche der vom BVA bereitgestellte Auszug der für den Groupingprozess korrigierten Daten alleine nicht aus. Zusätzlich sei für alle Stichprobenversicherten die Auskunft über die Risikogruppenzuordnung zumindest vor Beginn der Prüfung vom BVA bereitzustellen. Zudem sei die Übermittlung der Rückmeldesatzarten direkt an die Krankenkassen ebenfalls notwendig.	GKV-SV
Berechnung der Konfidenzintervalle	Die festgelegte Untergrenze von 1% für die GKV-durchschnittliche Fehlerquote p_F sei auch bei der Konfidenzintervallberechnung anzuwenden. Andernfalls werde nicht mehr das erforderliche Konfidenzintervall von 95% geprüft.	GKV-SV
III. Stichprobe nach Stufe 2		
1 Schichtung nach Zuweisungssumme		
Redaktionelle Anmerkung	Es wird um Klarstellung gebeten, in welcher Reihenfolge die Sortierung der Zuweisungssumme (auf- oder absteigend) erfolgt.	GKV-SV

4 Ergänzungsstichprobe		
Festlegung des ϵ -Wertes	Die Festlegung des ϵ -Wertes für die Stufe-2-Prüfung in Höhe von 20% sei, auch im Sinne des Gutachtens zur Stichprobenbestimmung, vertretbar.	Prüfdienste
Schichtungsverfahren	Das vom BVA vorgesehene Schichtungsverfahren sei geeignet, die Zielgenauigkeit der Hochrechnung bei vertretbarer Limitierung der Stichprobenzahlen in der Stufe-2-Prüfung zu erhöhen.	Prüfdienste
Ergänzungsstichprobe	Der GKV-SV führt aus, dass die in der Stufe 2 gezogene Ergänzungsstichprobe aufgrund geringer Fallzahl ggf. nur der genaueren Bestimmung des Hochrechnungsbetrages dienen könne und der Krankenkasse nicht die Möglichkeit biete, sich innerhalb des Verfahrens zu rehabilitieren. Auch könne eine Krankenkasse nicht mehr wie bei den Prüfungen des Alt-RSA nach § 15a RSAV den Korrekturbetrag durch die Abgabe einer Vollerhebung korrigieren. Es könne daher passieren, dass durch das bereits geschilderte Hochkosten-Szenario durch einen einzigen Hochkosten-Fehlerfall ein extrem hoher Korrekturbetrag ermittelt werde. Auch vor diesem Hintergrund sei die Einführung eines dritten Kriteriums für die Schwellenwert-Prüfung in Stufe 1 geboten.	GKV-SV
IV. Hochrechnung und Korrekturbetrag		
Vergleich der beiden Werte pM und pMa	Aus Sicht des GKV-SV sollten im Falle der Hochrechnung die beiden Werte pM und pMa miteinander verglichen und der jeweils niedrigere für die Hochrechnung herangezogen werden. So werde vermieden, dass durch Ausreißer in der Stichprobe für eine Krankenkasse unverhältnismäßig hohe Korrekturbeträge ermittelt werden.	GKV-SV
Sockelbetrag	Unter Verweis auf die Alt-RSA-Prüfungen nach § 15a RSAV sei die Anwendung eines Sockelbetrages in Höhe des angewandten Schwellenwertes angebracht, der vom endgültigen Korrekturbetrag in Abzug zu bringen sei. Die Anwendung des Sockelbetrags solle verhindern, dass Krankenkassen, die sehr knapp über dem Schwellenwert liegen, eine deutliche Ungleichbehandlung hinnehmen müssen gegenüber Krankenkassen, die sehr knapp unter dem Schwellenwert liegen. Der GKV-SV merkt an, dass dies keine einheitliche GKV-Position ist, sondern eine Kassenart sich gegen die Berücksichtigung eines Sockelbetrages ausspricht.	GKV-SV

1 Zum Abschnitt II: Stichprobe nach Stufe 1

1.1 Qualitätsüberprüfung I

1.1.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV verweist bezüglich der für die Qualitätsüberprüfung zugrunde gelegten Merkmale auf seine Stellungnahme vom 26.02.2014, worin bereits die Heranziehung des Merkmals "Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder dauerhaftem Aufenthalt im Ausland" thematisiert worden sei. Dieser Punkt gelte sowohl für die Qualitätsüberprüfung I als auch die Qualitätsüberprüfung II.

Des Weiteren merkt der GKV-SV an, dass alle Formeln, die sich auf ein Konfidenzintervall beziehen, auf 95% angelegt seien. Bei der Qualitätsüberprüfung I und II werde jedoch mit $u=2,81$ statt mit $u = 1,96$ gerechnet. Entweder seien daher die Notationen der Formeln von KI 95% auf KI 99,5% anzupassen oder es sei $u=1,96$ anzuwenden.

1.1.2 Einschätzung/Bewertung

Auswahl der Merkmale:

Das BVA hat die Kennzahlen für die Qualitätsprüfung nach inhaltlichen Kriterien ausgewählt. Die Kennzahlen spiegeln entweder die im Bereich Versichertenzeiten zu prüfenden Merkmale direkt wider oder stehen mit diesen in engem inhaltlichem Zusammenhang. Das vom GKV-SV angeführte Kriterium "Versichertentage mit Wohnsitz oder dauerhaftem Aufenthalt im Ausland" wird im Gegensatz zu allen anderen RSA-Versichertentage-Kategorien bei der Versichertenzeiten-Prüfung nicht überprüft und wurde daher nicht als Merkmal ausgewählt.

Wollte man es – dem Vorschlag des GKV-SV folgend – aufnehmen, müsste man zwangsläufig eines der bestehenden Merkmale streichen, wofür aus Sicht des BVA allenfalls das Merkmal zwei „Verstorbenenanteil der Versicherten im Ausgleichsjahr“, das Merkmal vier „KEG-Anteil im Ausgleichsjahr“ oder das Merkmal sieben „HMG-Anzahl der Versicherten“ infrage käme, also eines jener bislang ausgewählten Merkmale, die – wie das Merkmal "Versichertentage mit Wohnsitz oder dauerhaftem Aufenthalt im Ausland" – nicht direkt prüfgegenständlich sind. Ein inhaltlicher Grund für einen solchen Merkmalstausch wird vom GKV-SV jedoch nicht genannt. Auch der Stellungnahme vom 26.02.2014 konnte das BVA keinen diesbezüglichen Hinweis entnehmen. Das BVA hält eine Änderung in diesem Punkt daher nicht für angezeigt.

Berechnung der Konfidenzintervalle:

Die vom GKV-SV als redaktioneller Fehler fehlinterpretierte Festlegung von $u = 2,81$ geschah in Anlehnung an die Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik im Bereich Morbiditätsdaten in der Fassung vom 14. November 2014 und wurde vom BVA folglich bewusst getroffen. Wie dort im Anhang 1 dargestellt, wird im Rahmen der Qualitätsüberprüfung $u=2,81$ gewählt, um bei zehn Merkmalsprüfungen das Konfidenzniveau von 95% einzuhalten. Eine Änderung auf $u = 1,96$ wäre daher nicht sachgerecht.

1.1.3 Ergebnis

Im Punkt Qualitätsüberprüfung I erfolgen keine Änderungen gegenüber dem Entwurf.

1.2 Schwellenwert-Prüfung I – Einführung einer adjustierten monetären Fehlerquote

1.2.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV hält es für erforderlich, die potentiell verzerrende Wirkung von Hochkostenfällen auf die Zuweisungen abzufangen, indem die HMG-Zuweisungsanteile anhand kassenindividueller, AGG-durchschnittlicher Werte berechnet werden. In Verbindung mit den tatsächlichen Zuweisungen für AGGs, EMGs etc. ließe sich unter Verwendung dieser adjustierten HMG-Zuweisungen eine sog. adjustierte monetäre Fehlerquote (pMa) ermitteln. Diese sei als drittes Schwellenwert-Kriterium zu definieren. Eine Krankenkasse solle demnach nur dann in die Stufe 2 gelangen, wenn die zulässigen Fehlerquoten für den Pro-Kopf-Fehler (pF) und den monetären Fehler (pM) sowie den adjustierten monetären Fehler (pMa) überschritten würden. Hiermit könne die vom GKV-SV des Weiteren aufgegriffene Problematik der Ergänzungsstichprobe ebenfalls gelöst werden.

1.2.2 Einschätzung/Bewertung

Vorbemerkung:

Das BVA stellt seinen Ausführungen die Überlegung voran, dass eine Umsetzung des o.g. Vorschlags einen erheblichen Eingriff in die bestehende Verfahrensbestimmung im Bereich der Stufe 1 bedeuten und unmittelbare Auswirkungen auf den laufenden Prüfzyklus der Versichertenzeitenprüfung für das Ausgleichsjahr 2010 entfalten würde. Es gilt zu bedenken, dass bereits die vom BVA mit dem Anhörungsentwurf eingeführte monetäre Fehlerquote in der Stufe 1, welche ursprünglich im Bereich der Versichertenzeitenprüfung nicht vorgesehen war, einen solchen, gewissermaßen rückwirkenden Eingriff darstellt. Entsprechend hat sich das BVA zu diesem Schritt nur deshalb entschlossen, da der GKV-SV und die Prüfdienste

gemeinsam schon im Vorfeld der Anhörung für diese Anpassung plädiert und ausdrücklich eine Umsetzung noch für den laufenden Prüfzyklus erbeten haben (vgl. das entsprechende Schreiben vom 22. Mai 2015).

Das BVA hält es daher schon aus formalen Gründen für problematisch, nunmehr im Zuge der Anhörung eine diesbezügliche (und inhaltlich weitreichendere) Folgeänderung umzusetzen, zumal es sich um einen Vorschlag handelt, der nur von einem der beiden zentralen Anhörungspartner vorgebracht wurde. Das BVA würde eine solche tiefgreifende Veränderung nur bei einer substantiellen inhaltlichen oder methodischen Schwäche des gegenwärtigen Konzeptes in Erwägung ziehen. Das BVA hat daher den Vorschlag des GKV-SV sehr gründlich überprüft und zusätzlich die Einschätzung des Gutachters eingeholt.

Inhaltliche Einordnung des Vorschlags:

Der GKV-SV bringt seine Befürchtung zum Ausdruck, dass einzelne Hochkostenfälle in der Stichprobe, die in der Prüfung als fehlerhaft identifiziert werden, zu unverhältnismäßig hohen Hochrechnungsbeträgen führen (könnten). Über die Einführung einer adjustierten monetären Fehlerquote im Rahmen der Schwellenwert-Prüfung in der Stufe 1 soll dieses Szenario ausgeschlossen werden.

Das Konzept der adjustierten monetären Fehlerquote basiert zunächst auf der Verwendung von adjustierten HMG-Zuweisungen: Um eine Verzerrung durch Ausreißer auszuschließen, soll der HMG-Anteil an den Zuweisungen nicht durch die "realen" HMG-Zuschläge abgebildet werden, die der einzelne Versicherte erhalten hat, sondern stattdessen kassenindividuelle Durchschnittswerte herangezogen werden. Dies bedeutet, dass für jeden Stichprobenversicherten auf kassenindividueller Ebene die durchschnittliche HMG-Zuweisung in seiner Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG) als HMG-Zuweisungsanteil angesetzt wird, die Zuweisungen quasi "geglättet" werden. Ein Hochkosten-Fall macht dann nur noch einen erheblich niedrigeren Anteil am Zuweisungs- bzw. (im Fehlerfall) auch am Korrekturvolumen aus, als wenn mit den tatsächlichen Zuweisungen gerechnet würde. Bildet man eine (zusätzliche) monetäre Fehlerquote auf dieser Grundlage, ist der Einfluss des Hochkostenfalles auf diese entsprechend ebenfalls geringerer.

Sachliche Zweckmäßigkeit einer adjustierten monetären Fehlerquote

Die Tatsache, dass fehlerhafte Hochkostenfälle einen überproportionalen Einfluss auf die monetäre Fehlerquote haben, ist nicht von der Hand zu weisen: Auch wenn der vom GKV-SV geschilderte „Hochkosten-Fehlerfall“ in den aktuell dem BVA vorliegenden Daten nicht auftritt (zwar kommen in der Stichprobe Hochkostenfälle vor, doch verzeichnet keiner dieser Fälle einen Korrekturbetrag), ist er theoretisch möglich und lässt sich anhand der vorliegenden Daten simulieren. So liegt die Spannweite der Zuweisungen bei den insgesamt

fast 280.000 Stichprobenversicherten zwischen minimal 2,15 Euro und max. 206.000 Euro. Die fünf Versicherten mit den höchsten Zuweisungen machen bis zu 4% des gesamten Zuweisungsvolumens der Stichprobenversicherten in der jeweiligen Kasse aus. Würde einer dieser Versicherten als fehlerhaft identifiziert und seine Versichertentage in vollem Umfang gestrichen, könnte dieser eine Hochkosten-Fehlerfall allein genommen dazu führen, dass die Krankenkasse den Schwellenwert für die monetäre Fehlerquote in der Stufe 1 überschreitet.

Dennoch zeugt es von einer verkürzten Sichtweise, aufgrund dieses Zusammenhangs von einer „verfälschten Fehlerquote“ zu sprechen, die zu einer ggf. verzerrten Hochrechnung führen könne. Die Tatsache, dass in der Stufe 1 Hochkostenfälle mit entsprechend hohem Korrekturpotenzial und Einfluss auf die monetäre Fehlerquote auftreten, ist per se noch nicht problematisch, im Gegenteil: Sollte ein Hochkostenfall in die einfache Zufallsstichprobe der Stufe 1 gelangen und sich herausstellen, dass für diesen Versicherten eine zu hohe Versichertenzeit gemeldet wurde, so ist der Schaden für den Gesundheitsfonds ggf. hoch. Es erscheint daher mehr als gerechtfertigt, dass die betreffende Kasse in die Stufe 2 kommt. Dies gilt gerade vor dem Hintergrund, dass bei Hochkostenfällen eine besonders sorgfältige Versichertenbestandspflege zu erwarten sein sollte. Entsprechend spricht auf Ebene der Fehlerquoten inhaltlich einiges gegen eine pauschale Abmilderung der Wirkung eines fehlerhaften Hochkostenfalls.

Berücksichtigung von Hochkostenfällen im Rahmen der Ergänzungsstichprobe:

Die Tatsache, dass ein einzelner Hochkostenfall theoretisch eine Stufe-2-Prüfung „auslösen“ kann, bringt den GKV-SV offenbar zu der Schlussfolgerung, dass damit auch zwangsläufig eine unverhältnismäßige Sanktionierung im Rahmen der Hochrechnung verbunden sei. Hier wird jedoch ein Automatismus unterstellt, den es statistisch gesehen so gar nicht gibt. Denn diese Lesart berücksichtigt weder die Mechanismen der Ergänzungsstichprobe, noch den Effekt der geschichteten Zufallsstichprobe als solcher in ausreichender Weise. Beide Bestandteile haben jedoch eine deutlich regulierende Funktion auf den (relativen) Einfluss einzelner Hochkostenfälle in der Stufe 2. Sie wirken sich damit auch auf die sich evtl. anschließende Hochrechnung aus.

Diese Mechanismen konnte das BVA anhand von Simulationen eindeutig belegen, weswegen sich das vermeintlich problematische „Hochkostenszenario“ von empirischer Warte her gar nicht als ein solches erweist. So führt ein einzelner, in der Stufe 1 aufgetretener Hochkosten-Fehlerfall im Rahmen der Ergänzungsstichprobe in der Stufe 2 dazu, dass aus der Schicht fünf, also der teuersten Schicht, stark überproportional nachgezogen wird. Grund hierfür ist die extrem hohe Standardabweichung des Korrekturbetrages in dieser Schicht. Die Neymann-Allokation weist einer Schicht einen größeren Anteil der Gesamtstichprobe zu, je höher die Standardabweichung des

Korrekturbetrags dieser Schicht verglichen zu den Standardabweichungen der anderen Schichten ist. Bei großen Kassen bspw. kann die Zahl der nachzuziehenden Fälle wegen dieses Effekts im vierstelligen Bereich liegen, während bei kleineren Kassen durch den o.g. Mechanismus eine Vollerhebung in der entsprechenden Schicht möglich ist.

Dieser Befund entkräftet somit die vom GKV-SV im Kontext der Hochkosten-Thematik geäußerten Zweifel bezogen auf die Ergänzungsstichprobe. Der skizzierte Fall (s. Punkt 2 seiner Stellungnahme), dass ein als fehlerhaft ermittelter Hochkostenfall zu entsprechenden Auswirkungen im Hochrechnungsverfahren führen könnte, ohne dass die in der Stufe 2 neu gezogenen Stichprobenfälle die Möglichkeit böten, sich innerhalb des Verfahrens zu rehabilitieren, ist in der Realität zumindest im Hochkostenszenario nicht zu befürchten. Die Beschaffenheit der Ergänzungsstichprobe ermöglicht im Gegenteil die zu Recht als erforderlich angesehene Überprüfung, ob es sich bei der in Stufe 1 festgestellten fehlerhaften Meldung um einen Einzelfall gehandelt hat, oder nicht.

Berücksichtigung von Hochkostenfällen im Rahmen der Hochrechnung:

Bei seinen Überlegungen lässt der GKV-SV schließlich die unmittelbare Wirkung der geschichteten Stichprobe auf die Hochrechnung außer Acht. So ist zunächst darauf hinzuweisen, dass ein wesentlicher Zweck der geschichteten Neymann-Stichprobe gerade darin besteht, Hochkostenfälle genauer abzubilden. Auf diesen Zusammenhang hat das BVA bereits in früheren Ausführungen zum Thema hingewiesen. So hat die Schicht fünf, in der sich teure Versicherte (sowohl in der Grundgesamtheit als auch, wenn sie gezogen werden, in der Stichprobe) stets befinden, ein über alle Krankenkassen gemitteltes mittleres Schichtgewicht von 1,2% (minimal 0,9% und maximal 1,6%). Im Hochrechnungsverfahren der geschichteten Stichprobe geht der mittlere Korrekturbetrag der Schicht fünf nur mit dem kassenindividuellen Schichtgewicht in den mittleren Korrekturbetrag der betreffenden Krankenkasse ein. Es kommt also von vornherein niemals zu dem Fall, dass ein einzelner Hochkostenfall pauschal auf die Grundgesamtheit hochgerechnet wird.

Im „Hochkostenszenario“ wird es durch den gesteigerten Umfang der Ergänzungsstichprobe in Schicht fünf ferner möglich, deren mittleren Korrekturbetrag (noch) genauer zu berechnen und dadurch vermeintliche „Verzerrungen“ zu vermeiden. Dieser Effekt lässt sich am einfachsten am Beispiel einer kleinen Krankenkasse verdeutlichen. Hier führt er i.d.R. dazu, dass es in der fünften Schicht im Rahmen der Stufe 2 zu einer Vollerhebung kommt. Die Gefahr eines verzerrten Korrekturbetrages wegen der Ergebnisse in Schicht fünf ist dann nicht mehr gegeben, weil Stichprobe und Grundgesamtheit hier identisch sind. Rechnerisch betrachtet muss also nicht mehr hochgerechnet werden, um den auf diese Schicht entfallenden Anteil am Korrekturbetrag zu ermitteln.

Doch selbst wenn es nicht zu einer Vollerhebung kommt, ermöglicht die stark erhöhte „Ausschöpfungsquote“ in der Schicht fünf eine erheblich präzisere Abbildung eines einzelnen Hochkosten-Fehlerfalls im Rahmen einer (potentiellen) Hochrechnung. Ein Beispiel: Tritt bei einem von 100 in der Stufe 1 überprüften Versicherten in der Schicht fünf ein Korrekturbetrag von 200.000€ auf, liegt der schichtbezogene Mittelwert des Korrekturbetrages in dieser Schicht folglich bei 2.000 €. Bei einem Schichtgewicht von durchschnittlich 1,2 % und einer Kasse mit 200.000 Versicherten würde dieser Versicherte einen Hochrechnungsbetrag von $200.000 \times 2.000 \times 0,012 = 4,8$ Mill. € verursachen. Kommt es allerdings im Rahmen der Stufe 2 durch die Ergänzungsstichprobe zu einer Aufstockung des Stichprobenumfangs um 900 Versicherte auf insgesamt 1.000 Versicherte in Schicht fünf, sinkt der durchschnittliche Korrekturbetrag (vorausgesetzt, es hat sich tatsächlich um einen Einzelfall gehandelt) von 2000 auf 200 €. Entsprechend ergibt sich ein Hochrechnungsbetrag aufgrund des Hochkosten-Fehlerfalles von nur noch 480.000 €. Gleichzeitig würde in diesem Beispiel die Fallfehlerquote so stark zurückgehen, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass die Kasse nach Stufe 2 gar nicht mehr in die Hochrechnung kommt.

Fazit und Vorschlag:

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Bedenken des GKV-SV weitestgehend unbegründet. Das vom GKV-SV durch die zusätzliche Einführung einer adjustierten Fehlerquote angestrebte Ziel, nämlich der sachgerechte Umgang mit Hochkostenfällen, ist durch das gegenwärtig vorgesehene Stichproben- und Hochrechnungsmodell bereits sichergestellt. Die Beschaffenheit der Ergänzungsstichprobe im „Hochkostenszenario“ schafft nicht nur den vom GKV-SV geforderten „Überprüfungsvorbehalt“ in der Stufe 2. Sie hat auch direkte Auswirkungen auf die Hochrechnung, da zugleich das Risiko eines verzerrten Korrekturbetrages minimiert wird. Unverhältnismäßig hohe Korrekturbeträge aufgrund eines vereinzelt Hochkosten-Fehlerfalls sind daher in der Realität nicht zu befürchten.

Das BVA sieht daher keine Veranlassung, mit den vom GKV-SV vorgeschlagenen adjustierten HMG-Zuweisungen zu operieren, also die real vorliegenden Zuweisungswerte zugunsten pauschalierter Werte aufzugeben. Die Einführung eines dritten Schwellenwert-Kriteriums auf dieser Grundlage erübrigt sich. Dieses würde hauptsächlich dazu führen, Krankenkassen mit festgestellten Versäumnissen bei der Erfassung von Versichertenzeiten gerade bei hochteuren Fällen pauschal zu entlasten.

1.2.3 Ergebnis

Der Vorschlag des GKV-SV, ein zusätzliches Schwellenwert-Kriterium in Stufe 1 auf Basis einer adjustierten monetären Fehlerquote einzuführen, findet keine Berücksichtigung. Eine Anpassung der Schwellenwert-Berechnung erfolgt nicht, ebenso wenig wie die daraus

abgeleiteten Änderungsvorschläge des GKV-SV hinsichtlich der Stufe 2 (Berücksichtigung der adjustierten monetären Fehlerquote auch dort, sowohl im Rahmen der Schwellenwertberechnung als auch bei der Hochrechnung). Der vom BVA in dieser Frage zurate gezogene Gutachter hat diese Entscheidung ausdrücklich befürwortet.

1.3 Schwellenwert-Prüfung I – Sonstige Punkte

1.3.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV führt aus, dass die Ermittlung der kassenindividuellen Fehlerquote p_M derzeit ohne Berücksichtigung von Zuweisungen für Verwaltungskosten (VwK) sowie für Satzungs- und Ermessensleistungen (SEL) erfolge. Bei der Berechnung des Korrekturbetrages würden diese Zuweisungen jedoch berücksichtigt. Daher sollten sie auch bei der Berechnung der monetären Fehlerquote berücksichtigt werden.

Auch hält es der GKV-SV für erforderlich, bei der Berechnung der monetären Fehlerquote die fehlerrelevanten Sachverhalte differenzierter darzustellen und spricht sich für eine diesbezügliche Klarstellung aus. Beispielsweise müsste deutlich werden, dass nicht belegte DMP- oder Krankengeldanspruchstage keine Auswirkung auf die Anerkennung der nachgewiesenen Gesamtversichertentage haben.

Der GKV-SV kritisiert weiter, dass zur Nachvollziehbarkeit der Neuberechnung der Zuweisungen der vom BVA bereitgestellte Auszug der für den Groupingprozess korrigierten Daten alleine nicht ausreiche. Zusätzlich sei für alle Stichprobenversicherten die Auskunft über die Risikogruppenzuordnung zumindest vor Beginn der Prüfung vom BVA bereitzustellen. Zudem sei die Übermittlung der Rückmeldesatzarten direkt an die Krankenkassen ebenfalls notwendig.

Schließlich weist der GKV-SV darauf hin, dass die für die Stichprobenformel in Stufe 1 festgelegte Untergrenze von 1% für die GKV-durchschnittliche Fehlerquote p_F auch bei der Konfidenzintervallberechnung im Rahmen der Schwellenwert-Prüfung anzuwenden sei. Andernfalls werde nicht mehr das erforderliche Konfidenzintervall von 95% geprüft.

1.3.2 Einschätzung/Bewertung

Konkrete Berechnungsweise der monetären Fehlerquote p_M :

Die oben wiedergegebene Darstellung seitens des GKV-SV wird der Frage, ob bzw. wie eine sachgerechte Einbindung der VwK- und SEL-Zuweisungen in das Verfahren zu erfolgen hat, nicht vollkommen gerecht. In der Tat werden die nach II.3.1 der Bestimmung definierten

Gesamtzweisungen, welche die Grundlage für die monetäre Schwellenwert-Berechnung darstellen, ohne Zuweisungen für VwK und SEL berechnet. Für die Berechnung der monetären Fehlerquote ist dies jedoch unerheblich, da bei einer Einbindung der VwK- und SEL-Zuweisungen bereits an dieser Stelle die Zuweisungen im Nenner in gleichem Maße steigen wie der korrespondierende Korrekturbetrag des betreffenden Versicherten im Zähler: die Fehlerquote bleibt bei beiden Varianten damit (von minimal möglichen Abweichungen abgesehen) gleich. Es geht somit letztlich nicht um die Frage, ob die Zuweisungen für VwK und SEL „schon“ bei der Schwellenwert-Berechnung oder „erst“ bei der Hochrechnung berücksichtigt werden, sondern darum, welche Zuweisungsdefinition von Anfang an gewählt wird.

In Abhängigkeit dieser Wahloption ist die anzuwendende Hochrechnungsmethodik dann vorgegeben: Entscheidet man sich dafür, die Gesamtzweisungen exklusive VwK- und SEL-Zuweisungen zu berechnen, erfolgt deren Berücksichtigung im Rahmen der Hochrechnung sachgerecht über die entsprechenden Teil-Korrekturbeträge nach Ermittlung der hochgerechneten Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben (sLA), wie im gegenwärtigen BVA-Entwurf unter IV.2 vorgegeben.

Das BVA hat sich für diese Variante entschieden, weil sie das reguläre Verfahren zur Berechnung der Zuweisungen bestmöglich nachbildet: Im regulären Verfahren werden die Zuweisungen für VwK und SEL anders als die Zuweisungen für sLA nicht auf Einzelversichertenebene, sondern über pauschalierte Faktoren anhand der auf Kassenebene aggregierten Versichertentage einerseits und der Zuweisungen für sLA andererseits ermittelt. Im Rahmen des Hochrechnungsmodells lassen sich diese Faktoren unmittelbar auf das hochgerechnete Versichertentage- und sLA-Zuweisungs-Korrekturvolumen anwenden. Insbesondere für die erforderliche Abbildung der im regulären Verfahren angewandten Korrekturfaktoren ist dieses Vorgehen sinnvoll, da diese ebenfalls analog auf die hochgerechneten Korrekturvolumina angewendet werden können.

Bei einer die Zuweisungen für VwK und SEL einschließenden Definition der Gesamtzweisungen würde dieser Berechnungsteil des Hochrechnungsverfahrens entfallen, da der auf VwK- und SEL entfallende Anteil an den Zuweisungen im hochgerechneten Korrekturvolumen bereits enthalten wäre. Da die entsprechenden Anteile dann jedoch nicht mehr separat ausgewiesen werden könnten, wäre gleichzeitig eine Abbildung der entsprechenden Korrekturfaktoren an dieser Stelle nicht mehr möglich. Folglich wären diese stattdessen bei der Definition/Berechnung der Gesamtzweisungen „indirekt“ mit einzubinden. Das würde bedeuten, dass die auf die Bereiche VwK und SEL entfallenden Anteile der individuellen Gesamtzweisungen jeweils mit den entsprechenden Korrekturfaktoren multipliziert werden müssten.

Das BVA hält diese Herangehensweise, die inhaltlich auf dasselbe Ergebnis herausliefere, grundsätzlich für nachteiliger, da sie wegen der in den Gesamtzusweisungen „versteckten“ Korrekturfaktoren für VwK- und SEL-Zusweisungen schwieriger nachzuvollziehen ist. Auch gäbe es bei der Hochrechnung nur noch ein Gesamt-Korrekturvolumen, das nicht mehr auf seine Teilbestandteile (sLA, VwK, SEL) rückführbar wäre. Gerade vor dem Hintergrund, dass der GKV-SV nachdrücklich für eine maximale Verfahrenstransparenz eintritt, vermag das BVA den Vorteil dieser alternativen Vorgehensweise nicht zu entdecken. Es beabsichtigt daher, an der gegenwärtigen und in sich schlüssigen Abbildung der Zusweisungen für VwK und SEL im Stichproben- und Hochrechnungsmodell festzuhalten.

Was die vom GKV-SV erwünschte, stärker differenzierte Darstellung der Auswirkungen unterschiedlicher Fehlerarten bei der Berechnung der monetären Fehlerquote betrifft, hat sich das BVA im endgültigen Festlegungsdokument um eine Klarstellung unter Punkt II.3.1 der Bestimmung bemüht.

Dokumentation der Schwellenwert-Berechnung:

Das BVA kann grundsätzlich nachvollziehen, dass der GKV-SV eine Dokumentation der vom BVA vorgenommenen Berechnungsschritte bis hinunter zur Auswertung der Einzelversichertendaten für wünschenswert hält. Allerdings gilt es darauf hinzuweisen, dass das BVA angefangen mit der Qualitätsüberprüfung über die Schwellenwert-Prüfung bis hin zur Hochrechnung bereits umfassende Informationen auf Einzelkassenebene bereitstellt, was nicht nur mit erheblichem Aufwand verbunden ist, sondern auch deutlich über das hinausgeht, was im § 42 RSAV diesbezüglich verbildlich vorgegeben ist. Demnach besteht seitens des BVA einzig bei der Feststellung des Korrekturbetrags eine Auskunftspflicht gegenüber der einzelnen Krankenkasse, welche per Bescheid zu erfüllen ist (vgl. § 42 Abs. 7 Satz 1 RSAV).

Somit sind sämtliche, im Rahmen der vorliegenden Bestimmung vom BVA zugesicherten Mitteilungen über kassenindividuelle Auswertungsergebnisse, Schwellenwert-Größen etc. als eine fakultative Informationsweitergabe seitens des BVA zu begreifen. Sie dienen letztlich dazu, das komplexe Stichproben- und Hochrechnungsverfahren für die Krankenkassen nachvollziehbar und verständlich zu gestalten. Damit sind jedoch auch die Grenzen der Auskunftserfordernisse umrissen: Die Bereitstellung der vom BVA auf Kassenebene aufbereiteten Prüfergebnisse macht die Weitergabe von versichertenbezogenen Daten aus Verständnis- und Nachvollziehbarkeitsgründen überflüssig. Einen Anspruch auf totale Informationsweitergabe existiert nicht. In diesem Zusammenhang erlaubt sich das BVA den Hinweis, dass auch an keiner sonstigen Stelle im RSA-Verfahren den Krankenkassen versichertenindividuelle Informationen bereitgestellt werden.

Was die nachvollziehbare Forderung angeht, dass auch den Krankenkassen die von den Prüfdiensten erstellten Rückmeldesatzarten zugänglich gemacht werden, so ist dies ein Anliegen, das im Rahmen der hier vorliegenden Bestimmung nicht zu klären ist. Es handelt sich vielmehr um ein – auch nach Auffassung des BVA – klärungsbedürftiges Thema, das gemäß § 42 Abs. 3 Satz 2 SGB V eine Vereinbarung zwischen Prüfdiensten und GKV-SV erfordert.

Berechnung der Konfidenzintervalle:

Den Hinweis des GKV-SV, dass die für die Stichprobenformel in Stufe 1 festgelegte Untergrenze auch bei der Berechnung der Konfidenzintervalle im Rahmen der Schwellenwert-Prüfung anzuwenden sei, hält das BVA für sachgerecht. Die diesbezüglich einschlägige Fußnote wird in der endgültigen Festlegung gestrichen.

1.3.3 Ergebnis

Im Abschnitt Schwellenwert-Berechnung I nimmt das BVA kleinere Anpassung gegenüber der Entwurfsfassung vor: Die Auswirkungen der einzelnen Fehlerarten werden unter II.3.1 der Bestimmung detaillierter beschrieben. Die unter Punkt 3.2 der Bestimmung befindliche Fußnote, welche die Nicht-Berücksichtigung der 1%-Untergrenze für die GKV-durchschnittliche Fehlerquote p_F im Rahmen der Konfidenzintervall-Berechnung vorsah, wird gestrichen.

2 Zum Abschnitt III: Stichprobe nach Stufe 2

2.1 Ergänzungsstichprobe

2.1.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV führt aus, dass die in der Stufe 2 gezogene Ergänzungsstichprobe aufgrund geringer Fallzahl ggf. nur der genaueren Bestimmung des Hochrechnungsbetrages dienen könne und der Krankenkasse nicht die Möglichkeit biete, sich innerhalb des Verfahrens zu rehabilitieren. Auch könne eine Krankenkasse nicht mehr wie bei den Prüfungen des Alt-RSA nach § 15a RSAV den Korrekturbetrag durch die Abgabe einer Vollerhebung korrigieren. Es könne daher passieren, dass durch das bereits geschilderte Hochkosten-Szenario durch einen einzigen Hochkosten-Fehlerfall ein extrem hoher Korrekturbetrag ermittelt werde. Auch vor diesem Hintergrund sei die Einführung eines dritten Kriteriums für die Schwellenwert-Prüfung in Stufe 1 geboten.

2.1.2 Einschätzung/Bewertung

Die Feststellung, dass bei einer Kasse, bei der in der Stufe 1 bereits sehr hohe Fehlerquoten festgestellt wurden, ggf. nur noch wenige Fälle in der Stufe 2 nachgezogen werden müssen, ist zutreffend und liegt letztlich in der Natur der Ergänzungsstichprobe. Es erschließt sich dem BVA indes nicht, was an diesem Zusammenhang die Problematik darstellt. Zwar ist es richtig, dass die Ergänzungsstichprobe in solchen Fällen ggf. nur noch dazu dient, die Genauigkeit der Hochrechnung zu erhöhen. Es geht dann also nicht mehr um das "ob", sondern nur noch um das "wie" der Hochrechnung. Diese Konsequenz erscheint jedoch folgerichtig, da sie lediglich bedeutet, dass der Stichprobenumfang in der Stufe 1 in diesen Konstellationen schon hinreichend groß angesetzt war, um die kassenindividuell festgestellte Fehlerquote als hochrechnungsrelevant zu identifizieren. Die zusätzlichen Stichprobenfälle in der Stufe 2 müssen folglich nur noch dazu dienen, eine valide Hochrechnung zu gewährleisten.

Die Annahme des GKV-SV, ein solcher „Vorentscheid“ nach erfolgter Stufe-1-Prüfung könne gerade im „Hochkosten-Szenario“ drohen und unverhältnismäßig hohe Korrekturbeträge zur Folge haben, bestätigt sich aus empirischer Sicht hingegen nicht. Diesbezüglich sei auf die ausführlichen Erläuterungen unter 1.2.2 verwiesen.

2.1.3 Ergebnis

Es erfolgen keine inhaltlichen Änderungen gegenüber dem Bestimmungsentwurf.

2.2 Hochrechnung

2.2.1 Anmerkungen/Vorschläge

Aus Sicht des GKV-SV sollten im Falle der Hochrechnung die beiden Werte pM und pMa miteinander verglichen und der jeweils niedrigere für die Hochrechnung herangezogen werden. So werde vermieden, dass durch Ausreißer in der Stichprobe für eine Krankenkasse unverhältnismäßig hohe Korrekturbeträge ermittelt werden.

Unter Verweis auf die Alt-RSA-Prüfungen nach § 15a RSAV sei die Anwendung eines Sockelbetrages in Höhe des angewandten Schwellenwertes angebracht, der vom endgültigen Korrekturbetrag in Abzug zu bringen sei. Die Anwendung des Sockelbetrags solle verhindern, dass Krankenkassen, die sehr knapp über dem Schwellenwert liegen, eine deutliche Ungleichbehandlung hinnehmen müssen gegenüber Krankenkassen, die sehr knapp unter dem Schwellenwert liegen.

Der GKV-SV merkt an, dass dies keine einheitliche GKV-Position ist, sondern eine Kassenart sich gegen die Berücksichtigung eines Sockelbetrages ausspricht.

2.2.2 Einschätzung/Bewertung

Das BVA hat den Vorschlag des GKV-SV zur Einführung einer adjustierten monetären Fehlerquote aus sachlichen Gründen verworfen (vgl. Punkt 1.2.2.). Der (über die Schichten) gewichtete Mittelwert des Korrekturbetrages bleibt damit auf Ebene der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben die alleinige Grundlage für eine Hochrechnung.

Die Gründe für die Einführung eines Sockelbetrages bei der Hochrechnung in Höhe der Geringfügigkeitsschwelle von 0,8% erscheinen dem BVA nachvollziehbar. Allerdings macht die vom GKV-SV aufgeworfene „Gerechtigkeitsfrage“ deutlich, dass die Debatte in diesem Punkt nicht mehr auf sachlichem oder modelltheoretischem Terrain geführt wird: Die Einführung eines Sockelbetrages ist letztlich eine rein normative Entscheidung, was sich auch in dem nicht einheitlichen Meinungsbild innerhalb der GKV ausdrückt.

Auf dieser normativen Ebene fällt für das BVA vor allem der vom GKV-SV vorgebrachte Hinweis ins Gewicht, dass auch das Alt-Verfahren nach § 15a RSAV einen Sockelbetrag bei der Hochrechnung berücksichtigte. Denn das BVA hält den Wunsch nach Kontinuität zum „Alt-Verfahren“ zumindest an den Stellen, wo ein entsprechender Festlegungsspielraum besteht, für gerechtfertigt. Dies gilt besonders angesichts der Tatsache, dass die vom GKV-SV ebenfalls angesprochene sog. Vollerhebungsoption im gegenwärtigen Verfahren anders als im Alt-Verfahren nicht mehr möglich ist. Nach gründlichem Abwägen hält das BVA die Einführung eines Sockelbetrags bei der Hochrechnung daher für sachgerecht.

2.2.3 Ergebnis

Bei der Hochrechnung wird ein Sockelbetrag in Höhe von 0,8% der Gesamtzweisungen der jeweiligen Krankenkasse eingeführt, der vom endgültigen Korrekturbetrag in Abzug gebracht wird. Die Abschnitte IV.1 und IV.3 der Hochrechnung werden entsprechend geändert.

2.3 Sonstige Änderungen am bestehenden Entwurf

Der folgende Abschnitt bezieht sich nur auf den Bereich der Hochrechnung.

2.3.1 Einführung eines Teil-Korrekturbetrags für DMP-Zuweisungen

Das BVA hat unter 1.3.2 dargelegt, dass es sich aus Transparenzgründen für eine separate Behandlung der Zuweisungen für Verwaltungskosten und Satzungs- und Ermessenleistungen im Rahmen der Hochrechnung entschlossen hat. Wird dieser Gedanke stringent fortgesetzt, ist auch die separate Behandlung der DMP-Zuweisungen im Rahmen der Hochrechnung geboten. Bislang werden die DMP-Zuweisungen in die Zuweisungen für sLA integriert, damit wird nicht zwischen DMP-Zuweisungen und sLA-Zuweisungen differenziert. Diese Vorgehensweise ist auf Ebene der Hochrechnung jedoch nicht nur weniger exakt als eine separate Berücksichtigung der fehlerhaften DMP-Versichertentage, sie wirft auch das Problem auf, dass der im Bereich sLA zu berücksichtigende Korrekturfaktor auf die sLA-Zuweisungen inklusive DMP-Zuweisungen angewendet wird. Dies ist offensichtlich nicht sachgerecht.

Das BVA hält es daher für erforderlich, die DMP-Zuweisungen im Rahmen der Hochrechnung ebenfalls separat zu behandeln. Daher wird analog wie bei den Gesamtversichertentagen (siehe 2.3.2) ein Korrekturvolumen für die DMP-Versichertentage (DMP-VT) gebildet und separat hochgerechnet. Dieses hochgerechnete Korrekturvolumen im Bereich DMP-VT wird sodann mit der Pro-Tag-Pauschale für DMP multipliziert, um den Teil-Korrekturbetrag für DMP-Zuweisungen zu erhalten.

Diese Vorgehensweise bedeutet einen Transparenz- und Genauigkeitsgewinn und ist daher der bisherigen Methodik eindeutig vorzuziehen. Sie kommt außerdem dem Einwand des GKV-SV entgegen, dass bisher nicht deutlich werde, wie genau die Auswirkungen der verschiedenen Fehlerarten voneinander abzugrenzen seien (vgl. Punkt 1.3.1). Die Abschnitte IV.1 und IV.2 der Hochrechnung sowie die exemplarische Darstellung in Anlage 5 werden entsprechend angepasst. Analog wird in Abschnitt III.1 klargestellt, dass als Schichtungsmerkmal nur die Zuweisungen für sLA herangezogen werden.

2.3.2 Vereinfachung der Berechnung des aggregierten Korrekturvolumens auf Ebene der Versichertentage

Bei Anpassung der Hochrechnungsmethodik im Bereich DMP ist das BVA auf eine Unstimmigkeit bei der Ermittlung des aggregierten VT-Korrekturvolumens gestoßen. Dies gilt sowohl für die Behandlung der „normalen“ als auch der DMP-Versichertentage.

Das BVA hat bislang das aggregierte VT-Korrekturvolumen jeweils schichtbezogen berechnet. Dies ist jedoch im Bereich der VT, welche nicht im Zusammenhang mit der Schichtbildung stehen, gar nicht erforderlich. Es ist daher ausreichend und vereinfacht das Verfahren, auf die schichtbezogene Ermittlung an dieser Stelle zu verzichten und das aggregierte VT-Korrekturvolumen zu ermitteln, indem die Gesamtversichertentage in der Grundgesamtheit durch die Gesamtversichertentage in der Stichprobe dividiert und mit den als fehlerhaften identifizierten Versichertentagen in der Stichprobe multipliziert werden. Die Abschnitte IV.1 und IV.2 der Hochrechnung sowie die exemplarische Darstellung in Anlage 5 werden entsprechend angepasst.