



Bundesversicherungsamt

## **Bestimmung**

**des Bundesversicherungsamtes**

**nach § 39a Abs. 6 RSAV zum Verfahren nach  
§ 39a Abs. 4 RSAV**

**für die Ermittlung eines Korrekturbetrages  
nach § 273 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V  
i. V. m. § 39a Abs. 4 RSAV**

**in der Fassung vom 11.06.2019**

## Inhalt

|  |   |
|--|---|
| Inhalt .....   | 2 |
| 1. Vorbemerkung .....  | 3 |
| 2. Einführung .....  | 4 |
| 3. Berechnung der adjustierten HMG-Versichertentage nach § 39a Abs. 4 .....                        | 5 |
| 3.1. Ermittlung der letzten rechtskonformen Vorjahresmeldung .....                                 | 6 |
| 3.2 Prospektive Neugruppierung und Bildung der HMG-Versichertentage (neu) je<br>Versicherten ..... | 7 |
| 3.3 Ermittlung der vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage .....                             | 8 |
| 3.3.1 Ermittlung der AGG-Versichertentage und der HMG-Versichertentage (neu) je<br>AGG .....       | 8 |
| 3.3.2 Berechnung der HMG-Prävalenz (neu) je AGG.....   | 8 |
| 3.3.3 Berechnung der vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage .....                           | 8 |
| 3.4 Berücksichtigung der GKV-weiten Prävalenz-Veränderungsraten .....                              | 9 |
| 4. Weiterführende Bestimmungen: Einschränkung auf ausgewählte HMG-Bereiche .....                   | 9 |

## 1. Vorbemerkung

Nach § 273 SGB V überprüft das Bundesversicherungsamt (BVA) die Zulässigkeit der Datenmeldungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V. Gegenstand dieser Überprüfung ist insbesondere die Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen.

Das BVA kann bei den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen Einzelfallprüfungen durchführen. Diese können nach § 273 Abs. 3 Satz 1 SGB V durch eine festgestellte Auffälligkeit i.S.d. § 273 Abs. 2 SGB V oder durch Verdacht im Sinne des § 273 Abs. 3 Satz 2 SGB V veranlasst sein.

Sofern bei einer Krankenkasse als Ergebnis einer Einzelfallprüfung ein Verstoß gegen § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V festgestellt wird, ermittelt das BVA nach § 273 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V i. V. m. § 39a RSAV einen Korrekturbetrag, der eine Minderung der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V für die betroffene Krankenkasse bewirkt.

Die Berechnung des Korrekturbetrags erfolgt auf Grundlage von § 39a Abs. 2 bis 5 RSAV. Kann nicht festgestellt werden, welche Daten entgegen den Vorgaben des § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V erhoben wurden, ermittelt das BVA gemäß § 39a Abs. 4 RSAV die Häufigkeit der Risikomerkmale anhand der letzten rechtskonformen Vorjahresmeldung und berechnet auf dieser Grundlage einen Korrekturbetrag. Das Nähere zum Verfahren nach § 39a Abs. 4 RSAV wird nachfolgend bestimmt.

Das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gemäß § 39a Abs. 6 RSAV wurde hergestellt.

## 2. Einführung

Das unter 3. spezifizierte Verfahren nach § 39a Abs. 4 RSAV bildet nur einen Ausschnitt der im § 39a RSAV geregelten Vorgehensweise zur Ermittlung des Korrekturbetrags. Im Folgenden werden daher die allgemeinen Vorgaben zur Ermittlung des Korrekturbetrags nach dieser Vorschrift kurz zusammengefasst. Begriffsdefinitionen, die im Rahmen der Bestimmung weiter verwendet werden, sind **fett** hinterlegt.

### § 39a Abs. 1:

§ 39a Abs. 1 gibt vor, dass die Prüfung nach § 273 SGB V getrennt für die Datenmeldungen nach § 30 Abs. 4 Satz 1 (**Erstmeldung**) sowie nach § 30 Abs. 4 Satz 2 (**Korrekturmeldung**) durchgeführt wird (§ 39a Abs. 1 Satz 1). Entsprechend wird der Korrekturbetrag für Erstmeldung und Korrekturmeldung jeweils gesondert ermittelt (§ 39a Abs. 1 Satz 2).

### § 39a Abs. 2:

Ausgangspunkt für die Berechnung des Korrekturbetrags ist gemäß § 39a Abs. 2 die nach § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V ermittelte Höhe der Zuweisungen für Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (**tatsächliche HMG-Zuweisungen**) für das Ausgleichsjahr, auf das sich die rechtswidrige Datenmeldung bezieht. Diese entsprechen gemäß § 39a Abs. 2 Satz 3 und 4 bei einer Erstmeldung den Werten aus dem Bescheid nach § 39 Abs. 3 Satz 1 Buchstabe c RSAV (Grundlagenbescheid IV, 3. Strukturanpassung) beziehungsweise bei einer Korrekturmeldung den Werten aus dem Bescheid nach § 41 Abs. 3 (korrigierter Jahresausgleichsbescheid).

Der Summe der tatsächlichen HMG-Zuweisungen wird die Summe der **adjustierten HMG-Zuweisungen** gegenübergestellt, die sich von den tatsächlichen Zuweisungen dadurch unterscheiden, dass die Häufigkeit der Risikomerkmale nach § 29 Nummer 1 (**HMG-Versichertentage**) abweichend ermittelt wird. Die Berechnung der **adjustierten HMG-Versichertentage** kann entweder auf Grundlage von § 39a Abs. 3 oder Abs. 4 erfolgen. Die Differenz aus der Summe der tatsächlichen und adjustierten HMG-Zuweisungen ergibt den sog. Differenzbetrag. Der Korrekturbetrag wird nur bei positivem Differenzbetrag ermittelt.

### § 39a Abs. 3:

§ 39a Abs. 3 gibt für den Fall, dass der tatsächliche Umfang des Datenmeldeverstößes durch das BVA eindeutig bestimmt werden kann, vor, dass die adjustierten HMG-

Versichertentage durch eine Bereinigung der betroffenen Datenmeldung um die betroffenen Daten(-sätze) ermittelt werden (**Bereinigungsverfahren**).

#### § 39a Abs. 4:

§ 39a Abs. 4 definiert ein alternatives Vorgehen für den Fall, dass der tatsächliche Umfang des Datenmeldeverstoßes nicht eindeutig durch das BVA bestimmt werden kann. In diesem Fall sind die adjustierten HMG-Versichertentage durch Fortschreibung der jeweiligen **HMG-Prävalenzen** aus der nächsten zurückliegenden Vorjahresmeldung zu ermitteln, für die das BVA nicht festgestellt hat, dass die betroffene Krankenkasse entgegen den Vorgaben nach § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V gehandelt hat (**Fortschreibungsverfahren**). Dabei hat eine alters- und geschlechtsbezogene Anpassung der HMG-Versichertentage zu erfolgen, um die Veränderung der Versichertenstruktur bei der betroffenen Krankenkasse mit zu berücksichtigen. Die GKV-weite Entwicklung der Versichertenstruktur ist ebenfalls in die Berechnung einzubeziehen. Die Anpassung kann ggf. alters- und geschlechtsbezogen erfolgen.

#### § 39a Abs. 5:

§ 39a Abs. 5 sieht ein unterschiedliches Vorgehen vor, um ausgehend vom Differenzbetrag den endgültigen Korrekturbetrag zu ermitteln: Im Falle einer nicht rechtskonformen Erstmeldung beträgt der Korrekturbetrag zehn Prozent des Differenzbetrags. Im Falle einer Korrekturmeldung ergibt sich der Korrekturbetrag, indem zusätzlich zum Differenzbetrag ein Aufschlag in Höhe von 25 Prozent des Differenzbetrags erhoben wird, wobei auf die Erhebung des Aufschlags in Einzelfällen ganz oder teilweise verzichtet werden kann, wenn die Erhebung nach Lage des einzelnen Falls unbillig wäre. Ferner regelt Abs. 5, dass das BVA die Korrekturbeträge durch Bescheid geltend macht und dass die Einnahmen aus Korrekturbeträgen, die darauf gegebenenfalls erhobenen Säumniszuschläge sowie die daraus erzielten Zinserträge in den Gesundheitsfonds zurückfließen.

#### § 39a Abs. 6:

Der § 39a Abs. 6 regelt, dass das BVA im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband das Nähere über das Verfahren zur Berechnung des Korrekturbetrags nach Abs. 4 bestimmt.

### **3. Berechnung der adjustierten HMG-Versichertentage nach § 39a Abs. 4**

Die Ermittlung der adjustierten HMG-Versichertentage, die zur Berechnung des Differenzbetrages weiter verwendet werden können, erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst wird aus-

gehend von der geprüften Datenmeldung die letzte rechtskonforme Vorjahresmeldung ermittelt. Im zweiten Schritt erfolgt eine prospektive Neugruppierung der darin enthaltenen Morbiditätsdaten. Im dritten Schritt werden auf dieser Grundlage die HMG-Prävalenzen neu berechnet. Diese werden auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der geprüften Datenmeldung übertragen und so die vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage berechnet. Die (endgültigen) adjustierten HMG-Versichertentage ergeben sich im letzten Schritt durch die Berücksichtigung der GKV-weiten Veränderungsrate der jeweiligen HMG.

### **3.1. Ermittlung der letzten rechtskonformen Vorjahresmeldung**

Die adjustierten HMG-Versichertentage der geprüften Datenmeldung sind durch Fortschreibung der jeweiligen HMG-Prävalenzen aus der letzten i. S. d. § 39a Abs. 4 Satz 2 rechtskonformen Vorjahresmeldung zu ermitteln. Es wird also auf eine Datenmeldung abgestellt, die sich nicht auf das geprüfte Berichtsjahr ( $t_1$ ) bezieht, sondern auf ein vorausgehendes (Berichtsjahr  $t_0$ ). Für die als rechtskonform identifizierte Meldung wird im Weiteren der Begriff Basismeldung verwendet. Die Basismeldung ist – je nach Betroffenheit der geprüften Datenmeldung – entweder eine Diagnosedatenmeldung (Satzart 500 oder Satzart 600) oder eine Arzneimitteldatenmeldung (Satzart 400). Für das Berichtsjahr, in dem die rechtskonforme Datenmeldung erfolgte, wird der Begriff Basisjahr verwendet.

Eine Meldung gilt als rechtskonform und kann als Basismeldung für ein Berichtsjahr herangezogen werden, wenn für diese kein Feststellungsbescheid gemäß § 273 Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 273 Abs. 5 Satz 1 SGB V durch das BVA erlassen wurde<sup>1</sup>.

Je nach geprüfter Datenmeldung (Erst-/Korrekturmeldung) ist entweder eine Erstmeldung oder eine Korrekturmeldung als Basismeldung aus dem zurückliegenden Jahr zu verwenden. Zwischen Basismeldung und geprüfter Datenmeldung liegt somit mindestens ein Kalenderjahr.

---

<sup>1</sup> Stellt das BVA erst in einem nachgelagerten Prüfverfahren fest, dass die als Basismeldung verwendete Datenmeldung gegen die genannten Vorgaben verstößt, wird für das betreffende Berichtsjahr der Korrekturbetrag auf einer geänderten Datengrundlage Neuberechnet und neu beschieden.

## **3.2 Prospektive Neugruppierung und Bildung der HMG-Versichertentage (neu) je Versicherten**

Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen (Gruppierung) ist die Festlegung des BVA für das jeweilige Ausgleichsjahr, auf das sich die geprüfte Datenmeldung bezieht (Berichtsjahr  $t_{i+1}$ ).

Die Neugruppierung beschränkt sich auf die Zuordnung der Versicherten zu den Hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) unter Berücksichtigung der Auslandsversicherten- und Kostenerstattergruppen. Die Neugruppierung erfolgt anhand der Basismeldung und anhand der restlichen Datenmeldungen aus dem jeweiligen Basisjahr (Satzarten 100, 400 bis 600).

Handelt es sich bei geprüften Datenmeldung um eine Erstmeldung, wird auf die Erstmeldung der Satzarten 100, 400 bis 600 aus dem Basisjahr abgestellt. Handelt es sich um eine Korrekturmeldung, wird auf die Korrekturmeldung der Satzarten 100, 400 bis 600 abgestellt.

Das Ergebnis der Neugruppierung wird prospektiv, d.h. mit den Versichertenstammdaten des zum Basisjahr gehörenden Ausgleichsjahrs (Basisjahr  $t_{0+1}$ ), verknüpft. Im Falle einer Korrekturmeldung wird hierzu die Satzart 110 und im Falle einer Erstmeldung die Satzart 111 Ganzjahr verwendet. Durch Übertragung der in der jeweiligen Stammdatendatei gemeldeten Versichertentage auf die den Versicherten zugeordneten HMGs ergeben sich die HMG-Versichertentage (neu) je Versicherten.

Die Zuordnung zu den Auslandsversicherten- und Kostenerstattungsgruppen erfolgt im Falle einer geprüften Erstmeldung anhand der in der Satzart 100 Erstmeldung gemeldeten Auslandsversichertentage bzw. Versichertentage mit Kostenerstattung im Basisjahr. Im Falle einer Korrekturmeldung erfolgt diese Zuordnung anhand der in der Satzart 110 Korrekturmeldung gemeldeten Auslandsversichertentage bzw. Versichertentage mit Kostenerstattung im Basisjahr. Für Versicherte, die einer Auslandsversicherten- oder Kostenerstattergruppe zugeordnet sind, werden die HMG-Versichertentage (neu) auf null gesetzt.

### **3.3 Ermittlung der vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage**

#### **3.3.1 Ermittlung der AGG-Versichertentage und der HMG-Versichertentage (neu) je**

##### **AGG**

Im nächsten Schritt werden die Gesamt-Versichertentage je AGG und die HMG-Versichertentage (neu) je AGG berechnet.

Die Zuordnung zu den AGGs erfolgt im Falle einer Erstmeldung anhand des Alters im zum Basisjahr gehörenden Ausgleichsjahr (Basisjahr  $t_0+1$ ), das sich aus dem in der Satzart 111 Ganzjahr gemeldeten Geburtsjahr ergibt. Im Falle einer Korrekturmeldung wird das in der Satzart 110 gemeldete Geburtsjahr zu Grunde gelegt.

Die Gesamt-Versichertentage je AGG ergeben sich durch Aufsummierung der Versichertentage aller Versicherten in der jeweiligen AGG. Die HMG-Versichertentage (neu) je AGG ergeben sich durch Aufsummierung der HMG-Versichertentage (neu) in der jeweiligen AGG.

#### **3.3.2 Berechnung der HMG-Prävalenz (neu) je AGG**

Die HMG-Prävalenzen (neu) je AGG (prospektiv) ergeben sich als Quotient aus den HMG-Versichertentagen (neu) je AGG und den Gesamt-Versichertentagen je AGG.

##### Beispiel:

Würden alle Versicherten in der AGG 2 die HMG 1 belegen, so hätte die HMG 1 in der AGG 2 eine Prävalenz von 1 (bzw. 100%). Aufgrund der Prospektivität des Verfahrens ergeben sich für die AGG 1 und die AGG 21 (Neugeborene) keine HMG-Prävalenzen.

#### **3.3.3 Berechnung der vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage**

Im nächsten Schritt werden die neu berechneten HMG-Prävalenzen auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der geprüften Datenmeldung übertragen. Dies geschieht durch Multiplikation der aus der Basismeldung gewonnenen HMG-Prävalenzen (neu) je AGG mit den aktuellen AGG-Versichertentagen des zur geprüften Datenmeldung gehörenden Ausgleichsjahrs (Berichtsjahr  $t_1+1$ ). Durch Aufsummierung der Versichertentage je HMG über alle AGGs ergeben sich die vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage. Sollte es zu Einschränkungen auf einzelne HMGs gemäß § 39a Abs. 4 Satz 2 (s. Ziffer 4) kommen, werden im Weiteren die adjustierten HMG-Versichertentage nur für die entsprechenden HMGs verwendet.

### **3.4 Berücksichtigung der GKV-weiten Prävalenz-Veränderungsraten**

Die vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage sind um die GKV-Entwicklung zu korrigieren. Zu diesem Zwecke wird eine GKV-weite Prävalenzveränderungsrate je HMG zwischen der Basismeldung und der geprüften Datenmeldung berechnet.

Die GKV-weite HMG-Prävalenz wird prospektiv auf Basis der Versichertentage berechnet und ergibt sich aus dem Verhältnis der Anzahl der HMG-Versichertentage aller Krankenkassen zu der Gesamtzahl der Versichertentage aller Krankenkassen.

Die Veränderungsrate der HMG-Prävalenz kann auch in Form eines Veränderungsfaktors ausgedrückt werden (Summe aus eins und der Veränderungsrate).

Die vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage werden mit dem GKV-bezogenen Veränderungsfaktor multipliziert. Aus dieser Anpassung resultieren die endgültigen adjustierten HMG-Versichertentage. Überschreiten die endgültigen adjustierten die tatsächlich gemeldeten Versichertentage, werden sie auf die Höhe der tatsächlich gemeldeten HMG-Versichertentage beschränkt.

## **4. Weiterführende Bestimmungen: Einschränkung auf ausgewählte HMG-Bereiche**

Sofern im Zuge der Feststellungen nach § 273 Abs. 4 Satz 1 SGB V der Umfang des Verstoßes hinreichend eingrenzbar ist, kann das BVA die Berechnung der adjustierten Zuweisungen auf einzelne HMGs beschränken (§ 39a Abs. 4 Satz 2). Die Berechnung des Differenzbetrages nach § 39a Abs. 2 als Gegenüberstellung der tatsächlichen und der adjustierten HMG-Zuweisungen erfolgt dann nur für eine Auswahl von HMGs. Die Entscheidung darüber, ob eine derartige Einschränkung vorgenommen werden kann, ist nach Lage des jeweiligen Einzelfalls zu treffen und durch das BVA schriftlich zu begründen.