

## **Anlage4b: Lösungsansätze des GKV-Spitzenverbandes**

### **1. Rechtswidrige Daten und Regressionsgrundlage**

Beinhaltet eine Datenmeldung in der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung (§ 273 Abs. 2 Satz 1 SGB V) rechtswidrig übermittelte Daten (Diagnosen oder Arzneimittelkennzeichen), so kann im Falle eines auf Grundlage von § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV ermittelten Korrekturbetrages die originäre Datenmeldung mit Hilfe einer Streichliste um die rechtswidrigen Daten bereinigt bzw. durch eine rechtskonforme Austauschsatzart ersetzt werden.

Anders als im Falle einer Streichliste bzw. Austauschsatzart lassen sich indes bei einer Schätzung (§ 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV) die rechtswidrig übermittelten Daten nicht identifizieren und aus der entsprechenden Satzart entfernen<sup>1</sup>.

Ohne eine entsprechende Bereinigung weist eine rechtswidrige Datenmeldung i.d.R. erhöhte HMG-Fallzahlen in dem betroffenen Berichtsjahr auf, und diese Erhöhung wiederum verzerrt die Regressionsergebnisse auf zwei Ebenen:

- direkt über die Einzelbeobachtung der betroffenen Krankenkasse – dies betrifft in erster Linie die Regressionsergebnisse der Krankenkasse mit der rechtswidrigen Datenmeldung selbst;
- indirekt über die aggregierte Beobachtung aller am RSA beteiligten Krankenkassen (GKV) – dies wirkt sich auf die Regressionsergebnisse aller Krankenkassen aus, da die GKV als Vergleichs- bzw. Referenzkrankenkasse mit in die Regressionsanalyse eingeht.

### **2. Auswirkung einer unbereinigten Datenmeldung**

Tabelle 1 beinhaltet die zu erwartenden Auswirkungen einer unbereinigten Datenmeldung auf die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung. Dabei werden nach Betroffenheit der Datenmeldungen drei Fälle unterschieden:

- I. Die Prüfmeldung ist betroffen,
- II. Die Referenzmeldung ist betroffen,
- III. Die Referenz- und die Prüfmeldung sind betroffen.

Die Auswirkungen werden wiederum unterschieden nach

- Krankenkasse A: Krankenkasse mit der unbereinigten Datenmeldung und

---

<sup>1</sup> Das Schätzverfahren greift auf Ebene der zuweisungsrelevanten HMG-Versichertentage und bereinigt diese durch Fortschreibung auf Grundlage der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die bislang kein Korrekturbetrag ermittelt wurde.

- Krankenkasse B: stellvertretend für alle übrigen RSA-Krankenkassen.

**Tabelle 1:** Auswirkungen einer unbereinigten Datenmeldung auf die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung

Fall	Rechtswidrige Meldung der Kasse A	Auswirkung auf die GKV (Referenz-KK)	Auswirkung auf die Kasse A	Auswirkung auf die Kasse B
I	Prüfmeldung	$VR_{GKV} \uparrow$	$VR_A \uparrow\uparrow$ & $VR_{GKV} \uparrow$ $\rightarrow RR_A \uparrow$ ➤ erhöhte Wahrscheinlichkeit, auffällig zu werden	$VR_B$ konst. & $VR_{GKV} \uparrow$ $\rightarrow RR_B \downarrow$ ➤ geringere Wahrscheinlichkeit, auffällig zu werden
II	Referenz-meldung	$VR_{GKV} \downarrow$	$VR_A \downarrow\downarrow$ & $VR_{GKV} \downarrow$ $\rightarrow RR_A \downarrow$ ➤ geringere Wahrscheinlichkeit, auffällig zu werden	$VR_B$ konst. & $VR_{GKV} \downarrow$ $\rightarrow RR_B \uparrow$ ➤ erhöhte Wahrscheinlichkeit, auffällig zu werden
III	Referenz- & Prüfmeldung	$VR_{GKV} \uparrow\downarrow$	$VR_A \uparrow\downarrow$ & $VR_{GKV} \uparrow\downarrow$ $\rightarrow RR_A \uparrow\downarrow$ ➤ Unklare Wirkung	$VR_B$ konst. & $VR_{GKV} \uparrow\downarrow$ $\rightarrow RR_B \downarrow\uparrow$ ➤ Unklare Wirkung

Abkürzungen: RR = Relatives Risiko (Maß für statistische Auffälligkeit)  
VR = Veränderungsrate (Maß für den Anstieg der HMG-Fallzahlen zw. Referenz- und Prüfmeldung)  
KK = Krankenkasse

Im Fall I (Prüfmeldung betroffen):

- Die höheren HMG-Fallzahlen der Krankenkasse A in der Prüfmeldung würden zu einer höheren HMG-Veränderungsrate bei der Krankenkasse A führen ( $\uparrow\uparrow$ , starker Anstieg).
- Da die HMG-Fallzahlen der Krankenkasse A in der GKV (= Referenzkrankenkasse) mit enthalten sind, wirkt sich der Anstieg in gleicher Weise, nur im geringeren Maße, auch auf die HMG-Veränderungsrate der GKV aus ( $\uparrow$ , schwächerer Anstieg).
- In Folge würde das Relative Risiko (= Maß für statistische Auffälligkeit) der Krankenkasse A steigen ( $RR_A \uparrow$ ); das Relative Risiko der übrigen Krankenkassen würde hingegen sinken ( $RR_B \downarrow$ ).

Im Fall II (Referenzmeldung betroffen):

- Die höheren HMG-Fallzahlen der Krankenkasse A in der Referenzmeldung würden zu einer geringeren HMG-Veränderungsrate bei der Krankenkasse A führen ( $\downarrow\downarrow$ , starke Absenkung).
- Die Absenkung der Referenzmeldung würde auch zu einer Absenkung der HMG-Veränderungsrate der GKV führen ( $\downarrow$ , schwächere Absenkung).
- In Folge würde das Relative Risiko der Krankenkasse A sinken ( $RR_A\downarrow$ ); das Relative Risiko der übrigen Krankenkassen würde hingegen steigen ( $RR_B\uparrow$ ).

Im Fall III (Beide Meldungen betroffen):

- In diesem Falle wären die Auswirkungen der einer unbereinigten Datenmeldung auf das Relative Risiko nicht vorhersagbar.

Die potenziellen Bereinigungen wären bei der Auffälligkeitsprüfung zu begrüßen, um belastbare Regressionsergebnisse für die gesamte GKV zu erzeugen.

### **3. Prüfung der Vorschläge**

Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme vom 29.01.2021 zum überarbeiteten Entwurf der Bestimmung des BAS zur kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung für das Berichtsjahr 2013 entweder eine Hochrechnung der letzten rechtskonformen Meldung oder eine pauschale Minderung der betroffenen Datenmeldung vorgeschlagen. In beiden Fällen soll dies zu einer Absenkung der aus der rechtswidrigen Datenmeldung resultierenden HMG-Fallzahlen führen, um ein Niveau der HMG-Belegung zu simulieren, welches einer Datenmeldung ohne einen Rechtsverstoß entspräche. Beide Lösungsansätze des GKV-Spitzenverbandes wurden eingehend geprüft.

#### **3.1. Bereinigung auf Grundlage der letzten rechtskonformen Datenmeldung**

Der erste Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes beinhaltet, ähnlich wie bei der Korrekturbetragsschätzung selbst, eine Neuberechnung der HMG-Fallzahlen für die betroffene Krankenkasse. Auf diese Weise sollen bereinigte HMG-Fallzahlen bei einer betroffenen Datenmeldung einer Krankenkasse ermittelt werden. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes würde folgende Berechnungsschritte implizieren:

- Neugruppierung der letzten rechtskonformen Datenmeldung (Basisjahr/Basismeldung) der betroffenen Krankenkasse gemäß Festlegung des Prüfungsjahres, unter Beachtung der Spezifikationen der Auffälligkeitsprüfung (bei diesem Schritt wird die gesamte Datenmeldung der GKV für das jeweilige Basisjahr neugruppiert, da auch die GKV-Veränderungsrate ermittelt wird).
- Ermittlung der HMG-Prävalenzen der betroffenen Krankenkasse in der Basismeldung;
- Übertragung der Prävalenzen auf die neue Versichertenstruktur der betroffenen Krankenkasse sowie Berücksichtigung der GKV-Veränderungsraten.
- Kappung der neu ermittelten HMG-Fallzahlen auf die Höhe der originären HMG-Fallzahlen der rechtswidrigen Datenmeldung.

Es wurden verschiedene Berechnungsvarianten dieses Lösungsansatzes empirisch anhand von Beispieldaten überprüft, u.a.

- Ermittlung der bereinigten HMG-Fallzahlen ohne Berücksichtigung der GKV-Veränderungsrate.
- Ermittlung der bereinigten HMG-Fallzahlen unter Anwendung verschiedener Kappungsvarianten.

Aus dem anschließenden Vergleich der Regressionsergebnisse geht hervor, dass je nach Berechnungsvariante die Auswirkung einer Bereinigung auf die Auffälligkeitsprüfung marginal bis gravierend sein kann.

#### Bewertung des ersten Lösungsansatzes

- Der beschriebene Lösungsansatz ist tendenziell mit einem sehr hohen Rechenaufwand verbunden.
- Bei zunehmendem Zeitversatz zwischen betroffener Datenmeldung und Basismeldung werden die Berechnungen zusätzlich erschwert; so müssten die für das Klassifikationsmodell verwendeten Zuordnungslisten ggf. eigens neu erstellt werden; dieser Fall tritt ein, wenn drei (oder mehr) aufeinanderfolgende Jahre von einer Schätzung betroffen sind.
- Durch die Bereinigung der HMG-Besetzungszahlen bei der betroffenen Krankenkasse, welche auf (ggf. weit) zurückliegenden Datenmeldungen beruhen (s.o.), würden die Regressionsergebnisse der betroffenen Krankenkasse auf einer letztlich fiktiven Datengrundlage beruhen; die Aussagekraft und Interpretierbarkeit der Regressionsergebnisse wäre dann u. U. nicht mehr gewährleistet.
- Durch diese Methodik wird das Verfahren der Auffälligkeitsprüfung generell sehr komplex und damit intransparent.

- Ferner lässt sich nicht a priori begründen, welche konkrete Ausgestaltung des Berechnungsverfahrens für die bereinigten HMG-Fallzahlen am geeignetsten wäre.

### 3.2. Pauschale Minderung der HMG-Fallzahlen

Der zweite Lösungsansatz des GKV-Spitzenverbandes besteht darin, eine pauschale Minderung der HMG-Fallzahlen, die sich am Schätzverfahren des Korrekturbetrages orientiert, durchzuführen.

Der Ansatz würde folgende Berechnungsschritte implizieren:

- Berechnung des prozentualen Rückgangs der adjustierten HMG-Versichertentage aus dem Korrekturbescheid gegenüber den HMG-Versichertentagen aus dem jeweiligen korrigierten Jahresausgleichsbescheid (=Vergleichsgrundlage für die Ermittlung des Korrekturbetrags).
- Absenkung der HMG-Fallzahlen in der betroffenen Datenmeldung um den jeweiligen Prozentsatz.

#### Bewertung des zweiten Lösungsansatzes

- Der zweite Ansatz ist eingängig und unkompliziert.
- Er lässt sich indes für die Fallkonstellationen II und III (Referenzmeldung ist betroffen) nicht umsetzen. Denn für den Fall, dass ein Korrekturbescheid (Schätzung) für das Berichtsjahr der Referenzmeldung (T0) vorliegt, beruhen die im Korrekturbescheid ermittelten adjustierten HMG-Versichertentage auf der Festlegung für das Ausgleichsjahr der „Referenzmeldung“ (T0 +1); in der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung wiederum werden die HMG-Fallzahlen auf Grundlage der Festlegung für das Ausgleichsjahr der Prüfmeldung gebildet (ausgehend von der Referenzmeldung T0 also auf Grundlage von T0 + 2). Die HMGs aus dem Korrekturbescheid, aufgrund derer die Absenkungspauschale gebildet wird, wären somit inkompatibel mit den HMGs aus der Auffälligkeitsprüfung, für die die Bereinigung durchgeführt werden soll (vgl. auch Anlage 4d).

### 4. Fazit

- Rechtswidrige Datenmeldungen gehen i.d.R. mit höheren HMG-Fallzahlen einher. Eine Bereinigung der betroffenen Datenmeldung durch Absenkung der HMG-Fallzahlen würde (theoretisch) zu validen Regressionsergebnissen führen.
- Es wurden zwei Lösungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes geprüft, wie eine Bereinigung der Datenmeldung im Fall einer Schätzung erfolgen kann.

- Die Prüfung hat ergeben, dass der erste Lösungsansatz grundsätzlich anwendbar wäre, um „bereinigte“ HMG-Fallzahlen zu ermitteln. Jedoch ist das Berechnungsverfahren sehr aufwändig und die Interpretierbarkeit der Ergebnisse ist zunehmend eingeschränkt, wenn der Zeitverzug zwischen betroffener Datenmeldung und ersatzweise verwendetem „Basisjahr“ wächst. Ein solches Szenario ist äußerst realistisch, da sich die rechtswidrige Vorgehensweise einer Krankenkasse über einen mehrere Berichtsjahre umfassenden Zeitraum erstrecken kann.
- Die Prüfung des zweiten Lösungsansatzes hat ergeben, dass aufgrund der unterschiedlichen Festlegungs-Ausgleichsjahre, die dem Korrekturbescheid und der Auffälligkeitsprüfung zugrunde liegen, eine pauschale Absenkung der HMG-Fallzahlen in der Referenzmeldung nicht möglich ist.