



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 Morbiditätsdaten

(§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV)

in der Fassung vom 03.11.2016

Inhalt

ANMERKUNGEN ZUM ANHÖRUNGSVERFAHREN	3
SYNOPSIS	4
1 ZUM ABSCHNITT II: STICHPROBE NACH STUFE 1	10
1.1 Qualitätsüberprüfung I.....	10
1.1.1 Anmerkungen/Vorschläge	10
1.1.2 Einschätzung/Bewertung	10
1.1.3 Ergebnis.....	10
1.2 Ermittlung der Schwellenwert-Parameter	11
1.2.1 Anlage 3 – Abweichungen in den §42-Rückmeldesatzarten 110RM, 400R, 500R und 600R	11
1.2.1.1 Anmerkungen/Vorschläge	11
1.2.1.2 Einschätzung/Bewertung.....	11
1.2.1.3 Ergebnis	12
1.2.2 Berechnung der kassenindividuellen monetären Fehlerquote	13
1.2.2.1 Anmerkungen/Vorschläge	13
1.2.2.2 Einschätzung/Bewertung.....	13
1.2.2.2.1 Hierarchisierung der Risikogruppen in der Differenzgruppierung	14
1.2.2.2.2 Ermittlung des Korrekturbetrages	14
1.2.2.3 Ergebnis	15
1.2.3 Anlage 4 - Berechnung der prüfrelevanten Zuweisungen vor und nach Prüfung sowie der korrespondierenden Korrekturbeträge für die monetäre Fehlerquote anhand von Beispielen	16
1.2.3.1 Anmerkungen/Vorschläge	16
1.2.3.2 Einschätzung/Bewertung.....	16
1.2.3.3 Ergebnis	16
2 ZUM ABSCHNITT III: STICHPROBE NACH STUFE 2	17
2.1 Schichtung nach Zuweisungssumme	17
2.1.1 Anmerkungen/Vorschläge	17
2.1.2 Einschätzung/Bewertung	17
2.1.3 Ergebnis.....	17
2.2 Ergänzungsstichprobe und endgültiger Gesamtstich-probenumfang	17
2.2.1 Anmerkungen/Vorschläge	17
2.2.2 Einschätzung/Bewertung	18
2.2.3 Ergebnis.....	18
3 ZUM ABSCHNITT IV: HOCHRECHNUNG UND KORREKTURBETRAG	19
3.1 Teil-Korrekturbetrag für Verwaltungskosten-Zuweisungen	19
3.1.1 Anmerkungen/Vorschläge	19
3.1.2 Einschätzung/Bewertung	19
3.1.3 Ergebnis.....	19
3.2 Berechnung des endgültigen Korrekturbetrags.....	19
3.2.1 Anmerkungen/Vorschläge	19

3.2.2	Einschätzung/Bewertung	20
3.2.3	Ergebnis.....	20
4	ANHANG 1: ENDGÜLTIGER KORREKTURBETRAG - „ALTERNATIVE“	
	FASSUNG DER ANLAGE 7	21

Anmerkungen zum Anhörungsverfahren

Mit Email vom 07. September 2016 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 Morbiditätsdaten vorgelegt und den in der RSAV vorgesehenen Anhörungspartnern mit der Bitte um Stellungnahme übersandt.

Folgende Institutionen haben im Rahmen der Anhörungsfrist bis zum 5. Oktober 2016 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 Morbiditätsdaten 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.

Synopse

Betrifft	Beschreibung	vorgetragen von	Erläuterungen
Vorbemerkungen			
redaktionelle Anmerkung (S. 4)	„Die nach § 274 SGB V beauftragten Stellen (im weiteren Prüfdienste genannt) wurden zu den Teilen I bis III, der GKV-Spitzenverband zu den Teilen I bis IV schriftlich angehört. Das BVA hat auf dieser Grundlage am xx.xx.2016 die entsprechenden Festlegungen getroffen.“	PDK	wird berücksichtigt
II. Stichprobe nach Stufe 1			
2 Qualitätsüberprüfung I			
redaktionelle Anmerkung (S. 8)	„Dabei bezeichnet \bar{x} den Mittelwert der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit der einzelnen Krankenkasse und σ deren dessen Standardabweichung, \hat{x} den Mittelwert in der Stichprobe und n (s_1) den Stichproben-Umfang ³ .“	PDK	wird nicht berücksichtigt, das Relativpronomen "deren" bezieht sich hier auf die jeweilige Kennzahl
methodische Anmerkung (S. 7)	Der GKV-SV schlägt die Verwendung folgender Kennzahlen für die Qualitätsüberprüfung der Stichprobenziehung im nächsten Prüfzyklus vor: - DDD-Menge bei zuschlagsrelevanten ATC je Versicherten in der Satzart 400, - Anzahl zuschlagsrelevanter Diagnosen je Versicherten in der Satzart 500, - Anzahl zuschlagsrelevanter Diagnosen je Versicherten in der Satzart 600, - Höhe der HMG-Zuweisungen je Versichertenjahr.	GKV-SV	wird teilweise berücksichtigt
3 Schwellenwert-Prüfung I			
redaktionelle Anmerkung (S. 9)	„1) Die kassenindividuelle fallbezogene Fehlerquote \hat{p}_F bezogen auf die Stufe-1-Stichprobe, die von der Herangehensweise der für die Stichprobenziehung in Stufe 1 verwendeten Fehlerquote entspricht. 2) Die kassenindividuelle monetäre Fehlerquote \hat{p}_M bezogen auf die Stufe-1-Stichprobe, die dem Anteil des monetären Korrekturvolumens an der Summe der prüfrelevanten Zuweisungen auf Versichertenebene entspricht.“	PDK	wird berücksichtigt

Betrifft	Beschreibung	Vorgetragen von	Erläuterungen
3.1 Ermittlung der Schwellenwert-Parameter			
Anlage 3 - Abweichungen in den §42-Rückmeldesatzarten 110RM, 400R, 500R und 600R			
inhaltliche Anmerkung (Punkt 2B, Unterpunkt 7: Abweichende Angaben im Fallzähler in der SA 500)	Der PDK weist darauf hin, dass die Angabe zum "Fallzähler" nicht prüfrelevant ist.	PDK	wird nicht berücksichtigt (s. Erläuterungen).
inhaltliche Anmerkung (Punkt 2.B, Unterpunkt 8: SA 600 bei Abrechnungsweg 1 ohne Qualifizierungsmerkmal G)	Nach der Anlage sind Abweichungen bei der Konstellation Abrechnungsweg 1 und fehlendes Qualifizierungsmerkmal "G" zu prüfen und zurück zu melden ("unerhebliche Abweichung"). Nach Auffassung des PDK handelt es sich hierbei jedoch um für den RSA unerhebliche Diagnosen und nicht um festgestellte Abweichungen, die keine Auswirkungen auf das erneute RSA-Grouping zur Feststellung des monetären Fehlers haben. Der PDK schlägt vor, Diagnosen ohne Merkmal G im Abrechnungsweg 1 nicht abzuprüfen, d.h. sie sollten nicht Bestandteil der SA600S sein.	PDK	wird berücksichtigt
inhaltliche Anmerkung (Punkt 2.B, Unterpunkt 8: SA 600 bei Abrechnungsweg 1 ohne Qualifizierungsmerkmal G)	Annahme 1 Der PDK geht davon aus, dass Unterpunkt 8 (immer) greift, auch wenn in der Prüfung – neben Änderung des Qualifizierungsmerkmals – eine Änderung des Abrechnungsweges (Abrechnungsweg von 1 auf andere) festgestellt wird. Annahme 2 Der PDK geht generell davon aus, dass die Sachverhaltskonstellation des Unterpunktes 8 vorrangig zu prüfen ist vor der des Unterpunktes 10.	PDK	wird berücksichtigt
inhaltliche Anmerkung (Punkt 2.B, Unterpunkt 10: Abweichungen beim Abrechnungsweg Satzart 600 mit Ausnahmen (10.1 und 10.2))	Der PDK bittet um Klarstellung, da es nicht eindeutig ist, ob sich zusätzlich zum Abrechnungsweg das Qualifizierungsmerkmal in den genannten Fällen ebenfalls ändern muss. Der PDK geht davon aus, dass sich die Anforderung einer Änderung "nach Prüfung" auf beide Parameter bezieht.	PDK	wird berücksichtigt
inhaltliche Anmerkung	Der GKV-SV merkt an, dass Abweichungen der AZ-Verordnungsmengen bei erfolgter Retaxierung im Rahmen der Abrechnungsprüfung nicht als Fehler zu werten seien, wenn die Krankenkasse weniger Einheiten gemeldet hat, als auf der Verordnung ausgewiesen sind.	GKV-SV	wird berücksichtigt
inhaltliche Anmerkung	Der GKV-SV wünscht eine Klarstellung, dass Abweichungen im Feld "Lokalisation" der Satzarten 500 und 600 als "unerhebliche Abweichungen" zu erfassen sind.	GKV-SV	wird nicht berücksichtigt (s. Erläuterungen).

Betrifft	Beschreibung	Vorgetragen von	Erläuterungen
3.1.2 Ermittlung der kassenindividuellen monetären Fehlerquote \hat{p}_M			
redaktionelle Anmerkung (S. 14)	„Folglich entspricht der individuelle individuelle Korrekturbetrag für die Versicherten ohne Fehler in der Stichprobe jeweils null Euro.“	PDK	wird berücksichtigt
methodische Anmerkung (S. 10)	Der GKV-SV hält die Ermittlung des Korrekturbetrages über eine sog. Differenzgruppierung grundsätzlich für sachgerecht. Er plädiert jedoch für eine Berücksichtigung der Hierarchiebeziehungen bei der Berechnung der Zuweisungen "vor Prüfung" und "nach Prüfung", wonach die Differenz dieser Werte den Korrekturbetrag darstellt. Die vorgeschlagene Systematik überschätze den Korrekturbetrag und sollte durch eine korrekte Berücksichtigung der Hierarchiebeziehungen beseitigt werden.	GKV-SV	wird berücksichtigt
redaktionelle Anmerkung (S. 11 & 12)	Laut GKV-SV sind die Klammerzusätze bei der Nennung der Alters- und Geschlechtsgruppen zu streichen oder zu vervollständigen, es seien also auch die Ziffern 21 und 40 zu nennen.	GKV-SV	wird berücksichtigt
Anlage 4 - Berechnung der prüfrelevanten Zuweisungen vor und nach Prüfung sowie der korrespondierenden Korrekturbeträge für die monetäre Fehlerquote p_M anhand von Beispielen			
inhaltliche Anmerkung	Der GKV-SV hält die beispielhafte Darstellung der Fallkonstellationen vor und nach Prüfung sowie die korrespondierenden Korrekturbeträge für nicht hinreichend ausführlich. Konkret wünscht der GKV-SV eine Darstellung aller relevanten Werte wie z. B. tatsächl. Zuweisungen und Hierarchiewirkungen und plädiert für eine ausführlichere Erörterung der Fallkonstellationen. Zudem wird die Darstellung der Varianten Verlust Risikomerkmals und dadurch Freisaltung einer monetär höherwertigen Zuschlagsgruppe verlangt, was mit einem negativen Korrekturbetrag einherginge.	GKV-SV	wird berücksichtigt
3.2 Berechnung der Konfidenzintervalle für p_F und p_M			
redaktionelle Anmerkung (S. 15)	„Das BVA berechnet mittels der Formeln (8a) und (8b) jeweils ein Konfidenzintervall zur Berücksichtigung des möglichen Fehlers bei der Schätzung der kassenindividuellen Fehlerquoten p_F \hat{p}_F und p_M \hat{p}_M .“	PDK	wird nicht berücksichtigt; p_F und p_M beziehen sich hier auf die geschätzten, kassenindividuellen Fehlerquoten <i>in der Grundgesamtheit</i>
redaktionelle Anmerkung (S. 15)	Die Breite der Konfidenzintervalle sollte jeweils in Prozentwerten mit drei Nachkommastellen angegeben werden, um die exakten Werte abzubilden und somit Auslegungsdifferenzen vorzubeugen.	GKV-SV	wird berücksichtigt

Betrifft	Beschreibung	Vorgetragen von	Erläuterungen
III. Stichprobe nach Stufe 2			
1 Schichtung nach Zuweisungssumme			
methodische Anmerkung (S. 17)	Da es zum Schichtungsverfahren noch keine empirischen Ergebnisse gibt, hält der GKV-SV eine auf der Stufe-1-Stichprobe basierende Umsetzung für erforderlich. Die angefügten Beispiele hält der GKV-SV für ungeeignet, um den Sachverhalt realitätsnah darzustellen. Daher plädiert er für die Verwendung konkreter Beispiele mit tatsächlichen Größen. Das Verfahren muss laut GKV-SV sicherstellen, dass monetäre Fehler in den Teilschichten zuverlässig abgebildet und hochgerechnet werden können.	GKV-SV	wird berücksichtigt
redaktionelle Anmerkung (S. 17)	„Für die Schichtung werden die versichertenbezogenen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben exkl. Krankengeld (Zuw. sLA oKG) herangezogen und die Versicherten der Grundgesamtheit in Abhängigkeit ihrer individuellen Zuweisungssumme aufsteigend sortiert.“	PDK	wird berücksichtigt
redaktionelle Anmerkung (S. 17)	„Andernfalls könnten die im Weiteren für die Formel (8) (10) aufgestellten Nebenbedingungen für N_h bzw. n_h (n_h bezeichnet den Stichprobenumfang in der h-ten Schicht in der Stichprobe) ggf. nicht eingehalten werden (s. Abschnitt III. 3).“	PDK / GKV-SV	wird berücksichtigt
redaktionelle Anmerkung (S. 17)	„Bei einer Verletzung der Schicht-Mindestgröße in den Schichten 3, 4 oder 5 (N_{h3}, N_{h4}, N_{h5}) erfolgt die Zusammenlegung stets mit der angrenzenden, nächst größeren Schicht. Liegen mehrere Schichtverletzungen gleichzeitig vor, beginnt die Zusammenlegung in der Schicht mit dem geringsten Umfang und wird dann ggf. für weitere Schichten, die eine Verletzung der Schicht-Mindestgröße aufweisen, fortgesetzt.“	PDK	wird berücksichtigt
3 Aufteilung des Gesamtstichprobenumfangs auf die Schichten			
redaktionelle Anmerkung (S. 19)	„Diese Versicherten lassen sich anhand der für die Grundgesamtheit gemäß Abschnitt 3.11 III.1 durchgeführten Schichtung jeweils eindeutig einer der fünf Schichten zuordnen.“	PDK	wird berücksichtigt
4 Ergänzungsstichprobe und endgültiger Gesamtstichprobenumfang			
methodische Anmerkung (S. 20)	Bezüglich der Ergänzungsstichprobe weist der GKV-SV darauf hin, dass die gleichen Probleme wie auch bei der Prüfung Versichertenzeiten gelten (z. B. Hochkostenfälle).	GKV-SV	wird berücksichtigt

Betrifft	Beschreibung	Vorgetragen von	Erläuterungen
6 Schwellenwert-Prüfung II			
redaktionelle Anmerkung (S. 21)	Laut Entwurf werde die Schwellenwert-Prüfung II nur hinsichtlich des Prüfkriteriums 2), kassenindividuelle monetäre Fehlerquote, durchgeführt. Die weiteren Ausführungen bezögen sich jedoch sowohl auf die kassenindividuelle fallbezogene Fehlerquote als auch auf die kassenindividuelle monetäre Fehlerquote. Diese Ausführungen sind daher nicht konsistent. Wenn nur das Prüfkriterium 2) berücksichtigt werde, seien die Ausführungen zur fallbezogenen Fehlerquote zu streichen. Sollten jedoch beide Prüfkriterien berücksichtigt werden, so sei der Text ("jedoch nur Prüfkriterium 2") anzupassen.	PDK / GKV-SV	wird berücksichtigt - die Schwellenwert-Prüfung II wird für beide Prüfkriterien durchgeführt
redaktionelle Anmerkung (S. 21 nach der Formel)	86b) (8b')	PDK / GKV-SV	wird berücksichtigt
IV. Hochrechnung und Korrekturbetrag			
2 Berechnung der Teil-Korrekturbeträge nach Zuweisungsbereichen			
A) Teil-Korrekturbetrag für prüfrelevante Zuweisungen			
redaktionelle Anmerkung (S. 24)	"Der Teil-Korrekturbetrag pZW_i ergibt sich aus Multiplikation des hochgerechneten Korrekturvolumens für pZW_i mit dem im Jahresausgleich gültigen Korrekturfaktor für standardisierte Leistungsausgaben (sLA)."	GKV-SV	wird berücksichtigt
B) Teil-Korrekturbetrag für Verwaltungskosten-Zuweisungen			
methodische Anmerkung (S. 25)	Der GKV-SV weist darauf hin, dass bei der Ermittlung des Teilkorrekturbetrages nicht der Zuschlag für "VwK nach sLA" verwendet werden darf, sondern jener ohne Krankengeld zu ermitteln und verwenden sei.	GKV-SV	wird nicht berücksichtigt (s. Erläuterungen).
3 Berechnung des endgültigen Korrekturbetrags			
methodische Anmerkung (S. 25)	Bei der Berechnung der Korrekturbeträge ist laut GKV-SV zu prüfen, inwieweit eine Umstellung auf den relativen Fehler, d. h. das Verhältnis der fehlerhaften Zuweisungen zum Zuweisungsvolumen insgesamt je Schicht eine zielgenauere Ermittlung der Korrekturbeträge ermöglicht.	GKV-SV	wird berücksichtigt
redaktionelle Anmerkung (S. 25)	"Auch die Berechnung des endgültigen Korrekturbetrags ist in Anlage 7 exemplarisch dargestellt."	GKV-SV	wird berücksichtigt
Anlage 7 - Hochrechnung und Korrekturbetrag für die Beispiellasse A			
redaktionelle Anmerkung	In der Anlage 7 sind in Spalte L und M noch Zahlen enthalten, deren Bedeutung nicht nachvollziehbar ist.	GKV-SV	wird berücksichtigt

Betrifft	Beschreibung	Vorgetragen von	Erläuterungen
Anhang 2 - Erläuterungen zur Schwellenwert-Prüfung			
redaktionelle Anmerkung (S. 27)	„Das BVA berechnet mittels Formel (6a) (8a) ein Konfidenzintervall zur Berücksichtigung des möglichen Fehlers bei der Schätzung der kassenindividuellen Fehlerquote.“	PDK	wird berücksichtigt
Sonstiges			
inhaltliche Anmerkung	Der PDK weist darauf hin, dass Positivkorrekturen (als Abweichungen) zurückgemeldet werden, wenn in der Prüfung Änderungen festgestellt werden, die - nach Prüfung - eine (nachträgliche, fiktive) Zuschlagsrelevanz erlangen.	PDK	wird berücksichtigt
redaktionelle Anmerkung	Der GKV-SV schlägt vor, die Anlagen entsprechend der Nummerierung im Dokument zu benennen. Eine Gliederung mit Nummerierung würde die Handhabung in Anlage 3 ebenso erleichtern.	GKV-SV	wird berücksichtigt

1 Zum Abschnitt II: Stichprobe nach Stufe 1

1.1 Qualitätsüberprüfung I

1.1.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV schlägt die Verwendung zusätzlicher Kennzahlen für die Qualitätsüberprüfung der Stichprobenziehung im nächsten Prüfzyklus vor. Dabei sollen vier weitere Kennzahlen heran gezogen werden:

- DDD-Menge bei zuschlagsrelevanten ATC je Versicherten in der Satzart 400,
- Anzahl zuschlagsrelevanter Diagnosen je Versicherten in der Satzart 500,
- Anzahl zuschlagsrelevanter Diagnosen je Versicherten in der Satzart 600,
- Höhe der HMG-Zuweisungen je Versichertenjahr.

1.1.2 Einschätzung/Bewertung

Das BVA gibt zunächst zu bedenken, dass eine Erweiterung der Qualitätsparameter angesichts des vorliegenden Gutachtens, auf dem Anzahl und Auswahl der Parameter beruhen, nicht vorgesehen ist. Es wäre also allenfalls ein Austausch von Qualitätsparametern in Betracht zu ziehen. Das BVA hält die ersten drei zusätzlichen Kennzahlen zur Qualitätsüberprüfung der Stichprobenziehung in dieser Hinsicht für zu spezifisch. Um die Verteilung der Morbidität der Versicherten auf Kassenebene repräsentativ abzubilden, wird das Kriterium „HMG-Risikofaktor im Ausgleichsjahr“ herangezogen, welches umfassender ist, da es indirekt die ersten drei Kriterien berücksichtigt. Das vorgeschlagene Kriterium zur „Höhe der HMG-Zuweisungen je Versichertenjahr“ hält das BVA für sachgerecht, da derzeit die „Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben inklusive DMP- und Verwaltungskosten der Versicherten im Ausgleichsjahr“ herangezogen werden, obwohl die Versichertentage mit DMP-Einschreibung und Verwaltungskosten nicht Teil der Prüfung der Morbiditätsdaten sind.

1.1.3 Ergebnis

Das BVA wird zukünftig die Kennzahl Nummer 6) gegen die Kennzahl „HMG-Zuweisungen der Versicherten im Ausgleichsjahr“ bei der Qualitätsüberprüfung der Stichprobenziehung austauschen.

1.2 Ermittlung der Schwellenwert-Parameter

1.2.1 Anlage 3 – Abweichungen in den §42-Rückmeldesatzarten 110RM, 400R, 500R und 600R

1.2.1.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der PDK weist darauf hin, dass laut Anlage 3 Abweichungen bei der Konstellation Abrechnungsweg 1 bei fehlendem Qualifizierungsmerkmal „G“ zu prüfen und zurück zu melden seien als „unerhebliche Abweichung“. Hierbei handele es sich jedoch um unerhebliche Diagnosen für den RSA. Daher schlägt der PDK vor, Diagnosen ohne Merkmal „G“ im Abrechnungsweg 1 nicht abzuprüfen und somit aus der Satzart 600S zu entfernen. Der PDK geht ferner davon aus, dass Unterpunkt 8 in Anlage 3 greift, auch wenn neben einer Änderung des Qualifizierungsmerkmals eine Änderung im Abrechnungsweg festgestellt wird und Unterpunkt 8 vor Unterpunkt 10 zu prüfen ist. Des Weiteren bittet der PDK um Klarstellung, ob sich für eine unerhebliche Abweichung „nach Prüfung“ zusätzlich zum Abrechnungsweg das Qualifizierungsmerkmal ändern muss. Zudem weist der PDK darauf hin, dass die Angabe zum Fallzähler nicht prüfrelevant ist.

Der GKV-SV merkt an, dass Abweichungen der Arzneimittelverordnungen bei erfolgter Retaxierung im Rahmen der Abrechnungsprüfung nicht als Fehler zu werten sind, wenn eine Krankenkasse weniger Einheiten gemeldet hat, als auf der Verordnung ausgewiesen sind. Der GKV-SV wünscht zudem eine Klarstellung, ob Abweichungen im Feld „Lokalisation“ der Satzarten 500 und 600 als „unerhebliche Abweichungen“ zu werten sind.

1.2.1.2 Einschätzung/Bewertung

Hinsichtlich der in Unterpunkt 8 der Anlage 3 unter Punkt 2.B) genannten Diagnosen besteht inzwischen Einvernehmen, dass diese zukünftig nicht mehr durch die Prüfdienste geprüft werden sollen. Hier gilt es zu ergänzen, dass dies nicht nur für die vom Prüfdienst genannten Diagnosen (aus dem Abrechnungsweg 1 stammend und nicht mit dem Kennzeichen „G“ für „gesichert“ versehen) gilt, sondern diese Regel auch gleichermaßen für die Diagnosen aus dem Abrechnungsweg 3 zutrifft sowie zusätzlich für aus dem Abrechnungsweg 2 stammende Diagnosen, wenn diese nicht mit dem Kennzeichen „G“ oder „0“ versehen sind. Grund ist, dass diese Diagnosen sämtlich nicht RSA-berücksichtigungsfähig sind und daher von vornherein keine Auswirkungen im RSA-Klassifikationsmodell haben können. Bei der Erstellung der Stichprobensatzart 600S wird das BVA daher zukünftig die Diagnosedaten dementsprechend selektieren.

Damit geht einher, dass der fragliche Unterpunkt 8 in Anlage 3, Punkt 2.B) ab dem Prüfzyklus des Ausgleichsjahrs 2012 obsolet werden wird. Für den ersten Prüfzyklus des Ausgleichsjahrs 2010 hingegen ist es unerlässlich, die entsprechenden Datensätze in der o.g., erweiterten Definition in die Aufzählung der unerheblichen Abweichungen aufzunehmen.

Der PDK fordert darüber hinaus eine weitere Spezifizierung der Bedingungen zur Feststellung unerheblicher Abweichungen in der Satzart 600, da hier die Wechselbeziehung zwischen dem Merkmal „Abrechnungsweg“ und dem Merkmal „Qualifizierungsmerkmal“ zu berücksichtigen ist und somit unterschiedliche Konstellationen der Merkmale zu unterschiedlichen Arten von Fehlern führen können. Das BVA ist sich dieses Zusammenhangs bewusst und hat die Spezifizierungen in Anlage 3 bereits unter diesem Gesichtspunkt getroffen. Gleichwohl erscheint an dieser Stelle eine Klarstellung geboten, um möglichen Missverständnissen bzw. Auslegungsschwierigkeiten vorzubeugen.

Das BVA teilt die Einschätzung des GKV-SV, dass die Feststellung niedrigerer Packungseinheiten bzw. Verordnungsmengen in der Satzart 400, beispielsweise als Folge einer Retaxierung, im Rahmen der Prüfung nicht als Fehler zu werten ist. Nach Auffassung des BVA fällt dieser Sachverhalt unter die Definition sog. „positiver Abweichungen“, die laut Anlage 3 Punkt 2A, grundsätzlich von den Prüfdiensten nicht ans BVA zurückzumelden sind. Bislang wird dies in Anlage 3 an einem Beispiel illustriert, das sich auf „Versichertentage“ bezieht. Dieses Beispiel wird nunmehr der besseren Verdeutlichung halber durch das vom GKV-SV thematisierte „Retaxierungs-Beispiel“ ersetzt. Um gleichwohl sicherzustellen, dass eine „positive Abweichung“ grundsätzlich auch dann nicht als „relevanter Fehler“ gewertet wird, wenn sie von den Prüfdiensten entgegen der Vorgabe in Anlage 3 in Einzelfällen ans BVA gemeldet wird (vgl. die Anmerkung der Prüfdienste unter Punkt „Sonstiges“ in der Synopse), wird ein diesbezüglich klarstellender Satz in die Bestimmung selbst eingefügt.

Hinsichtlich des vom GVK-SV vorgebrachten Einwandes, dass die Variable "Lokalisation" aus der Satzart 500 und 600 nicht bei den "unerheblichen Abweichungen" in der Anlage 3 berücksichtigt wird, ist darauf hinzuweisen, dass diese Variable gar nicht erst in den Stichproben-Satzarten enthalten ist und von den Prüfdiensten somit nicht geprüft werden kann. Daher erübrigt sich eine Berücksichtigung dieses Punktes in der Anlage 3.

1.2.1.3 Ergebnis

Unter Punkt 2.A) wird ein neues Beispiel für den Fall sog. „positiver Abweichungen“ aufgeführt. Zum Umgang mit „positiven Abweichung“ wurde ein zusätzlicher klarstellender Satz in das Bestimmungsdokument selbst aufgenommen (s. Abschnitt 3.1.1).

Das BVA hat in den Ausführungen zu Punkt 2.B) Sonderfall „unerhebliche Abweichungen“ der Anlage 3 die vom Prüfdienst erwünschten Klarstellungen zu Unterpunkt 8 vorgenommen und zusätzlich die Definition der Datensätze dahingehend geändert, dass jetzt auch die Abrechnungswege 2 und 3 mit erfasst werden. Das BVA beabsichtigt darüber hinaus, zukünftig bereits die Selektion der Satzart 600S so vorzunehmen, dass die gesonderte Berücksichtigung der fraglichen Diagnosen in der Zukunft entfallen kann.

Weiterhin wurde zum Unterpunkt 10 ein Zusatz eingefügt, der klarstellen soll, dass bei der Abgrenzung „relevanter“ von „unerheblichen“ Abweichungen hinsichtlich des Merkmals „Abrechnungsweg“ die Wechselbeziehung zwischen den Merkmalen Abrechnungsweg und Qualifizierungsmerkmal zu berücksichtigen ist.

Darüber hinaus hat das BVA im Zuge der Überarbeitung von Anlage 3 aufgrund der vorgebrachten Anmerkungen festgestellt, dass eine weitere Klarstellung bezüglich unerheblicher Abweichungen bezogen auf Unterpunkt 4 (abweichende Datumsangaben) sinnvoll ist: Durch eine entsprechende Ergänzung kann der letztlich redundante Unterpunkt 7 entfallen. Durch den Zusatz wird klargestellt, dass Änderungen im Entlassungsmonat der Satzart 500 unerheblich sind, solange das Berichtsjahr erhalten bleibt (gilt nur bis einschließlich Ausgleichsjahr 2011).

1.2.2 Berechnung der kassenindividuellen monetären Fehlerquote

1.2.2.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV hält die Ermittlung des Korrekturbetrages über eine sogenannte Differenzgruppierung grundsätzlich für sachgerecht. Er plädiert jedoch für eine Berücksichtigung der Hierarchiebeziehungen bei der Berechnung der Zuweisungen „vor Prüfung“ und „nach Prüfung“. Dies bedeute, die Differenzgruppierung in Anlehnung an das geltende Klassifikationsmodell durchzuführen, d.h. bei Berechnung der Zuweisungen „vor Prüfung“ und „nach Prüfung“ die geltenden Hierarchisierungsregeln anzuwenden. Im Ergebnis würde die Differenz dieser Werte den Korrekturbetrag zutreffend darstellen, wohingegen die vorgeschlagene Systematik den Korrekturbetrag laut GKV-SV ggf. überschätze.

1.2.2.2 Einschätzung/Bewertung

Im Folgenden wird auf die zwei vorgetragenen Anmerkungen vom GKV-SV separat für die Hierarchisierung der Risikogruppen bei der Differenzgruppierung und die Ermittlung des Korrekturbetrages eingegangen.

1.2.2.2.1.1 Hierarchisierung der Risikogruppen in der Differenzgruppierung

Hinsichtlich der Berücksichtigung von Hierarchisierungsregeln sind zwei Aspekte sachlich voneinander zu trennen: Die Hierarchisierung *innerhalb* der Hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) einerseits und die Hierarchisierung *zwischen* den Risikogruppen (s. hierzu Abbildung 1 auf Seite 11 des Bestimmungsentwurfs) andererseits. Bei der Ermittlung der HMG-Zuordnung und darauf basierend der HMG-Zuweisungen folgt das BVA schon jetzt der vom GKV-SV vorgeschlagenen Vorgehensweise, was bedeutet, dass die Hierarchisierung innerhalb der HMGs wie im Regelverfahren umgesetzt wird. Dies beinhaltet folglich die Zuordnung zur höchsten HMG aufgrund der vorliegenden Morbiditätsinformationen, so dass ein Stichprobenversicherter bei Wegfall einer HMG aufgrund der geprüften Morbiditätsinformationen auch entsprechend der für das betreffende Ausgleichsjahr geltenden Hierarchisierung auf eine andere, hierarchisch untergeordnete HMG zurückfallen kann.

Was die Hierarchisierung zwischen den Risikogruppen anbetrifft, so ist die Feststellung korrekt, dass der bisherige Bestimmungsentwurf bei der Berechnung der prüfrelevanten Zuweisungen „vor Prüfung“ und „nach Prüfung“ von einer strikten Anwendung der Hierarchisierungsregeln abweicht. Demnach werden die Stichprobenversicherten in der Differenzgruppierung zunächst allen Risikogruppen zugeordnet, deren Zuordnungskriterien sie erfüllen, unabhängig von etwaigen Hierarchiebeziehungen der Risikogruppen untereinander. Hiermit sollte bezweckt werden, dass grundsätzlich alle potenziell zuschlagsrelevanten und prüfgegenständlichen Risikozuordnungen in die Berechnung des Korrekturbetrages einfließen, also auch solche, die im Regelverfahren aufgrund ihrer nachrangigen Hierarchiestellung nicht zum Tragen gekommen sind (bspw. eine HMG-Zuordnung bei gleichzeitigem Vorliegen einer KEG-Zuordnung). Dem GKV-SV ist jedoch dahingehend zuzustimmen, dass sich diese Vorgehensweise vom geltenden Klassifikationsmodell und damit von den tatsächlich ausgezahlten Zuweisungen entfernt, was – zumindest in Ausnahmefällen – auch Auswirkungen auf die Höhe des Korrekturbetrags haben kann (s. nächster Abschnitt). Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, dem Vorschlag des GKV-SV folgend auf eine Berücksichtigung der nur *potenziell zuschlagsrelevanten* Hierarchiebeziehungen, also derjenigen, die im Regelverfahren nicht zum Tragen gekommen sind, zu verzichten.

1.2.2.2.1.2 Ermittlung des Korrekturbetrages

Das BVA hält mithin auch die vom GKV-SV vorgeschlagene, leicht adaptierte Vorgehensweise bei der Berechnung der Korrekturbeträge weitgehend für sachgerecht. Im bisherigen Entwurf ist bei dem Wegfall einer dominanten Risikogruppe (AusAGG/KEG) auf Grundlage der geprüften Morbiditätsdaten – wie oben dargestellt – vorgesehen, dass auch

die nachrangigen Risikogruppenzuordnungen bzw. Zuweisungskomponenten den Korrekturbetrag bzw. die Höhe der monetären Fehlerquote mit bestimmen. Sofern die nachrangige Risikogruppenzuordnung durch die Prüfung bestätigt wird, führt dies nach bislang vorgesehenem Vorgehen im Ergebnis zu einer Senkung der monetären Fehlerquote. Wird die nachrangige Risikogruppen-Zuordnung hingegen ebenfalls nicht bestätigt, erhöht dies die Fehlerquote bzw. den Korrekturbetrag. Dies könnte in Einzelfällen dazu führen, dass der Korrekturbetrag überschätzt wird in dem Sinne, dass Korrekturbeträge entstehen könnten, denen ursprünglich keine Zuweisungen gegenüber standen. Diese Besonderheit kann ausschließlich bei Stichprobenversicherten mit falscher Zuordnung zu einer KEG oder AusAGG, d.h. bei einem festgestellten Fehler in einer „dominanten Risikogruppe“, auftreten und auch nur dann, wenn tatsächlich eine Zuordnung zu einer untergeordneten Risikogruppe nicht nur vorliegt, sondern diese „nach Prüfung“ ebenfalls wegfällt, d.h. im Rahmen der Prüfung nicht durch die Krankenkasse belegt werden konnte. Es dürfte sich hierbei um eine seltene Ausnahme handeln. Gleichwohl sollte dieser Extremfall ausgeschlossen, d.h. grundsätzlich vermieden werden, dass Zuweisungen als fehlerhaft gewertet werden (können), die im zahlungswirksamen Regelverfahren nie realisiert wurden.

Aus diesem Grund hält es das BVA für geboten, im Falle einer fehlerhaften AusAGG- oder KEG-Zuordnung den Rückfall auf andere, potenziell zuschlagsrelevante Risikogruppen zu unterbinden. Im Falle einer falschen KEG-Zuordnung wird die Bestimmung daher dahingehend geändert, dass keine „Freischaltung“ einer nur potenziell zuschlagsrelevanten HMG-Zuordnung entsprechend des Gruppierungsalgorithmus mehr möglich ist. Somit kann in diesem Fall nur noch eine zusätzliche, mögliche EMG-Zuordnung bestehen bleiben. Versicherte mit falscher AusAGG-Zuordnung fallen dann ausschließlich auf eine AGG zurück. Somit stellt die monetäre Differenz zur AGG in diesen Fällen den Korrekturbetrag dar.

1.2.2.3 Ergebnis

Das BVA wird die Bestimmung dahingehend ändern, dass bei der fehlerhaften Zuordnung eines Stichprobenversicherten zur einer AusAGG oder KEG keine „Freischaltung“ einer nachgeordneten, potenziell zuschlagsrelevanten Risikogruppe entsprechend des geltenden Gruppierungsalgorithmus möglich ist.

1.2.3 Anlage 4 - Berechnung der prüfrelevanten Zuweisungen vor und nach Prüfung sowie der korrespondierenden Korrekturbeträge für die monetäre Fehlerquote anhand von Beispielen

1.2.3.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV hält die in Anlage 4 ausgeführten Beispiele zur Berechnung der prüfrelevanten Zuweisungen vor und nach Prüfung sowie die korrespondierenden Korrekturbeträge für die monetäre Fehlerquote für nicht hinreichend ausführlich und nachvollziehbar. Gewünscht wird eine Darstellung, in der alle relevanten Werte für die Krankenkassen aufgeführt sind (z. B. tatsächliche Zuweisungen, Hierarchiewirkung bei Aberkennung einer HMG und dadurch Auslösung einer anderen HMG). Jede Variante sollte ausführlich erörtert werden, auch Fälle mit negativem Korrekturbetrag.

1.2.3.2 Einschätzung/Bewertung

Das BVA kann nachvollziehen, dass die beispielhafte Darstellung der Fallkonstellationen in Anlage 4 schwierig erscheint, insbesondere da sich auch geringfügig konzeptionelle Abweichungen gegenüber der regulären Gruppierung und Berechnung der Zuweisungen ergeben. Die Anlage wird durch eine Spalte ergänzt, die zusammenfassend die Risikogruppenzuordnung des jeweiligen Fallbeispiels auflistet. Ausführlichere Erläuterungen zu den einzelnen Fallbeispielen werden unterhalb der Tabelle hinzugefügt. Zudem wird eine Spalte mit der Grundpauschale aufgenommen, sodass die tatsächlichen Zuweisungen (für standardisierte Leistungsausgaben) ebenfalls in einer weiteren Spalte dargestellt werden können. Die versichertenindividuelle monetäre Fehlerquote für jeden Fall ist, wie bereits in der Anhörungsversion, ebenfalls in der Anlage mit aufgeführt.

1.2.3.3 Ergebnis

Um die Inhalte von Anlage 4 verständlicher zu präsentieren, werden die zuvor genannten Erläuterungen und zusätzliche Kennzahlen (Grundpauschale, tatsächliche Zuweisungen) für jedes Fallbeispiel in die Anlage mit aufgenommen. Die fiktiven Zahlen zu den Zu- und Abschlägen der Risikogruppen werden durch reale Zahlen ausgetauscht.

2 Zum Abschnitt III: Stichprobe nach Stufe 2

2.1 Schichtung nach Zuweisungssumme

2.1.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV führt aus, dass es sich bei der Umsetzung der Vorgehensweise zur Schichtung nach Zuweisungssumme um gutachterliche Vorgaben handelt, für die es bisher noch keine empirischen Ergebnisse gibt. Umso wichtiger sei eine auf der Stufe-1-Stichprobe basierende Umsetzung und Bewertung des vorgeschlagenen Vorgehens. Die angeführten, fiktiven Beispiele seien ungeeignet, um den Sachverhalt realitätsnah abzubilden. Die Aufteilung der Schichten müsse für die Krankenkassen methodisch nachvollziehbar sein.

2.1.2 Einschätzung/Bewertung

Das BVA hat aufgrund datenschutzrechtlicher Erwägungen drei Tabellen mit fiktiven Zahlen zur Schichtung entsprechend der gutachterlichen Empfehlungen in den Anhörungsentwurf aufgenommen. Auf Anregung des GKV-SV wird nunmehr eines der fiktiven Beispiele durch ein reales Beispiel ausgetauscht, die auf den Werten des ersten Prüfzyklus‘ (Ausgleichsjahr 2010) basieren. Weil weitere Schichtverletzungen in diesem, bislang einzig vorliegenden Prüfzyklus nicht aufgetreten sind, können die übrigen Konstellationen nicht auf diese Weise dargestellt werden, da für diese keine empirischen Werte zur Verfügung stehen.

2.1.3 Ergebnis

Das BVA hat eins der drei Beispiele zur Schichtverletzung durch reale Zahlen ausgetauscht, die zwei übrigen, fiktiven Beispiele jedoch für Illustrationszwecke beibehalten. Auf Anfrage stellt das BVA dem GKV-SV die vorläufigen und endgültigen Schichtungsergebnisse des ersten Prüfzyklus‘ für sämtliche Krankenkassen zur Verfügung. Hierfür bedarf es aus Sicht des BVA jedoch zunächst einer datenschutzrechtlichen Genehmigung seitens seiner Mitgliedskassen.

2.2 Ergänzungsstichprobe und endgültiger Gesamtstichprobenumfang

2.2.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV verweist auf seine Ausführungen in der Stellungnahme vom 02. Oktober 2015 zum Entwurf der Bestimmung des BVA nach § 42 Abs. 2. Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV

zum Bereich der Versichertenzeiten, worin insbesondere die Problematik von Hochkostenfällen beschrieben ist, welche auch im Bereich der Prüfung der Morbiditätsdaten gelte. In der genannten Stellungnahme vertritt der GKV-SV die Meinung, dass eine Überprüfung der tatsächlichen Fehlerhäufigkeit einer Krankenkasse aufgrund der geringen Fallzahl bei Hochkostenfällen nicht möglich sei und fehlerhaft ermittelte Hochkostenfälle im Hochrechnungsverfahren zum einem extrem hohen Korrekturbetrag führen könnten.

2.2.2 Einschätzung/Bewertung

Das BVA verweist auf Abschnitt 2.1 zur Ergänzungsstichprobe i.V.m. Abschnitt 1.2.2 der Erläuterung zur Bestimmung vom 05. November 2015.

Zusammengefasst hatte das BVA in einer ausführlichen, empirisch fundierten Analyse damals festgehalten, dass die Methodik der Ergänzungsstichprobe sicherstelle, dass Hochkostenfälle adäquat abgebildet werden und dass die Befürchtung, es könne wegen einzelner Hochkostenfälle zu einer groben Überschätzung des Korrekturbetrages kommen, nicht besteht bzw. aus empirischer Sicht nicht nachweisbar ist.

2.2.3 Ergebnis

Es erfolgen keine methodischen Änderungen gegenüber dem Bestimmungsentwurf.

3 Zum Abschnitt IV: Hochrechnung und Korrekturbetrag

3.1 Teil-Korrekturbetrag für Verwaltungskosten-Zuweisungen

3.1.1 Anmerkungen/Vorschläge

Der GKV-SV wendet ein, dass bei der Ermittlung des Teilkorrekturbetrages für die Verwaltungskostenzuweisungen nicht der Zuschlag für "VwK nach sLA" verwendet werden dürfe. Vielmehr sei hierfür der Zuschlag "VwK nach sLA ohne Krankengeld" zu ermitteln und im Hochrechnungsverfahren zu verwenden.

3.1.2 Einschätzung/Bewertung

Das BVA teilt in diesem Punkt die Einschätzung des GKV-SV nicht. Aus Sicht des BVA gibt es keinen sachlichen Grund, bei der Hochrechnung vom regulär im korrigierten Jahresausgleich verwendeten Korrekturfaktor abzuweichen. Ein Zuschlag "VwK nach sLA ohne Krankengeld" würde im Übrigen höher ausfallen als der aktuell verwendete Zuschlag "VwK nach sLA". Denn Letzterer ergibt sich rechnerisch, indem der auf den Bereich sLA anfallende Anteil der Verwaltungskosten (50% der Gesamt-Verwaltungskosten) durch den Wert für sLA ohne Krankengeld geteilt wird. Rechnet man, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, nunmehr den Anteil für Krankengeld aus den sLA heraus, muss der Zuschlag folglich steigen. Mithin würde die vom GKV-SV vorgeschlagene Vorgehensweise auch zu einer Erhöhung des Teilkorrekturbetrages für die Verwaltungskostenzuweisungen führen.

3.1.3 Ergebnis

Es erfolgen keine methodischen Änderungen gegenüber dem Bestimmungsentwurf.

3.2 Berechnung des endgültigen Korrekturbetrags

3.2.1 Anmerkungen/Vorschläge

Aus Sicht des GKV-SV ist bei der Berechnung der Korrekturbeträge zu prüfen, inwieweit eine Umstellung auf den relativen Fehler möglich ist. Das Verhältnis der fehlerhaften Zuweisungen zum Zuweisungsvolumen insgesamt je Schicht ermögliche eine zielgenauere Ermittlung der Korrekturbeträge.

3.2.2 Einschätzung/Bewertung

Das BVA hat diese Erwägung bereits im Vorfeld überprüft und entsprechende Berechnungen durchgeführt. Dabei konnte es keinerlei Überlegenheit der vom GKV-SV vorgeschlagenen Vorgehensweise gegenüber der gegenwärtig umgesetzten Vorgehensweise erkennen. Da es sich bei der gegenwärtigen Variante um die vom Gutachter vorgeschlagene Berechnungsweise handelt, sieht das BVA keine Veranlassung, hiervon abzuweichen.

Zu Illustrationszwecken wurde die vom GKV-SV vorgeschlagene Berechnungsweise als „alternative“ Fassung der Anlage 7 diesen Erläuterungen als Anhang 1 angehängt. Die Berechnung, welche zu einem nahezu identischen Ergebnis kommt wie die „originale“ Anlage 7, basiert auf den Ergebnissen für die bereits in den Anlagen 6 und 7 dargestellte Testkasse A. Die Darstellung beschränkt sich auf die Ermittlung des Teilkorrekturbetrags für die prüfrelevanten Zuweisungen, da der vom GKV-SV eingebrachte Vorschlag auf die restlichen Berechnungsschritte keine Auswirkungen hätte.

3.2.3 Ergebnis

Es erfolgen keine methodischen Änderungen gegenüber dem Bestimmungsentwurf.

4 Anhang 1: endgültiger Korrekturbetrag - „alternative“ Fassung der Anlage 7

Hochrechnung und Korrekturbetrag für die Beispielkasse A (Alternativ: hier nur Berechnung des Teilkorrekturbetrags pZW)							
IK: 123123							
Kasse: A							
Datengrundlage: (Korr.) Jahresausgleich 2010							
Teil-Korrekturbetrag für prüfrelevante Zuweisungen (pZW): 23.954.095,99 €							
Kasse	Schicht	Grundgesamtheit		Stichprobe		Ergebnisse für Stichprobe	Hochrechnung auf Grundgesamtheit
		N	Zuweisungen Pruef_rel (pZW)	n	Zuweisungen Pruef_rel (pZW)	Korrekturvolumen Für pZW	hochger. Korrekturvolumen für pZW
123123	1	65.429	32.344.905,81 €	159	76.205,46 €	3.201,20 €	1.358.728,84 €
	2	274.775	411.823.747,13 €	1.020	1.547.716,64 €	52.206,48 €	13.891.347,66 €
	3	71.137	325.298.074,74 €	477	2.141.871,19 €	44.337,10 €	6.733.726,46 €
	4	24.810	224.378.014,13 €	63	583.806,06 €	4.340,93 €	1.668.379,19 €
	5	7.096	164.822.028,45 €	12	222.703,82 €	426,50 €	315.651,04 €
	aggr.	443.247	1.158.666.770,26 €	1.731	4.572.303,17 €	104.512,22 €	23.967.833,19 €
A) Korrekturvolumen der prüfrelevanten Zuweisungen (
Aggr. Korrekturvolumen für Zuw.		23.967.833,19 €		JA-Korrekturfaktor sLA		Teil-Korrekturbetrag pZW	
				0,999426848		23.954.095,99 €	