



Bundesausschuss
für Soziale Sicherung

Bestimmung

des Bundesamtes für Soziale Sicherung

zum Verfahren nach § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV

**für die Ermittlung eines Korrekturbetrages
nach § 273 Abs. 6 Satz 1 SGB V i. V. m.**

§ 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV

in der Fassung vom 07.08.2020

Inhalt

Inhalt	2
1. Vorbemerkung	3
2. Einführung	4
3. Berechnung der adjustierten HMG-Versichertentage.....	4
3.1 Ermittlung der letzten rechtskonformen Vorjahresmeldung	5
3.2 Prospektive Neugruppierung und Bildung der HMG-Versichertentage (neu) je Versicherten	5
3.3 Ermittlung der vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage	6
3.3.1 Ermittlung der AGG-Versichertentage und der HMG-Versichertentage (neu) je AGG	6
3.3.2 Berechnung der HMG-Prävalenz (neu) je AGG.....	6
3.3.3 Berechnung der vorläufigen adjustierten HMG-Versichertentage	6
3.4 Berücksichtigung der GKV-weiten Prävalenz-Veränderungsraten	7
4. Weiterführende Bestimmungen: Beschränkung auf ausgewählte HMG-Bereiche	7

1. Vorbemerkung

Nach § 273 SGB V prüft das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Rechtmäßigkeit der Datenmeldungen nach § 267 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Gegenstand dieser Prüfung ist insbesondere die Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen.

Das BAS kann bei den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen Einzelfallprüfungen durchführen. Diese können nach § 273 Abs. 2, 3 SGB V durch eine festgestellte Auffälligkeit oder durch einen Verdacht im Sinne des § 273 Abs. 5 Satz 1 SGB V veranlasst sein.

Sofern bei einer Krankenkasse als Ergebnis einer Einzelfallprüfung ein Rechtsverstoß festgestellt wird, ermittelt das BAS nach § 273 Abs. 6 Satz 1 SGB V i. V. m. § 21 RSAV einen Korrekturbetrag, der eine Minderung der Zuweisungen nach § 266 Abs. 3 SGB V für die betroffene Krankenkasse bewirkt.

Die Ermittlung des Korrekturbetrages erfolgt auf Grundlage von § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV oder § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV. Das BAS ermittelt den Korrekturbetrag nach Nr. 1, indem es innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens zur Korrekturbetragsermittlung feststellt, welche Daten rechtswidrig übermittelt wurden. Kann eine Feststellung nach Nr. 1 nicht erfolgen, schätzt das BAS nach Nr. 2 den Umfang der rechtswidrig übermittelten Daten durch Vergleich der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die bislang kein Korrekturbetrag auf Grundlage dieser Vorschrift oder des § 39a RSAV in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung ermittelt wurde, mit der rechtswidrigen Datenmeldung. Die Schätzung kann gemäß § 21 Abs. 2 Satz 2 RSAV auf einzelne Risikogruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 RSAV beschränkt werden. Das BAS berücksichtigt gemäß § 21 Abs. 2 Satz 4 RSAV bei der Schätzung die durchschnittliche Entwicklung der prüfgegenständlichen Daten bei allen am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen. Zum ermittelten Korrekturbetrag wird gemäß § 21 Abs. 2 Satz 5 RSAV ein Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent addiert. Das Nähere zum Schätzverfahren nach § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV bestimmt das BAS gemäß § 21 Abs. 3 Satz 2 RSAV im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

2. Einführung

Im Folgenden werden die allgemeinen Vorgaben zur Ermittlung des Korrekturbetrages nach dieser Vorschrift kurz zusammengefasst.

§ 21 Abs. 1:

Nach § 21 Abs. 1 RSAV prüft das BAS nach § 273 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Datenmeldungen gemäß § 7 Abs. 4 Satz 2 RSAV (Korrekturmeldung).

§ 21 Abs. 2:

Die Ermittlung des Korrekturbetrages erfolgt auf Grundlage der Feststellung, welche Daten rechtswidrig übermittelt wurden (Satz 1 Nr. 1), sofern diese Feststellung innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens zur Ermittlung des Korrekturbetrages getroffen werden kann. Andernfalls wird der Umfang der rechtswidrig gemeldeten Daten durch Vergleich mit der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die bislang kein Korrekturbetrag ermittelt wurde, geschätzt (Satz 1 Nr. 2). Anschließend wird in beiden Fällen ein Korrekturbetrag ermittelt. Für die Ermittlung des Korrekturbetrages ist die betroffene Krankenkasse verpflichtet, Auskünfte und Nachweise auf Verlangen des BAS vorzulegen.

§ 21 Abs. 3:

Nach § 21 Abs. 3 RSAV fließen die Einnahmen, die sich aus dem Korrekturbetrag zuzüglich dem Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent (§ 21 Abs. 2 Satz 5 RSAV) zusammensetzen, dem Gesundheitsfonds zu. Diese werden bei der Ermittlung des Zuweisungsbetrages für alle Krankenkassen im nächsten Jahresausgleich nach § 18 Abs. 2 RSAV berücksichtigt, indem sie zu dem Wert nach § 17 Abs. 2 RSAV hinzugerechnet werden.

3. Berechnung der adjustierten HMG-Versichertentage

Die Ermittlung der adjustierten HMG-Versichertentage (HMG = Hierarchisierte Morbiditätsgruppe), die zur Berechnung des Differenzbetrages weiter verwendet werden können, erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst wird ausgehend von der geprüften Datenmeldung die letzte rechtskonforme, korrigierte 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, um die vorläufigen, adjustierten HMG-Versichertentage zu berechnen. 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. § 21 RSAV rechtskonformen, korrigierten 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. 6 SGB V bzw. § 273 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. Abs. 5 Satz 1 SGB V in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung durch das BAS erlassen wurde.

Gemäß § 21 Abs. 1 RSAV wird für die Prüfung als Basismeldung die korrigierte Datenmeldung aus dem zurückliegenden Jahr verwendet. Zwischen Basismeldung und geprüfter Datenmeldung liegt somit mindestens ein Kalenderjahr.

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 BAS für das jeweilige Ausgleichsjahr, auf das sich die geprüfte Datenmeldung bezieht (Berichtsjahr t_1+1).

Die Neugruppierung beschränkt sich auf die Zuordnung der Versicherten zu den 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).

Da es sich bei der geprüften Datenmeldung um eine Korrekturmeldung handelt, 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. Dafür wird die Satzart 110 verwendet. Durch Übertragung der in der jeweiligen Stammdatendatei gemeldeten Versicherungentage auf die den Versicherten zugeordneten HMGs ergeben sich die HMG-Versicherungentage (neu) je Versicherten.

Die Zuordnung zu den Auslandsversicherten- und Kostenerstattergruppen erfolgt anhand der in der Satzart 110 gemeldeten Auslandsversicherungentage bzw. Versicherungentage mit Kostenerstattung im Basisjahr. Für Versicherte, die einer Auslandsversicherten- oder Kostenerstattergruppe zugeordnet sind, werden die HMG-Versicherungentage (neu) auf null gesetzt.

3.3 Ermittlung der vorläufigen adjustierten HMG-Versicherungentage

3.3.1 Ermittlung der AGG-Versicherungentage und der HMG-Versicherungentage (neu) je

AGG

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

Die Zuordnung zu den AGGs erfolgt bei der Korrekturmeldung über das Alter der Versicherten im zum Basisjahr gehörenden Ausgleichsjahr (Basisjahr $t_0 + 1$), das sich aus dem in der Satzart 110 gemeldeten Geburtsjahr ergibt.

Die Gesamt-Versicherungentage je AGG ergeben sich durch Aufsummierung der Versicherungentage aller Versicherten in der jeweiligen AGG. Die HMG-Versicherungentage (neu) je AGG ergeben sich durch Aufsummierung der HMG-Versicherungentage (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-Versicherungentagen (neu) je AGG und den Gesamt-Versicherungentagen 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-Versicherungentage

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 Beschränkungen auf einzelne HMGs gemäß § 21 Abs. 2 Satz 2 RSAV (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: Beschränkung auf ausgewählte HMG-Bereiche

Sofern im Zuge der Feststellungen nach § 273 Abs. 6 Satz 1 SGB V der Umfang des Verstoßes hinreichend eingrenzbar ist, kann das BAS die Berechnung der adjustierten Zuweisungen auf einzelne HMGs beschränken (§ 21 Abs. 2 Satz 2 RSAV). Die Gegenüberstellung der tatsächlichen und der adjustierten HMG-Zuweisungen erfolgt dann nur für eine Auswahl von HMGs. Die Entscheidung darüber, ob eine derartige Beschränkung vorgenommen werden kann, ist nach Lage des jeweiligen Einzelfalls zu treffen.