



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 04.10.2016**

**zum Entwurf der Bestimmung
des Bundesversicherungsamtes
nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Entwurf der Bestimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV	3
Zu II. Stichprobe nach Stufe 1	3
1. Stichprobenformel	3
2. Qualitätsüberprüfung	3
3. Schwellenwert-Prüfung I.....	4
Zu III. Stichprobe nach Stufe 2	5
1. Schichtung nach Zuweisungssumme	5
Zu IV. Hochrechnung und Korrekturbetrag	6
III. Redaktionelle Anmerkungen	6

I. Vorbemerkung

Gemäß § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV legt das Bundesversicherungsamt (BVA) für die Prüfung der Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich im Bereich der Morbiditätsdaten die Ausgestaltung des Stichproben- und Hochrechnungsverfahrens fest. Vor Festlegung der Bestimmung sind der GKV-Spitzenverband und die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen (Prüfdienste des Bundes und der Länder) anzuhören.

Mit Schreiben vom 07. September 2016 hat das BVA dem GKV-Spitzenverband den Entwurf der Bestimmung nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV übermittelt und um eine Stellungnahme bis zum 05. Oktober 2016 gebeten.

Zum vorliegenden Entwurf der Bestimmung nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV nimmt der GKV-Spitzenverband im Folgenden Stellung.

II. Stellungnahme zum Entwurf der Bestimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV

Zu II. Stichprobe nach Stufe 1

1. Stichprobenformel

Das BVA plant für alle weiteren Prüfungen die GKV-durchschnittliche in der Stufe 1-Stichprobe ermittelte Fehlerquote aus dem vorangegangenen Prüfzyklus zu Grunde zu legen, solange diese mindestens 1% beträgt. Sinkt sie unter 1%, wird die Fehlerquote (pF) für den nächsten Prüfzyklus auf 0,01 festgesetzt. Der GKV-Spitzenverband hält diese Vorgehensweise für sachgerecht, da damit ein unverhältnismäßiger Anstieg der Stichprobenfälle vermieden wird.

2. Qualitätsüberprüfung

Zur Qualitätsüberprüfung der Stichprobenziehung soll für jede einzelne Krankenkasse die Verteilung spezifischer Merkmale in Grundgesamtheit und Stichprobe miteinander verglichen werden. Die Stichprobenziehung wird für die einzelne Krankenkasse solange wiederholt, bis die für die

Grundgesamtheit errechneten Mittelwerte für sämtliche Kennzahlen innerhalb eines kassenindividuellen Toleranzbereiches liegen.

Das Bundesversicherungsamt hat zehn Kennzahlen für die Qualitätsprüfung nach inhaltlichen Kriterien ausgewählt. Die Kennzahlen sollen die zu prüfenden Merkmale direkt widerspiegeln oder mit diesen in engem inhaltlichem Zusammenhang stehen. Der GKV-Spitzenverband schlägt für den nächsten Prüfzyklus vor, auch die Verwendung der folgenden Kennzahlen zu prüfen:

- 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.

3. Schwellenwert-Prüfung I

3.1.1 Ermittlung der kassenindividuellen fallbezogenen Fehlerquote p_F

Anlage 3:

Unerhebliche Abweichungen:

Abweichungen der Arzneimittel-Verordnungsmengen (Anzahl Einheiten) bei erfolgter Retaxierung im Rahmen der Abrechnungsprüfung sind nicht als Fehler zu werten, wenn die Krankenkasse weniger Einheiten in der Satzart 400 gemeldet hat, als auf der Verordnung ausgewiesen sind.

Zudem sollte klargestellt werden, dass Abweichungen im Feld „Lokalisation“ der Satzarten 500 und 600 ebenfalls als „unerhebliche Abweichungen“ definiert werden, da sich hieraus keine monetären Auswirkungen im Klassifikationsmodell ergeben.

3.1.2 Ermittlung der kassenindividuellen Fehlerquote p_M

Das Bundesversicherungsamt sieht für die Ermittlung des individuellen Korrekturbetrages eine sog. Differenzgruppierung „vor Prüfung“ und „nach Prüfung“ vor. Der GKV-Spitzenverband hält eine Differenzgruppierung grundsätzlich für sachgerecht. Es sollte überprüft werden, ob ein transparenteres Verfahren für eine solche Differenzgruppierung in Anlehnung an das geltende Klassifikationsmodell durchgeführt werden kann, wonach für jeden Versicherten der Stichprobe alle Zuweisungen unter Berücksichtigung der Hierarchiebeziehungen jeweils „vor Prüfung“ und „nach Prüfung“ zu berechnen sind. Die Differenz aus diesen beiden Werten wäre dann der Korrekturbetrag. Bei dem vorgeschlagenen Vorgehen des Bundesversicherungsamtes werden zunächst

alle Versicherten allen Risikogruppen zugeordnet, deren Zuordnungskriterien sie erfüllen, unabhängig von etwaigen Hierarchiebeziehungen der Risikogruppen untereinander. Dadurch liegt die errechnete Zuweisungshöhe oberhalb der tatsächlichen Zuweisungen und auch der Korrekturbetrag wird im Verhältnis zu den echten Zuweisungen teils deutlich überschätzt. Dies sollte durch die korrekte Berücksichtigung der Hierarchiebeziehungen beseitigt werden. Die Ermittlung der monetären Fehlerquote erfolgt wie in Formel 7 beschrieben, indem die Summe der individuellen Korrekturbeträge ins Verhältnis der prüfrelevanten Zuweisungen (vor Prüfung) gesetzt wird. Sofern an dieser Vorgehensweise festgehalten wird, wäre eine Überprüfung der Schwellenwertparameter aufgrund der geänderten Bemessungsgrundlagen zur Ermittlung der monetären Fehlerquote sachgerecht.

Die in Anlage 4 ausgeführten Beispiele zur Berechnung der prüfrelevanten Zuweisungen vor und nach Prüfung sowie der korrespondierenden Korrekturbeträge für die monetäre Fehlerquote p_M sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht hinreichend ausführlich dargestellt, zudem zum Teil nicht nachvollziehbar. Hilfreich wäre eine Darstellung, in der alle relevanten Werte zur besseren Nachvollziehbarkeit für die Krankenkassen aufgeführt sind (z.B. ergänzend zu den prüfrelevanten Zuweisungen die tatsächlichen Zuweisungen, Hierarchiewirkung bei Aberkennung einer HMG und dadurch Auslösung einer anderen HMG). Zudem sollten die Varianten ausführlich erörtert werden, da die beschriebenen Fehler z.T. nicht nachvollziehbar sind (wie in Beispiel B der Wegfall von EMG). Nicht beschrieben ist zudem die Variante, dass bei Verlust eines Risikomerkmals ein monetär höherwertiger Zuschlag ausgelöst wird und somit ein negativer Korrekturbetrag möglich wird. Die Anlage 4 wäre hinsichtlich einer vollständigen Darstellung von Konstellationen zu überprüfen.

Zu III. Stichprobe nach Stufe 2

1. Schichtung nach Zuweisungssumme

Das Bundesversicherungsamt erörtert in dem Entwurf die Zusammenlegung der Schichtung und orientiert sich exakt an den Vorgaben des Gutachters. Hierbei wird die Aufteilung auf 20 Grundschichten beschrieben, welche in 5 endgültige Schichten zusammengelegt werden und eine jeweils erforderliche Schichtmindestgröße von $n=10$ aufweisen sollen. Bei Verletzung der Schichtmindestgröße ($n < 10$) erfolgt eine Zusammenlegung der jeweiligen Schicht zu der angrenzenden nächst größeren Schicht. Da es sich bei der Vorgehensweise um eine Umsetzung der gutachterlichen Vorgaben handelt, für die bisher noch keine empirischen Ergebnisse auf Grundlage echter Datengrundlagen veröffentlicht sind, hält der GKV-Spitzenverband eine auf Stufe-1-Stichprobe basierende Umsetzung und Bewertung des vorgeschlagenen Verfahrens für erforderlich.

Die angefügten Beispiele sind nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes ungeeignet, den Sachverhalt realitätsnah darzustellen. Anstelle der gewählten fiktiven Beispiele 1 bis 3 sollten konkrete Beispiele von tatsächlichen Größen aufgeführt werden. Auf dieser empirischen Grundlage wäre

eine Bewertung des dargestellten Verfahrens sehr viel besser möglich. Die Aufteilung der Schichten muss für die Krankenkasse methodisch nachvollziehbar sein. Das Verfahren muss sicherstellen, dass der relative monetäre Fehler in den Teilschichten zuverlässig abgebildet wird und hochgerechnet werden kann.

Bezüglich der Ergänzungsstichprobe verweist der GKV-Spitzenverband grundsätzlich auf die entsprechenden Ausführungen in der Stellungnahme vom 02.10.2015 zum Entwurf der Bestimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV zum Bereich der Versichertenzeiten. Die in der genannten Stellungnahme erörterten Probleme (z.B. Problematik der Hochkostenfälle) gelten gleichermaßen auch für den Bereich der Prüfung der Morbiditätsdaten.

Zu IV. Hochrechnung und Korrekturbetrag

Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass bei der Ermittlung des Teilkorrekturbetrages für die Verwaltungskostenzuweisungen nicht der Zuschlag für ‚VwK nach sLA‘ verwendet werden darf. Vielmehr ist hierfür der Zuschlag ‚VwK nach sLA ohne Krankengeld‘ zu ermitteln und im Hochrechnungsverfahren zu verwenden.

Zudem ist u.E. bei der Berechnung der Korrekturbeträge 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.

III. Redaktionelle Anmerkungen

Seite 11 unten und Seite 12 oben des Entwurfs:

Zuweisungskomponente AusAGG: Neben der Alters- und Geschlechtsgruppen bei Neugeborenen (AGG 01 und AGG 21) erhalten auch weitere AusAGG einen Aufschlag (d.h. nicht nur die Gruppen 01 und 20). Um Missverständnisse zu vermeiden, ist die Aufzählung der AGG-Gruppen zu streichen. Auch ohne Klammerzusätze sind die Definitionen klar zu verstehen. Sollten die Klammerzusätze bleiben, müssten die Ziffern der (Aus)AGG noch richtig gestellt werden und auch die Ziffern 21 und 40 sollten nicht vergessen werden.

Seite 15:

Die Breite der Konfidenzintervalle im Abschnitt 3.2. sollte jeweils in Prozentwerten mit drei Nachkommastellen angegeben werden, um die exakten Werte anzugeben. Damit soll verhindert werden, dass es im Falle von Fehlerquoten, deren untere Grenze knapp ober-/oder unterhalb des Schwellenwertes liegt, zu Auslegungsdifferenzen hinsichtlich der Erfüllung des Schwellenwertes

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.10.2016

zum Entwurf der Bestimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 RSAV

Seite 7 von 7

bei der Berechnung mit der Formel bzw. den angegebenen Konfidenzintervallbreiten kommt. Dementsprechend sind $0,4 \cdot 0,0227 = 0,908$ % sowie alle weiteren Nennungen von 0,9 % auf 0,908 % anzupassen. Im Anhang 2 ist diese Anpassung bereits erfolgt.

Seite 17:

Im 3. Absatz wird auf Formel (8) hingewiesen. Im aktuellen Entwurf gibt es keine Formel (8), es ist wahrscheinlich Formel (10) gemeint.

Seite 21:

Die Formel muss (8b') statt (86b') heißen.

Zur Schwellenwert-Prüfung II wird auf der einen Seite darauf hingewiesen, dass sie nur hinsichtlich „des Prüfkriteriums 2“ erfolgt (was der monetären Fehlerquote entspricht), im weiteren Satz ist hingegen von beiden Schwellenwertparametern die Rede (was sachlogisch das Richtige wäre). In diesem Abschnitt wäre ein Verweis auf die Berechnungsweise der Schwellenwertparameter in II.3.1 sinnvoll.

Seite 24 unten:

standardisierte statt „standardisierte“

Seite 25 unten:

exemplarisch statt „exemplarisch“

Zu Anlage 7:

In der Anlage 7 sind in Spalte L und M noch Zahlen enthalten, deren Bedeutung nicht nachvollziehbar ist.

Wir schlagen vor, die Anlagen entsprechend der Nummerierung im Dokument zu benennen.

Eine Gliederung mit Nummerierung würde die Handhabung in Anlage 3 ebenso erleichtern.