

An das  
Referat 311 im Bundesversicherungsamt  
(RSA-Stelle)

**Stichproben- und Hochrechnungsmethodik nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 2  
RSAV (Datenmeldungen Morbiditätsdaten)**

**Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste nach § 274 SGB V  
hier: Stellungnahme der Prüfdienste nach § 274 SGB V**

Sehr geehrter Herr Otto,

mit Schreiben und E-Mail vom 7. September 2016 (Ihr Az.: 311 – 5588.7 – 228 / 2014)  
übersandten Sie den Entwurf für eine Bestimmung zur Stichproben- und  
Hochrechnungsmethodik mit den dazugehörigen Anlagen.

Nach § 42 Abs. 2 Satz 1 RSAV sind die Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 274  
SGB V zur Festlegung der Stichprobenmethodik anzuhören.

Wir nehmen in diesem Anhörungsverfahren wie folgt Stellung.

**Allgemein**

Die grundsätzliche Systematik der Stichprobenmethodik in der Fassung 7. September 2016  
entspricht den Vorstellungen der Prüfdienste. Der dargestellte Ablauf, insbesondere die  
Zweistufigkeit der Prüfungen sowie Anwendung der beiden Schwellenwertkriterien, ist  
nachvollziehbar.

## Redaktionelle Hinweise

### Seite 4 - Vorbemerkungen (3. Absatz):

„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.“

### Seite 8 - II (zweitletzter Absatz):

„Dabei bezeichnet  $\bar{x}$  den Mittelwert der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit der einzelnen Krankenkasse und  $\sigma$  deren dessen Standardabweichung,  $\hat{x}$  den Mittelwert in der Stichprobe und  $n$  ( $s_1$ ) den Stichproben-Umfang<sup>3</sup>.“

### Seite 9 - III ( Kriterien 1) und 2):

„1) Die kassenindividuelle fallbezogene Fehlerquote  $p_F$   $\hat{p}_F$  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  $p_M$   $\hat{p}_M$  bezogen auf die Stufe-1-Stichprobe, die dem Anteil des monetären Korrekturvolumens an der Summe der prüfrelevanten Zuweisungen auf Versichertenebene entspricht.“

### Seite 14 - II.3.1.2.4 (2. Absatz):

„Folglich entspricht der individuelle individuelle Korrekturbetrag für die Versicherten ohne Fehler in der Stichprobe jeweils null Euro.“

### Seite 15 - II.3.2 (1. Absatz):

„Das BVA berechnet mittels der Formeln (8a) und (8b) jeweils ein Konfidenzintervall zur Berücksichtigung des möglichen Fehlers bei der Schätzung der kassenindividuellen Fehlerquoten  $p_F$  und  $p_M$ —.“

$$\hat{p}_F \quad \hat{p}_M$$

### Seite 17 - III.1 (1. Absatz):

„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.“

Seite 17 - III.1 (2. Absatz):

„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).“

Seite 17 - III.1 (3. Absatz):

„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.“

Seite 19 - III (2. Absatz):

„Diese Versicherten lassen sich anhand der für die Grundgesamtheit gemäß Abschnitt 3.III III.1 durchgeführten Schichtung jeweils eindeutig einer der fünf Schichten zuordnen.“

Seite 21 - III.6 (nach der 2. Formel):

~~86b'~~ (8b')

Seite 27 - Anhang 2 (2. Absatz):

„Das BVA berechnet mittels Formel (6a) (8a) ein Konfidenzintervall zur Berücksichtigung des möglichen Fehlers bei der Schätzung der kassenindividuellen Fehlerquote:“

## **Stichprobenmethodik**

### S. 21, Punkt 6

- Es handelt sich an dieser Stelle um die Ausführung zur Schwellenwertbestimmung des Prüfergebnisses der Stufe 2.

Hier wird in Absatz 2 unter diesem Punkt 6 festgehalten, dass diese Schwellenwertprüfung (Stufe 2) nur hinsichtlich des Prüfkriteriums 2) durchgeführt werden soll.

Dieses Prüfkriterium für Stufe 2 betrifft dann aber nur die monetäre Fehlerquote. In den nachfolgenden Ausführungen wird dagegen mit Formelbeschreibungen auf beide Fehlerquoten verwiesen („(8a)“ für die Fallfehlerquote sowie „86b)“ - gemeint eigentlich „(8b)“).

- Die Ausführungen sind daher nicht konsistent.
  - Sollte tatsächlich nur die monetäre Fehlerquote angewandt werden sollen, weil in Stufe 2 nicht mehr die „Sorgfalt“ und Fehlergeneigtheit der Kassenarbeit beurteilt werden sollte, dann sind die Formel „(8a)“ und die folgenden Ausführungen hierzu zu streichen.  
Dies betrifft auch S. 5, Punkt I. 1., 2. Absatz.
  - Sollten tatsächlich beide Formeln in Stufe 2 angewandt werden, dann sind die Ausführungen im Text („jedoch nur Prüfkriterium 2),...“) anzupassen.

### **Anlage 3 – „Abweichungen in den §42-Rückmeldesatzarten 110 RM, 400R, 500R und 600R“**

- **Punkt 2.B), Unterpunkt 7: Abweichende Angaben im Fallzähler in der SA 500**

#### Hinweis der Prüfdienste

Wir weisen darauf hin, dass die Angabe zum „Fallzähler“ nicht prüfrelevant ist.

- **Punkt 2.B), Unterpunkt 8: SA 600 bei Abrechnungsweg 1 ohne Qualifizierungsmerkmal G**

#### Sachverhalt

Abweichungen bei Konstellation Abrechnungsweg 1 und nicht Qualifizierungsmerkmal „G“ müssen nach dieser Festlegung geprüft und zurückgemeldet werden („unerhebliche Abweichung“).

#### Problem

Grundsätzlich haben diese / derartige Diagnosen keinen Zuschlag im RSA ausgelöst und können dies auch nicht. Es handelte sich nach unserer Auffassung daher bereits um für den RSA unerhebliche Diagnosen und nicht um festgestellte Abweichungen, die keine Auswirkungen auf das erneute RSA-Gruppen zur Feststellung des monetären Fehlers haben.

#### Hinweis der Prüfdienste:

Wenn das Prüfverfahren grundsätzlich so ausgestaltet ist, dass nur Diagnosen / Verordnungen Arzneimittel geprüft werden sollen, die potentiell zuschlagsrelevant sind, dann sollten sich die festzustellenden (auch unerheblichen) Abweichungen auch nur auf diese beziehen.

Nach der Formulierung sind jedoch vorliegend die Abweichungen auch bei diesen Diagnosen zu prüfen und die festgestellten Abweichungen nur gesondert zu kennzeichnen. Eine

automatisierte Kennzeichnung dieser Sachverhalte ohne Prüfung auf „grün“ (d.h. keine Fehler) ist nach der Gestaltung der Anlage aus Sicht der Prüfdienste nicht möglich.

Eine „Abprüfung“ dieser Fälle bedeutet daher einen erhöhten Prüfaufwand (Verlängerung der Prüfungen).

#### Lösungsvorschlag

Diagnosen ohne Merkmal G im Abrechnungsweg 1 sollten nicht abgeprüft werden. Dies bedeutet, dass derartige Fälle (Diagnosen Abrechnungsweg 1 bei Merkmal ungleich G) nicht Bestandteil der Stichprobe und daher bereits nicht in der Satzart 600S enthalten sind.

Eine Prüfung würde nur dann Sinn ergeben, wenn man das Ergebnis (d.h. Abweichungen) auch tatsächlich als Fehler im Rahmen der Fallfehlerquote wertet.

In Gesprächen mit Ihrem Referat wurde Ihrerseits bereits angedeutet, dass künftig Diagnosen mit Abrechnungsweg 1 ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ nicht mehr in der Satzart 600 S geliefert werden. Damit würde dann unserem Wunsch entsprochen.

Die Prüfdienste wünschen sich über diesen speziellen Sachverhalt hinaus, dass (alle) Diagnosen mit ursprünglich gemeldeter Kombination Abrechnungsweg / Qualifizierungsmerkmal, die nicht RSA-/Zuschlags-relevant sein können, nicht in den S-Satzarten den Prüfdiensten zur Verfügung gestellt werden und daher auch nicht zu prüfen sind.

Wir weisen auch auf das folgende, sich anschließende Problem hin: Wenn in der Prüfung eine Änderung festgestellt wird, so dass – nach Prüfung - eine (nachträgliche, fiktive) Zuschlagsrelevanz entsteht, würden die Prüfdienste Positivkorrekturen (als Abweichungen) zurückmelden, die nach dem Grundgedanken nach Anlage 3, Punkt 2.A grundsätzlich nicht zu berücksichtigen wären.

- **Punkt 2.B), Unterpunkt 8:**

- SA 600 bei Abrechnungsweg 1 ohne Qualifizierungsmerkmal G**

- Annahme 1

- Die Prüfdienste gehen 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

- Die Prüfdienste gehen generell davon aus, dass die Sachverhaltskonstellation des Unterpunktes 8 vorrangig zu prüfen ist vor der des Unterpunktes 10.

- **Punkt 2.B), Unterpunkt 10**

- Abweichungen beim Abrechnungsweg Satzart 600 mit Ausnahmen (10.1 und 10.2)**

- Klarstellungsbedarf

- Die Prüfdienste bitten zu diesem Unterpunkt um Klärung / Erläuterung. Es ist für uns derzeit nicht eindeutig, ob sich zusätzlich zum Abrechnungsweg das Qualifizierungsmerkmal in den genannten Fällen ebenfalls ändern muss / kann.

Die Prüfdienste gehen davon aus, dass bei den beiden genannten Sachverhaltskonstellationen des Unterpunktes (10.1 / 10.2) – neben Wechsel des Abrechnungsweges „nach Prüfung“ auf 1 / 3 (10.1) bzw. 2 (10.2) – eine Änderung auch des Qualifizierungsmerkmals nach Prüfung von „G“ auf „V“, „Z“ oder „A“ bzw. bei Sachverhaltskonstellation 10.1 auch auf „0“ (Bezug als grundsätzlich zuschlagsrelevanter Diagnose) erfolgen muss, damit diese Sachverhaltskonstellationen greifen.

Die Prüfdienste legen die Sachverhaltskonstellationen nach der Formulierung daher so aus, dass sich die Anforderung einer Änderung „nach Prüfung“ auf beide Parameter (Abrechnungsweg und Qualifizierungsmerkmal) bezieht.

(Nur) In Fällen der Änderung beider Parameter nach Prüfung würde es sich wieder um erhebliche Fehler handeln, wenn die Änderung des Abrechnungsweges dann in Verbindung mit einem nicht zulässigen Qualifizierungsmerkmal einen solchen Fallfehler „erzeugt“.

- Mögliche Problemkonstellationen

- Bei einer „nach Prüfung“ nicht festgestellten Änderung des Qualifizierungsmerkmals (neben dem Wechsel des Abrechnungsweges) würden die Konstellationen als unerhebliche Abweichungen gemeldet. Eine unerhebliche Abweichung läge nach unserer Auslegung des Wortlauts z.B. dann vor, wenn in Fällen des Wechsels auf Abrechnungsweg 2 keine Änderung des Qualifizierungsmerkmals vorliegen würde.

Andernfalls ergeben sich aus Sicht der Prüfdienste folgende Problemkonstellationen:

- Wenn eine Diagnose unter Berücksichtigung von Abrechnungsweg und Qualifizierungsmerkmal nach Prüfung von bisheriger Einschätzung nicht-zuschlagsrelevant zur Einschätzung nicht-zuschlagsrelevant kommt:  
Bsp.: Abrechnungsweg 3 / Qualifizierungsmerkmal V zu – nach Prüfung Abrechnungsweg 2 / Qualifizierungsmerkmal V.  
Sollte sich zu Bejahung der Sachverhaltskonstellation 10.2 das Änderungserfordernis „nach Prüfung“ nur auf den Abrechnungsweg beziehen, so müsste diese Konstellation als erheblicher Fehler zurückgemeldet werden, hat aber keine Auswirkungen im Hinblick auf die Zuschlagsrelevanz.
  
- Wenn nach Prüfung eine Einsortierung der Diagnose von nicht-zuschlagsrelevant zu zuschlagsrelevant erfolgt (durch alleinige Änderung des Abrechnungsweges auf 1 oder 3 bzw. auf 2), stellt sich die Frage nach der Abgrenzung zu Punkt 2.A) (Positivkorrektur).

#### Annahme

Die Prüfdienste gehen davon aus, dass es sich bei Sachverhaltskonstellation 10.2 nach jetziger Formulierung in einer Konstellation eines Wechsels des Abrechnungsweges auf „2“ und Qualifizierungsmerkmale „G“ oder „0“ (sonstige Diagnosen ohne weiteres Qualifizierungsmerkmal) wieder um eine „unerhebliche Abweichung“ handelt.

Gerne stehen wir Ihnen für Erörterungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez.

(Peter Strothmann)

– Leiter des Arbeitskreises Organisation / Geschäftsstelle –