
L 5 KR 183/16 KL

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 183/16 KL
Datum	16.02.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klāgerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Â Der Streitwert wird auf 2,5 Millionen Euro festgesetzt.

Â

Tatbestand:

Die Klāgerin verlangt die Abānderung des Bescheides vom 12.11.2013 und die Neuberechnung der Zuweisungen im Jahresausgleich 2012 aus dem Gesundheitsfonds unter Zugrundelegung einer korrigierten Datenmeldung.

Die Klāgerin meldete Individualdaten im Sinne des Â§ 1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach [Â§ 267 Absatz 7 Nr. 1](#) und 2 Fānftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) â im Folgenden: RSA-SpiBu-Bestimmung â einschlieālich der Statusmerkmale und Versicherungszeiten fār das Berichtsjahr 2011 zum 15.08.2011. Innerhalb der Frist des Â§ 4 Abs. 2 RSA-SpiBu-

Bestimmung, also bis zum 15.06.2013, gab die KÃ¤gerin eine Korrekturmeldung ab und zwar u.a. fÃ¼r die Satzart 600 (Diagnosen der ambulanten Ã¤rztlichen Versorgung, vergl. Anlage 1.4 B. Nr.6 zu Â§ 8 RSA-SpiBu-Bestimmung). Diese werden von den KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen erstellt (sog. TP 1 Daten) und Ã¼ber die Kopfstelle (Bitmarck Service) an das Rechenzentrum ITSC der KÃ¤gerin geliefert. Das Rechenzentrum verarbeitet die TP 1 Daten mit der Software ISKV. Diese unterscheidet korrekte und fehlerhafte verarbeitete DatensÃ¤tze. Die korrekt verarbeiteten Daten werden fÃ¼r die Ermittlung der Satzart 600 im ISKV vorgehalten. Die als fehlerhaft beurteilten Daten werden durch eine weitere Software (Morbi DC der Firma Gadiv) Ã¼berarbeitet und â nach Korrektur â in das System ISKV Ã¼bertragen. Diese Korrektur fehlerhafter DatensÃ¤tze erbrachte fÃ¼r das Jahr 2011 â vor der Korrekturmeldung zum 15.06.2013 â ca. 202.739 Diagnosen, die zusÃ¤tzlich zu den bereits korrekt verarbeiteten DatensÃ¤tzen zu berÃ¼cksichtigen gewesen wÃ¤ren. Im Zusammenhang mit einem Softwareupdate fÃ¼r das Programm Morbi DC unterblieb die Meldung dieser 202.739 DatensÃ¤tze; gemeldet wurden lediglich 31.624 Diagnosen mit DatensÃ¤tzen. Aufbauend auf dieser Datenlage erfolgte die Erstellung der Korrekturmeldung der Satzart 600 vom 31.05.2013 an den GKV-Spitzenverband. Erst im Rahmen einer PrÃ¼fung am 30.08.2013 erkannte die KÃ¤gerin, dass die Anzahl der Diagnosen zwischen Erst- und Korrekturmeldung erheblich niedriger war. Die Fehlersuche dauerte aufgrund der KomplexitÃ¤t der Daten und des Verarbeitungsverfahrens bis zum 06.09.2013. Am 12.09.2013 bat die KÃ¤gerin den GKV-Spitzenverband um die GewÃ¤hrung der MÃ¶glichkeit der Neumeldung der DatensÃ¤tze der Satzart 600 fÃ¼r das Berichtsjahr 2011; dieser leitete die Anfrage an die Beklagte weiter (Eingang am 19.09.2013). Die Beklagte lehnte das Begehren der KÃ¤gerin ab (Schreiben vom 20.09.2013, 22.10.2013 und 15.01.2014). Durch den Bescheid vom 15.11.2013 Ã¼ber die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich im Jahresausgleich 2012 und den Ausgleichsbetrag fÃ¼r Zuweisungen 2012 [= Teil 1], den Korrekturbetrag fÃ¼r Zuweisungen 2011 [= Teil 2], den Gesamtausgleichsanspruch/die Gesamtausgleichsverpflichtung 2012 [= Teil 3]) berechnete die Beklagte die Zuweisungen fÃ¼r die KÃ¤gerin aus dem Gesundheitsfonds â auf der Grundlage der ihr bereits (fristgerecht zum 15.06.2013) Ã¼bermittelten Daten.

Dagegen hat die KÃ¤gerin am 11.12.2013 Klage vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) erhoben (Az.: [L 5 KR 781/13 KL](#)). Bereits am 02.11.2012 hatte die KÃ¤gerin Klage gegen den Grundlagenbescheid der Beklagten III/2012 vom 20.09.2012 erhoben (LSG NRW, Az. L 5 KR 675/12 KL). Dieses Verfahren war durch Beschluss vom 29.01.2014 zum Ruhen gebracht worden. Nachdem der KÃ¤gerin der Hinweis erteilt worden war, dass der Bescheid vom 15.11.2013 Gegenstand des ruhenden Verfahrens L 5 KR 675/13 KL geworden ist, hat die KÃ¤gerin das Streitverfahren [L 5 KR 781/13 KL](#) durch KlagerÃ¼cknahme beendet. Das Verfahren L 5 KR 675/12 KL ist unter dem Az. [L 5 KR 183/16 KL](#) fortgefÃ¼hrt worden.

Zur BegrÃ¼ndung der Klage macht die KÃ¤gerin geltend: Ihr mÃ¼sse die MÃ¶glichkeit der Korrektur der Korrekturmeldung unabhÃ¤ngig von den nach dem SGB V, der Verordnung Ã¼ber das Verfahren zum Risikostrukturausgleich

(RSAV) und der RSA-SpiBu-Bestimmung geltenden Fristen eingeräumt werden, weil nur dann das mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vom Gesetzgeber verfolgte Ziel erreicht bzw. effektiv verfolgt werden könne. Es handle sich bei dem IT-Versehen um einen mit einem Rechenfehler vergleichbaren Fall, der ähnlich wie nach den Vorschriften der [ÄS 38](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), 139 Sozialgerichtsgesetz (SGG) korrigiert werden dürfe. [ÄS 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV](#) verbiete es der Beklagten nicht, Rechenfehler, die ihr nach Ablauf der Frist gemäß [ÄS 4 Abs. 2](#) RSA-SpiBu-Bestimmung mitgeteilt würden, bei der Berechnung der Zuweisungen zu berücksichtigen. Es handle sich nicht um eine abschließende Regelung dergestalt, dass anderweitige Fehlerkorrekturen ausgeschlossen seien. [ÄS 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV](#) ziele vielmehr auf eine möglichst realitätsnahe Datenerhebung. Es sei unstreitig, dass die Beklagte die Rechtsmacht gehabt habe, Zuweisungen auch nach Ablauf des 15.11.2013 zu korrigieren. Sie habe selbst bestätigt, dass bei nicht plausiblen Meldungen durchaus Korrekturen auch nach Ablauf der Fristen zum 31.05. bis 15.06. noch möglich seien. Außerdem habe die Beklagte sowohl vorgerichtlich als auch im gerichtlichen Verfahren die für die Anwendung der Norm des [ÄS 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV](#) erforderliche Ermessensausübung nicht vorgenommen.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid vom 15.11.2013 abzuändern und die Beklagte zu

verurteilen, den Jahresausgleich 2012 unter Berücksichtigung

der korrigierten Datenmeldung gemäß Anfrage an den GKV-

Spitzenverband vom 12.09.2013 neu zu berechnen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie entgegnet: Der streitgegenständliche Jahresausgleich 2012 sei im November 2013 rechtmäßig durchgeführt worden. Datengrundlage seien die Daten nach [ÄS 30 RSAV](#) gewesen, wobei für die Durchführung des Jahresausgleichs stets die Meldungen zweier Jahre zugrundegelegt würden. Dies seien zum einen die Vorjahresdaten (2011) aus der Korrekturmeldung nach [ÄS 30 Abs. 4 Satz 2](#) 1. Halbsatz RSAV zur Ermittlung der Risikomerkmale: Als direkte Morbiditätsmerkmale Diagnosen und Arzneimittelkennzeichen, als demographische Merkmale Alter und Geschlecht der Versicherten sowie die Zugehörigkeit zu weiteren Risikogruppen wie Erwerbsminderungsrentner, Auslandsversicherte oder Kostenerstatter. Zum anderen würden die Daten des Ausgleichsjahres 2012 aus der Erstmeldung zur Ermittlung der Versichertenzeiten

und der Ausgaben für jeden Versicherten zugrundegelegt. Hintergrund hierfür sei das in [§ 30 Abs. 1 Satz 2 RSAV](#) vorgegebene prospektive Berechnungsverfahren im Morbi-RSA. Nach § 4 Abs. 2 i.V.m. Anlage 1.4 A.2. RSA-SpiBu-Bestimmung bestimmten die Krankenkassen für die Korrekturmeldung nach [§ 30 Abs. 4 Satz 2 1. Halbsatz RSAV](#) die entsprechenden Satzarten bis zum 31. Mai des auf das erstmalige Meldejahr folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband. Nach Plausibilitätsprüfungen und gegebenenfalls nach Bereinigung bestimmte der GKV-Spitzenverband diese Daten spätestens bis zum 15. Juni des auf das erstmalige Meldejahr folgenden Jahres (oder anders ausgedrückt des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres) an das Bundesversicherungsamt. Eine streitgegenständliche Korrekturmeldung der Satzart 600 für das Berichtsjahr 2011 sei demnach bis zum 31.05.2013 an den GKV-Spitzenverband und bis zum 15.06.2013 von diesem an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln gewesen. Die Datenmeldung seitens der Klägerin seien auch termingerecht erfolgt; sie habe keine erheblichen Fehler aufgewiesen. Entsprechend dem üblichen Verfahren seien den Kassen bzw. deren Vertretern nach Übermittlung der Daten vom GKV-Spitzenverband die von diesem ermittelten Kennzahlen zeitnah zurückgespielt worden. (Auch) dabei seien keine Unplausibilitäten aufgefallen. Die beim Bundesversicherungsamt durchgeführten Plausibilitätsprüfungen hätten keine gravierenden Abweichungen ergeben. Schwankungen zu vorangegangenen Erstmeldungen in einer Größenordnung von ca. 1 % seien grundsätzlich nicht selten, so dass davon auszugehen sei, dass die vom Bundesversicherungsamt verwendete unvollständige Datenmeldung der Klägerin weitgehend fehlerfrei gewesen sei (vgl. [§ 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV](#)). Deshalb sei der angegriffene Jahresausgleichsbescheid 2012 auf einer rechtmäßigen Datengrundlage ergangen. Die Nichtannahme der Neumeldung der Satzart 600 für das Jahr 2011 sei im Einklang mit den maßgeblichen Regelungen der RSAV i.V.m. der RSA-SpiBu-Bestimmung erfolgt, da die nachträgliche Korrektur einer Korrekturmeldung i.S. einer Austauschmeldung im RSA-Verfahren nicht vorgesehen sei. Die Neumeldung zum 12.09.2013 sei gemäß [§ 30 Abs. 4 Satz 4 1. Alternative RSAV](#) nicht termingerecht gewesen und sei deshalb zurückzuweisen gewesen, denn sie sei weit nach den in [§ 30 Abs. 4 Satz 2 1. Halbsatz RSAV](#) sowie [§ 4 Abs. 2](#) Bestimmung GKV-Spitzenverband genannten Lieferterminen erfolgt. Das rechtliche Konstrukt eines fehlerhaften Korrekturverfahrens mit verbindlichen Ausschlussfristen zur Datenlieferung sei rechtmäßig (LSG NRW, Urteil vom 06.06.2013, [L 16 KR 24/09 KL](#)).

Die Klägerin hat zu Recht allein den Bescheid über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Jahr 2012 zum Gegenstand des Verfahrens gemacht, denn dieser hat den zuvor ergangenen Grundlagenbescheid vom 20.09.2012 sowie die monatlichen Zuweisungsbescheide ersetzt (vgl. BSG, Urteil vom 20.05.2014, Az.: [B 1 KR 5/14 R](#), juris Rdn. 10 ff.), da es sich insoweit nur um vorläufige Regelungen handelt.

Die Klage richtet sich ferner auch deshalb zu Recht (nur) gegen den Jahresausgleichsbescheid 2012 vom 15.11.2013 weil den Schreiben der Beklagten vom 20.09.2013, 22.10.2013 und 15.01.2014 nicht die Qualität eines Verwaltungakts zukommt. Es sollte erkennbar keine verbindliche und endgültige

Regelung erfolgen, denn es handelte sich bei dem Gegenstand der Schreiben nur um eine Vorfrage, die (inzidenter) erst durch den Jahresausgleichsbescheid 2012 entschieden worden ist.

Die KlÄgerin darf sich auf eine kombinierte Teilanfechtung und Verpflichtung hinsichtlich der Gesamtzuweisung 2013 beschrÄnken. Die KlÄgerin greift zulÄssig die ZuweisungsverfÄgung nur hinsichtlich des Teilbetrages an, der â im Ergebnis â darauf beruht, dass die Beklagte bei der Berechnung der Zuweisungen nicht die ihr am 12.09.2013 zur Äbermittlung angebotenen weiteren DatensÄtze der Satzart 600 berÄcksichtigt hat, sondern lediglich die von der KlÄgerin fristgerecht zum 15.06.2013 Äbermittelten Daten.

Die KlÄgerin ist auch klagebefugt, denn sie rÄgt Verletzungen sie betreffender Regelungen des einfachen Rechts (SGB V, RSAV â vgl. dazu BSG a.a.O. Rdn. 22).

Eine notwendige Beiladung anderer Krankenkassen nach [Â§ 75 Abs. 2 SGG](#) hatte nicht zu erfolgen, weil diese an dem streitigen RechtsverhÄltnis nicht derart beteiligt sind, dass die Entscheidung auch ihnen gegenÄber nur einheitlich ergehen kÄnnte; die Korrektur ihrer ZuweisungsansprÄche aus dem Jahresausgleich kann nÄmlich â im Falle eines endgÄltigen Obsiegens der KlÄgerin â nur aufgrund eines Korrekturbescheides in einem spÄteren Ausgleichsjahr erfolgen (vgl. BSG a.a.O. Rdn. 23).

Die Klage ist indes nicht begrÄndet.

Der Jahresausgleichsbescheid 2012 vom 15.11.2013 ist rechtmÄsig. Die Beklagte hat zu Recht der Berechnung der Zuweisungen die von der KlÄgerin Äber den GKV-Spitzenverband zum 15.06.2013 Äbermittelten Daten der Satzart 600 zugrunde gelegt und damit â zugleich â eine Berechnung auf der Grundlage der Anfrage an den GKV-Spitzenverband vom 12.09.2013 der Beklagten zur Äbermittlung angebotenen Daten abgelehnt.

Die DurchfÄhrung des Jahresausgleichs 2012 beruht auf den von den Krankenkassen dem BVA nach MaÄgabe des [Â§ 30 RSAV](#) zu Äbermittelnden Daten, u.a. auch den â hier streitgegenstÄndlichen â â Diagnosen nach [Â§ 295 Absatz 1 Satz 1 Nr.2](#) des FÄnften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Angaben nach [Â§ 295 Absatz 1 Satz 4](#) des FÄnften Buches Sozialgesetzbuchâ ([Â§ 30 Absatz 1 Satz 1 Nr.6 RSAV](#)). â Die nach Â§ 30 Absatz 1 erhobenen und pseudonymisierten Daten sind bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres nach MaÄgabe des Â§ 3 Absatz 4 dem Bundesversicherungsamt zu Äbermittelnâ ([Â§ 30 Absatz 4 Satz 1 RSAV](#)). â GemÄÄ [Â§ 30 Absatz 4 Satz 2 RSAV](#) werden â die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie 8, 9 und 11 bis zum 15. August des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahresâ durch eine neue Meldung korrigiertâ. Nach Â§ 4 Absatz 2 Satz 1 Bestimmung GKV-Spitzenverband erfolgt die Korrekturmeldung gemÄÄ [Â§ 30 Absatz 4 Satz 2 RSAV](#) bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das BVA. DemgemÄÄ war die Korrekturmeldung der hier streitgegenstÄndlichen Diagnosen der ambulanten Ärztlichen Versorgung ([Â§ 30](#)

[Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV](#)) aus dem Jahr 2011 dem BVA bis zum 15.06.2013 zu Ã¼bermitteln.

Diese wirksam und verbindlich gesetzte Frist (1.) hat die KlÃ¤gerin versÃ¤umt, als sie die Anfrage am 12.09.2013 an den Spitzenverband Bund der GKV richtete, weitere rund 200.000 Daten der Satzart 600 Ã¼bermitteln zu wollen. Dieses Begehren findet auch in [Â§ 30 Absatz 4 Satz 4 RSAV](#) keine StÃ¼tze (2.). Ebenso wenig erÃ¶ffnen Sinn und Zweck des Morbi-RSA oder [Â§ 266 Absatz 6 Satz 6 SGB V](#) fÃ¼r die KlÃ¤gerin die MÃ¶glichkeit, eine Korrektur der Korrekturmeldung der Daten im Sinne von [Â§ 30 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV](#) nach dem Verstreichen des Stichtags 15.06.2013 vorzunehmen (3.). SchlieÃlich vermag die KlÃ¤gerin ihr Begehren auf eine derartige Korrektur auch nicht mit Erfolg auf eine entsprechende Anwendung der fÃ¼r die Berichtigung offensichtlicher Fehler in Verwaltungsakten oder Urteilen geltenden Vorschriften zu stÃ¼tzen (4.). Â

1. Das BSG hat bereits entschieden (vergl. Urteil vom 20.05.2014, Az. [B 1 KR 5/14 R](#), Rdnrn. 53ff.), dass [Â§ 30 Absatz 4 Satz 2 RSAV](#) den Krankenkassen keinen Anspruch auf Korrekturmeldungen bis einschliesslich zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden zweiten JahresÂ Â Â Â Â Â Â Â Â gewÃ¤hrt, sondern nur einen ÃuÃersten zeitlichen Endpunkt fÃ¼r Datenberichtigungen setzt; maÃgeblich ist vielmehr die zulÃ¤ssig vom GKV-Spitzenverband in [Â§ 4 Absatz 2 RSA-SpiBu-Bestimmung](#) gesetzte Frist (15.06.; vergl. BSG aaO). Ohnehin hatte die KlÃ¤gerin hier, als sie sich am 12.09.2013 an den GKV-Spitzenverband mit dem Ansinnen wandte, weitere DatensÃ¤tze Ã¼bermitteln zu wollen, bereits beide Fristen versÃ¤umt. Die Vorschriften des [Â§ 30 Absatz 4 Satz 2 RSAV](#) und des [Â§ 4 Absatz 2 RSA-SpiBu-Bestimmung](#) rÃ¤umen der Beklagten auch nicht die MÃ¶glichkeit ein, im Rahmen einer Ermessensentscheidung verspÃ¤tet gelieferte Daten gleichwohl beim Jahresausgleich mit der Rechtsfolge einer hÃ¶heren Zuweisung zu berÃ¼cksichtigen; vielmehr ist die Frist (15.06.) verbindlich (BSG Urteil vom 20.05.2014 [aaO](#)).

2. Die KlÃ¤gerin vermag ihr Begehren auch nicht mit Erfolg auf [Â§ 30 Absatz 4 Satz 4 RSAV](#) (in der Fassung von Art. 1 Nr. 2 Buchst. c Doppelb. bb. 24. RSA-ÃndV vom 12.10.2012, [BGBl. I 2228](#), in Kraft getreten am 26.10.2012) zu stÃ¼tzen. Diese Vorschrift lautet: âWerden dem Bundesversicherungsamt Daten nicht termingerecht Ã¼bermittelt oder weisen sie erhebliche Fehler auf, kann das Bundesversicherungsamt die Daten insgesamt oder teilweise zurÃ¼ckweisen; anstelle der zurÃ¼ckgewiesenen Daten kann es die Vorjahresdaten zugrunde legen, hat dabei dann aber die Versichertenentwicklung und die MorbiditÃ¤tsentwicklung sowie einen angemessenen Sicherheitsabzug zu berÃ¼cksichtigenâ.

Die Voraussetzungen dieser Norm sind zunÃ¤chst hinsichtlich der von der KlÃ¤gerin zum 15.06.2013 gelieferten Daten der Satzart 600 nicht erfÃ¼llt, denn diese Datenmeldung erfolgte fristgerecht; ferner sind diese Daten auch nicht als erheblich fehlerhaft im Sinne des [Â§ 30 Absatz 4 Satz 4 RSAV](#) zu beurteilen, obwohl sie âobjektiv betrachtet wegen der fehlenden rund 200.000 DatensÃ¤tze â unvollstÃ¤ndig gewesen sind. Von einer Fehlerhaftigkeit in diesem Sinn kann nur ausgegangen werden, wenn sich diese im Rahmen der vorgesehenen

(Plausibilitäts-)Prüfungen oder aufgrund sonstiger Anhaltspunkte spätestens bis zum Zeitpunkt der Übernahme der betreffenden Daten in das Berechnungssystem des Morbi-RSA durch das BVA ergeben hätte. Ein späterer Zeitpunkt kann für die Beurteilung der Frage, ob Daten   fehlerhaft   sind, nicht maßgeblich sein, weil wegen der Verwendung der   gepr ften    Daten im Rahmen des Berechnungsverfahrens eine Zurückweisung durch das BVA gar nicht mehr möglich ist. Nach Auffassung des Senats markiert der in [   30 Absatz 4 Satz 2 RSAV](#) genannte Zeitpunkt (   15.08. des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres  ) die   erste zeitliche Grenze, auf die für die Beurteilung der Frage der erheblichen Fehlerhaftigkeit einer Datenlieferung abgestellt werden kann. Dem BVA verbleibt für die Überprüfung der über den GKV-Spitzenverband gelieferten Daten der Zeitraum vom 15.06. des betreffenden Jahres (Frist des    4 Absatz 2 der RSA-SpiBu-Bestimmung) bis zu dem die   erste zeitliche Grenze markierenden Frist des [   30 Absatz 4 Satz 2 RSAV](#). Soweit    wie hier    in dieser Zeitspanne eine Fehlerhaftigkeit nicht auff llt    ist von einer korrekten Datenlieferung auszugehen. Ob möglicherweise etwas Anderes gilt, wenn Datenlieferungen gravierende Mängel aufweisen, die aufgrund schwerwiegender Versäumnisse des BVA unentdeckt bleiben, bedarf hier keiner Entscheidung. Die Beklagte hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die Anzahl der hier nicht gemeldeten Datensätze im Hinblick auf den Umfang der insgesamt  bermittelten Daten und deren Schwankungsbreite nicht auffällig war. Auch die Kl gerin hat nicht geltend gemacht, dass die Unvollständigkeit der dem BVA  bermittelten Daten dort ohne weiteres hätte bemerkt werden m ssen. Ohnehin stellte sich dann auch die Frage, warum denn dann der Kl gerin als der für die Datenlieferung umfassend verantwortlichen Krankenkasse dieser Umstand nicht aufgefallen ist.

Die Kl gerin kann ferner auch nicht im Hinblick auf die von ihr am 12.09.2013 zur  bermittlung angebotenen Daten der Satzart 600 gestützt auf [   30 Absatz 4 Satz 4 RSAV](#) beanspruchen, dass das BVA diese Daten der Berechnung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA zugrunde legt oder aber zumindest eine ermessensfehlerfreie Entscheidung über die Zurückweisung dieser Daten trifft. Obgleich diese (in Kombination mit den bereits zuvor zum 15.06.2013 gelieferten Daten der Satzart 600) korrekten, mithin schon objektiv nicht fehlerhaften Datensätze formal verspätet, weil außerhalb der Frist des    4 Absatz 2 Bestimmung (15.06.2013)  bermittelt wurden, konnte das BVA rechtmäßig nur die Entscheidung treffen, diese Daten zurückzuweisen. Der Senat hat bereits oben dargelegt, dass die Prüfung der von den Krankenkassen gelieferten Daten während des Zeitraums vom 15.06.    15.08. des jeweiligen Jahres erfolgt und dass hinsichtlich der Frage, ob sich Daten als fehlerhaft im Sinne des [   30 Absatz 4 Satz 4 RSAV](#) darstellen, danach beurteilt, ob die Fehlerhaftigkeit bis spätestens 15.08. des jeweiligen Jahres zu Tage getreten ist. Hieran anknüpfend sind Daten nur dann   nicht termingerecht   im Sinne dieser Vorschrift übermittelt    mit der Folge der Eröffnung des Anwendungsbereichs dieser Norm    wenn die betreffenden Daten dem BVA bis spätestens 15.08.  ber den GKV-Spitzenverband übermittelt worden sind. Soweit Daten später übermittelt werden, scheidet eine Annahme dieser Daten durch das BVA von vornherein aus. Der 15.08. des jeweiligen Jahres markiert die   erste zeitliche Grenze für die

Äbermittlung von Daten (BSG Urteil vom 20.05.2014 [aaO](#)); diese Frist, die gewährleisten soll, dass die dem BVA Äbermittelten Daten auch tatsÄchlich bis Ende des Jahres im Rahmen der Erstellung des Jahresausgleichsbescheids tatsÄchlich verarbeitet werden kÄnnen, verlÄre vollstÄndig ihre Bedeutung, lieÄe man die Nachlieferung/Korrektur von Daten ohne zeitliche Schranke Ä etwa bis zum Erlass des Jahresausgleichsbescheids Ä zu. Es liegt jedoch auf der Hand, dass gerade diese Frist die FunktionsÄhigkeit der DurchfÄhrung des Morbi-RSA gewährleisten soll, weil der Verordnungsgeber davon ausgegangen ist, dass nur dann, wenn der erwÄhnte ÄuÄerste zeitliche Rahmen eingehalten wird, das BVA seine gesetzlichen Aufgaben zu erfÄllen vermag.

3.Ä Gegen dieses Ergebnis kann die KlÄgerin nicht mit Erfolg einwenden, dass nach Sinn und Zweck des Morbi-RSA, der auch in [Ä§ 266 Absatz 6 Satz 6 SGB V](#) zum Ausdruck komme, die DurchfÄhrung des Jahresausgleichs stets auf der materiell zutreffenden Datengrundlage erfolgen solle, weshalb ihr auch die MÄglichkeit zur Korrektur ihrer unvollstÄndigen Korrekturmeldung (unabhÄngig von Fristen) eingerÄumt werden mÄsse. [Ä§ 266 Absatz 6 Satz 6 SGB V](#) sieht als Rechtsfolge vor, dass das BVA sachliche und rechnerische Fehler bei der Ermittlung der Werte nach Satz 3 der Vorschrift bei der nÄchsten Ermittlung der HÄhe der Zuweisungen nach den dafÄr geltenden Vorschriften zu berÄcksichtigen hat. ZunÄchst ist festzuhalten, dass diese Vorschrift keine Korrektur der Werte nach [Ä§ 266 Absatz 6 Satz 3 SGB V](#) in der Weise vorsieht, dass die bereits abgeschlossene Ermittlung dieser Werte berichtigt wird. Vielmehr erfolgt die Korrektur bei der nÄchsten Ermittlung der HÄhe der Zuweisungen und zwar Änach den dafÄr geltenden VorschriftenÄ.Ä Somit verdeutlicht (auch) diese Vorschrift Ä neben den bereits oben dargestellten Vorschriften der RSAV und der RSA-SpiBu-Bestimmung Ä dass zwar die DurchfÄhrung des Morbi-RSA einerseits auf einer (mÄglichst) zutreffenden Datengrundlage erfolgen soll, dass aber andererseits fÄr die Lieferung dieser Daten verbindliche Fristen gelten mÄssen, weil ansonsten Ä was auf der Hand liegt Ä die DurchfÄhrung des RSA nicht zu bewerkstelligen wÄre. Die Argumentation der KlÄgerin wÄrde eine Neuberechnung der Zuweisungen auch dann erzwingen, wenn die Fehlerhaftigkeit von Daten zu noch spÄteren Zeitpunkten (als der vorliegenden Fallgestaltung) auffiele und beinhaltete auch keine Begrenzung hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen der Fehlerhaftigkeit. Dies hÄtte angesichts der Vielzahl der am RSA teilnehmenden Krankenkassen, der sich daraus ergebenden vielfÄltigen MÄglichkeiten des Auftretens von Fehlern in den Äbermittelten Daten sowie der insgesamt vom BVA zu verarbeitenden Datenmengen den sicheren Kollaps des Systems zur Folge.

4. Keiner weiteren Darlegung bedarf, dass eine entsprechende Anwendung der Vorschriften Äber die Berichtigung offensichtlicher Fehler (den hier in Rede stehenden vermochte selbst die KlÄgerin erst nach Monaten und tagelangen Nachforschungen aufzudecken!) in Verwaltungsakten und Urteilen angesichts der hier gegebenen ganz anderen Sachlage, die zudem durch spezielle Normen geregelt ist, mehr als fernliegend ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Ä§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. Ä§ 154 Abs. 1,

[Â§ 161 Abs. 1 VwGO](#), die Streitwertfestsetzung auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#)
i.V.m.

[Â§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [Â§ 52 Abs. 1](#) und 4 sowie [Â§ 47 Abs. 1 Satz 1](#) und [Abs. 2 Satz 1 GKG](#).

Â

Erstellt am: 04.04.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024