

An das  
Bundesversicherungsamt  
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich

Nur per Email

28.08.2009

**Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf der Festlegung nach § 31  
Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010**

**Dr. Pekka Helstelä**  
Abteilungsleiter Systemfragen

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

das Bundesversicherungsamt legt im Rahmen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches gem. § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die im Ausgleichsjahr 2010 dem Risikostrukturausgleich zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2009 fest. Im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens hat das BVA den Entwurf der entsprechenden Festlegung inkl. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf am 31. Juli 2009 mit der Bitte um Stellungnahme an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

Dieser Entwurf steht in inhaltlichem Zusammenhang mit dem am 16. Juli 2009 zur Anhörung versendeten Entwurf zu den im Ausgleichsjahr 2010 zu berücksichtigenden Krankheiten. Grundsätzlich halten wir es für erforderlich, dass das Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl abgeschlossen ist, bevor darin enthaltene Änderungen für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zugrunde gelegt werden. Nachvollziehbar ist dies in diesem Jahr aus zeitlichen Gründen nicht möglich. Wir regen jedoch an, entsprechend den Anmerkungen unserer Stellungnahme vom 14. August 2009 zur Krankheitswahl für das Jahr 2010, das Verfahren zur Krankheitsauswahl 2011 frühzeitig abzuschließen.

Ansprechpartner: Dr. Pekka Helstelä  
Abteilungsleiter Systemfragen

Tel.: 030 206288-1100  
Fax: 030 206288-81100

[Pekka.Helstela@gkv-spitzenverband.de](mailto:Pekka.Helstela@gkv-spitzenverband.de)

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Zu den einzelnen Themenbereichen dieses Entwurfes nehmen wir wie folgt Stellung:

## **I. Methodisches Vorgehen**

Die dem Entwurf zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV beigefügten Erläuterungen zur Festlegung der Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressionsverfahrens und der Berechnungsverfahren durch das BVA tragen u.E. prinzipiell dazu bei, den Entscheidungsfindungsprozess des Wissenschaftlichen Beirates bzw. des BVA transparent zu gestalten. Grundsätzlich halten wir das durchgeführte Verfahren, die einzelnen Änderungen am Aufgreifalgorithmus bzw. am Klassifikationsmodell auf Basis eines definierten Bezugsmodells zu bewerten, für sinnvoll. Allerdings ist aus den vorliegenden Erläuterungen nicht eindeutig zu erkennen, welches Bezugsmodell jeweils mit welchen Veränderungen im Einzelfall herangezogen wurde. Zudem erscheint es aus unserer Sicht nicht zielführend, die Bewertung der einzelnen Modifikationen ausschließlich auf Basis eines primären Gütemaßes durchzuführen. Zwar liefert der  $R^2$ -Wert erste Hinweise auf die veränderte Schätzgenauigkeit des jeweiligen Modells, jedoch reicht dies vielfach nicht aus, um eine abschließende Bewertung der entstandenen Effekte durchzuführen. Hier sind aus unserer Sicht insbesondere die Relationen zwischen den durch das jeweilige Modell prognostizierten Kosten und den tatsächlichen IST-Kosten (predictive ratios), z.B. auf Basis von Krankheiten, Morbiditätsgruppen und Kostengruppen, der geeignetere Maßstab, um insbesondere die Frage der Zielgenauigkeit der Mittelzuweisung im M-RSA bewerten zu können.

## **II. Aufgreifkriterien**

### **a. Ambulante Diagnosen**

Grundsätzlich werden Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung nur im Rahmen des Klassifikationsmodells berücksichtigt, wenn sie mit dem Qualifizierungsmerkmal „G“ gemeldet wurden. Abweichend hiervon werden Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 117, 118 und 119 SGB V auch dann berücksichtigt, wenn dieses Qualifizierungsmerkmal nicht vorliegt. Wir begrüßen diese Regelung, da hiermit die bestehende Problematik des Datenmeldeverfahrens für die entsprechenden Einrichtungen berücksichtigt wird. Gleichmaßen trifft dieses Problem jedoch auch auf den Bereich der ambulanten Behandlung in Krankenhäusern gem. §§ 116a und 116b SGB V zu. Die Daten zu Leistungen nach § 116b SGB V werden derzeit zwar per DTA übermittelt, enthalten jedoch nicht die geforderten Qualifizierungsmerkmale. Eine entsprechende maschinelle Übermittlung ist mit Änderung der

Vereinbarung gem. § 301 SGB V zum Datenträgeraustausch ab dem 01.07.2010 vorgesehen. Daher ist es u.E. unerlässlich, die im vorliegenden Entwurf für Leistungen nach den §§ 117, 118 und 119 SGB V aufgeführte Ausnahmeregelung auch auf den Bereich der nach §§ 116a und 116b SGB V zu meldenden Diagnosen zu erweitern.

b. Modell 2+4: Berücksichtigung zeitgleicher Verordnungen und Aussetzen der M2Q-Prüfung bei erforderlicher Arzneimittelvalidierung

Der vorliegende Entwurf beinhaltet eine Veränderung der Aufgreifkriterien für Arzneimittel. Bei DXGs, die einer Arzneimittelvalidierung bedürfen, muss mindestens eine Arzneimittelverordnung im gleichen Quartal wie die Diagnosestellung vorliegen. Bei DXGs, bei denen eine Arzneimitteltherapie als obligat definiert wurde, entfällt darüber hinaus die M2Q-Prüfung.

Durch die zeitgleiche Betrachtung von Arzneimittelverordnung und Diagnosestellung wird ein direkterer Bezug zwischen Erkrankung und Arzneimitteltherapie hergestellt. Der Wegfall des M2Q-Kriteriums für DXGs mit obligater Arzneimitteltherapie führt dazu, dass Versicherte, die zwar eine ausreichende Menge Arzneimittel verordnet bekommen haben, aber nur eine einmalige Diagnosedokumentation aufweisen, im Klassifikationsmodell entsprechend berücksichtigt werden. Dies ist aus unserer Sicht sachgerecht, denn die Verordnung der erforderlichen Mindestmenge Arzneimittel entspricht der Intention des wegfallenden M2Q-Kriteriums, eine Chronizität der Erkrankung zu identifizieren.

Beide Änderungen wirken bestehenden Manipulationsanreizen, wie etwa der Diagnosenach Erfassung, entgegen. Dieser nachdrücklich zu begrüßende positive Effekt einer verstärkten Arzneimittelvalidierung geht dabei – gemessen am  $R^2$  – nicht zu Lasten der Prognosegüte des Modell ( $R^2$  steigt geringfügig von 20,85% auf 20,87%). Insgesamt sollte weiter geprüft werden, ob der für Funktionsfähigkeit und Akzeptanz des M-RSA zentral wichtigen Zielsetzung, Manipulationsanreize zu vermeiden, nicht noch stärker durch weiteren Ausbau der Arzneimittelvalidierung Rechnung getragen werden kann. Gerade die Arzneimittelverordnung gilt in der Diskussion um Manipulationsanreize in einem M-RSA als unanfällig für zielgerichtete Einflussnahme.



c. Verwendung bereinigter Behandlungstage

Im Risikostrukturausgleich für das Jahr 2009 wird die Mindestmenge der erforderlichen Arzneimittelwirkstoffe zur Validierung der entsprechenden DXG als Summe der verordneten Tagesdosen (DDD) definiert. Für Versicherte mit unvollständiger Versichertenperiode werden diese annualisiert. Im vorliegenden Entwurf schlägt das BVA vor, Verordnungen nicht mehr kumuliert zu betrachten, sondern anhand des Verordnungsdatums in bereinigte Behandlungstage (bBT) umzurechnen, die beginnend vom Verordnungsdatum nach Kalendertagen auf einem Zeitstrahl abgetragen werden. Dabei führen Überschneidungen nicht zu Mehrfachzählungen. Die bBT werden für Versicherte mit unvollständiger Versichertenperiode nicht annualisiert. Die Umstellung der Berechnungsmethode führt dazu, dass die Prognosegüte des Modells von 20,87 % auf 20,82 % sinkt und sich die Zahl berücksichtigter DXG um 90.664 (2,08 %) verringert. Aus dem Modellvergleich geht nicht hervor, ob die Arzneimittelmengen (DDD bzw. bBT) für Versicherte mit unvollständiger Versichertenperiode in beiden Fällen annualisiert bzw. nicht annualisiert wurden.

Begründet wird die vorgeschlagene Änderung damit, dass das bisherige Verfahren zu Fehlanreizen im Ordnungsverhalten von Arzneimitteln in Richtung Mehrfachtherapien und Höherdosierungen führen könne. Im Grundsatz ist eine Beachtung der Versorgungsneutralität des M-RSA zu begrüßen. Das vorgeschlagene Verfahren ist jedoch aus anderen Gründen kritisch zu bewerten.

Das bisherige Verfahren wird mit diesem Vorschlag in 2 Punkten verändert:

1. Für Versicherte, die weniger als 365 Versichertentage aufweisen, werden die bBT nicht annualisiert.
2. Die Berechnung der geforderten Arzneimittelmenge erfolgt nicht mehr kumulativ, sondern als bereinigte Behandlungstage.

Zu 1: Durch den Wegfall der Annualisierung der Verordnungsmengen werden Versicherte, die keine vollständige Versichertenperiode aufweisen, systematisch in ihrer Morbidität unterbewertet. Bei unvollständiger Versichertenperiode ist es nahezu unmöglich, die geforderte Mindestmenge an berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln zu erreichen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine entsprechende Annualisierung, analog zum bestehenden Verfahren, daher unverzichtbar.

Zu 2:

Die Berechnung der bBT basiert auf dem Verordnungsdatum der Satzart 400. Maßgeblich für den Eintrag in das Feld „Verordnungsdatum“ ist die Technische Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V. Hiernach wird das Feld mit dem vom Arzt auf der Verordnung angegebenen Verordnungsdatum gefüllt. Wenn dieses nicht vorliegt, wird in diesem Feld nur der Abrechnungsmonat angegeben. Die Bestimmung nach § 267 Abs. 7 SGB V lässt zudem beim Fehlen eines Verordnungsdatums die Angabe des Abrechnungsdatums zu.

Die Ermittlung der bBT basiert somit auf einem Eintrag, der nicht zwangsläufig das tatsächliche Verordnungsdatum wiedergibt. Häufig verwenden die Abrechnungszentren Dummies. Dies hat zur Folge, dass Arzneimittel gleiche Verordnungsdaten aufweisen können, obwohl sie zu unterschiedlichen Zeitpunkten verordnet wurden. Das angewendete Berechnungsverfahren führt dann dazu, dass die vermeintlich zum gleichen Zeitpunkt verordneten Arzneimittel nicht adäquat berücksichtigt werden und ungerechtfertigter Weise eine geringere Anzahl von Versicherten die geforderte Mindestmenge Arzneimittel aufweist.

Das Verfahren unterstellt zudem, dass sämtliche zum gleichen Zeitpunkt verordneten Arzneimittel generell gleichzeitig eingenommen werden. Dies ist zwar bei Stufenplantherapien, z. B. bei der Behandlung von Bluthochdruck, vielfach der Fall, jedoch gibt es ebenso Therapieformen, bei denen es notwendig ist, dass Versicherte die ihnen verordneten Arzneimittel im Wechsel einnehmen. Werden diese zeitgleich verordnet, führt die vorgeschlagene Berechnungsmethode dazu, dass die berechneten bBT nicht den tatsächlichen Behandlungstagen entsprechen. Zudem bildet das vorgeschlagene Verfahren der Berechnung bereinigter Behandlungstage die tatsächliche Verordnungspraxis in einem weiteren wichtigen Punkt nicht richtig ab: Notwendige Folgeverordnungen finden nicht erst nach dem vollständigen Verbrauch einer vorhergehenden Verordnung statt, sondern in der Regel mindestens einige Tage davor. Diese unvermeidlichen Überlappungszeiträume werden im vorgeschlagenen Berechnungsverfahren nicht berücksichtigt und verzerren die Morbiditätsermittlung.

Die o.g. Sachverhalte führen insgesamt zu der beobachteten Verschlechterung der Prognosegüte des Modells. Relevante Morbidität wird durch das vorgeschlagene Verfahren nur unzureichend berücksichtigt. Die Qualität der Einträge im Feld „Verordnungsdatum“ wurde nicht überprüft. Die Umstellung des Berechnungsverfahrens ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes somit insgesamt eher kritisch zu bewerten.

Vor diesem Hintergrund ist der GKV-Spitzenverband der Auffassung, dass vor einer Umstellung der Berechnungsmethode zumindest unbedingt geprüft werden muss, ob eine gleichmäßige Verteilung der Verordnungsdaten auf der Ebene von Verordnungstagen vorliegt. Nur dann wäre gewährleistet, dass Arzneimittelverordnungen entsprechend dem tatsächlichen Verordnungsgeschehen bei der Berechnung der bBT berücksichtigt werden. Auch ist abzuwägen zwischen der aus Gründen der Versorgungsneutralität des M-RSA grundsätzlich wünschenswerten Gleichbehandlung von Mono- und Mehrfachtherapie einerseits und der durch das neue Berechnungsverfahren ausgelösten Unterbewertung von Versicherten mit wechselnder Medikation bzw. frühzeitigen Folgeverordnungen andererseits. Sollten die Untersuchungen und die ggf. daraus abzuleitenden weiteren Verfahrensänderungen aus zeitlichen Gründen nicht durchführbar sein, sollte von einer Umstellung des Berechnungsverfahrens auf bereinigte Behandlungstage zum jetzigen Zeitpunkt abgesehen werden.

#### d. Änderung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel erforderlich“

Die vorgeschlagenen Änderungen betreffen insbesondere die für bestimmte DXG definierte Auswahl berücksichtigungsfähiger Arzneimittel (Anlage 3 der Festlegung). Diese bilden derzeit das Versorgungsgeschehen teilweise nur unzureichend ab. Die vorgenommenen Änderungen führen hier zu einer Verbesserung.

Bei den folgenden Punkten sehen wir jedoch Änderungsbedarf:

Die Auswahl berücksichtigungsfähiger Arzneimittel für die DXG 225 „Hämophilie“ ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes um die Wirkstoffe Faktor VIII-Inhibitor-bypass-Aktivität (B02BD03), Eptacog alfa (aktiviert) (B02BD08), Nonacog alfa (B02BD09), Octocog alfa (B02BD10), Moroctogog alfa (B02BD12) zu ergänzen. Diese werden bei



Hämophilie mit angeborenem Faktor VIII- bzw. Faktor IX-Mangel ebenfalls eingesetzt.

Bezüglich der Verwendung der Pseudo-PZN 9999901 „Hämophilieprodukte“ ist zu berücksichtigen, dass die Meldung dieser Pseudo-PZN gem. Bestimmung nach §267 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2008 nicht vorgesehen ist. Damit würde eine entsprechende Nachmeldung der Satzart 400 (Arzneimittelverordnung) für das Jahr 2008 erforderlich. Außerdem weisen wir darauf hin, dass die Definition dieser Pseudo-PZN nicht nur ausschließlich Arzneimittel enthält, die zur Behandlung von echter Hämophilie, angeborener Faktor VIII- oder Faktor IX-Mangel, eingesetzt werden.

Die Schweregraddifferenzierung im Bereich Hämophilie über Arzneimittel ist allerdings aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine grundsätzlich sinnvolle Änderung, die zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit bei der Mittelzuweisung führt. Aus diesem Grunde sollte trotz der dargestellten Problematik in Bezug auf die Verwendung der Pseudo-PZN für Hämophilieprodukte jedenfalls perspektivisch nicht auf eine entsprechende Schweregraddifferenzierung verzichtet werden. Eine Verwendung der Pseudo-PZN kommt allerdings allenfalls übergangsweise in Betracht. Dauerhaft ist auf eine präparatebezogene PZN-Erfassung von Hämophilieprodukten hinzuwirken, die im Direktbezug beschafft werden.

Den Vorschlag, die Arzneimittelvalidierung der DXG 244 (nicht näher bezeichnete Demenz), DXG 245 (Demenz mit Delir) und der DXG 248 (Demenz mit anderen Erkrankungen und bei hirnnorganischem Psychosyndrom) auszusetzen, halten wir für sachgerecht, weisen aber darauf hin, dass diese Änderungen in der Anlage 2 zur Festlegung nicht vollständig umgesetzt wurden (betrifft pdf-Dokument). Zudem suggerieren die Erläuterungen auf S. 77 oben, dass für die DXG 250 „Normotensiver Hydrozephalus“ eine Arzneimittelvalidierung vorgesehen ist. Dies widerspricht den Einträgen in der Anlage 2 und wäre aus unserer Sicht nicht sachgerecht.

Zudem möchten wir einen technischen Hinweis geben: In der Anlage 3 zur Festlegung sind die je DXG berücksichtigungsfähigen Arzneimittel aufgelistet. Hierin befinden sich ATC-Codes der unterschiedlichsten Ebenen, wodurch die Zuordnung nicht eindeutig ist. Aus diesem Grund sollte die Anlage 3 dahingehend überarbeitet

werden, dass sich hierin nur – den Erläuterungen entsprechend – die Ebenen 4 und 5 der ATC-Klassifikation wiederfinden.

### III. Änderungen des Klassifikationsmodells

Die vorgeschlagenen Änderungen des Klassifikationsmodells sind mehrheitlich nachvollziehbar und führen zu einer verbesserten Kostenhomogenität in den betroffenen hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG). Gleichzeitig erfolgt eine bessere Abbildung der bestehenden Kodierpraxis.

Allerdings sehen wir bei folgenden Bereichen Anpassungsbedarf:

#### **Hierarchie 1 – Infektionen: Schweregraddifferenzierung von HIV/ AIDS anhand von Arzneimitteln**

Aufgrund mangelnder Kostenhomogenität und der Einführung neuer ICD-Codes hat das BVA die Hierarchie 1–Infektionen– einer Überprüfung unterzogen. Es wird vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagen, Arzneimittelverordnungen zur Schweregraddifferenzierung zu verwenden. Die ursprünglichen DXG 001 bzw. DXG 002 werden differenziert in DXG mit bzw. ohne Dauermedikation. Dies zieht die Auftrennung und Hierarchisierung der zugehörigen HMG 001 in „HIVAIDS mit Dauermedikation“ bzw. HMG 184 „HIV/ AIDS ohne Dauermedikation“ nach sich. Gleichzeitig wird festgelegt, dass eine Zuordnung auf Basis stationärer Diagnosen sowie von Kindern unter 12 Jahren nur zu den DXGs ohne Dauermedikation erfolgen kann. Die hiermit verbundene Zuordnung der HMG 184 „HIV/ AIDS ohne Dauermedikation“ löst einen im Vergleich zur HMG 001 „HIV/ AIDS mit Dauermedikation“ niedrigeren Zuschlag aus.

Im Falle der Erkrankung HIV/ AIDS dominieren die Leistungsausgaben für Arzneimittel das Kostengeschehen. Die vorgeschlagenen Änderungen sind aufgrund der zielgenaueren Mittelzuweisung sachgerecht.

Zu hinterfragen ist allerdings aus unserer Sicht die Zusammenfassung der beiden DXG ohne Dauermedikation in eine HMG (HMG 184), obwohl sich die Kosten der beiden DXG lt. Tabelle 13 um 4.080 € erheblich voneinander unterscheiden. Aus Kostenhomogenitätsgründen wäre hier eine Aufspaltung der HMG 184 sinnvoll. Ein



Grund für die mangelnde Kostenhomogenität der HMG 184 könnte in der Zuordnung von stationären Diagnosen in DXGs ohne Dauermedikation sein. Diese nicht nachvollziehbare Zuordnung wird vom BVA nicht näher begründet. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die Folgekosten für Versicherte, die eine stationäre Diagnose der Krankheit HIV/ AIDS aufweisen, nicht vergleichbar mit den Folgekosten von Versicherten mit ambulant dokumentierter Diagnose ohne Dauermedikation. Vor diesem Hintergrund halten wir es für erforderlich, die Aufgreifkriterien für die DXG 001a bzw. DXG 002a sowie die Zuordnung der DXG 001 und DXG 002 in die gemeinsame HMG 184 nochmals zu prüfen. In Analogie zur DXG 225 wäre insbesondere eine Einbeziehung stationärer Diagnosen in die Schweregraddifferenzierung denkbar.

Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist die generelle Zuordnung von Kindern in die DXG ohne Dauermedikation. Da es aufgrund der Definition der DDDs als „täglich benötigte Erhaltungsdosis“ für einen Erwachsenen von 70 kg Körpergewicht für Kinder unter 12 Jahren nicht möglich sein wird, die geforderte Mindestmenge von 183 bBT zu erreichen, scheidet eine Aussetzung der festgelegten Altersgrenze aus. Vielmehr muss die geforderte Mindestmenge für diesen Personenkreis gesenkt werden. Die Grenze sollte unserer Ansicht nach empirisch festgelegt werden, da z.B. eine einfache Halbierung nicht sachgemäß erscheint. Alternativ wäre in Analogie zur DXG 225 Hämophilie die Forderung von mindestens zwei Verordnungen berücksichtigungsfähiger Arzneimittel aus unterschiedlichen Quartalen denkbar, um auch für Kinder bis 12 Jahren den Fall einer Dauermedikation adäquat festzustellen zu können.

#### **Hierarchie 8 – Hämatologische Erkrankungen**

Die im Entwurf enthaltene Schweregraddifferenzierung für den Bereich Hämophilie ist u.E. sachgerecht. Die Zuordnungskriterien zur DXG 225 und damit zur HMG 035 berücksichtigen jedoch nicht den Fall, dass für einen Versicherten eine unvollständige Versichertenperiode vorliegt. Diese Versicherten können das Kriterium „Arzneimittel in mindestens 2 Quartalen“ vielfach nicht erfüllen. Analog zur Prüfung des M2Q-Kriteriums ist hier eine dementsprechende Ausnahmeregelung einzuführen.

#### **Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege**

Neben den bisher verwendeten Aufgreifkriterien Diagnosen und Arzneimittelverordnungen schlägt das BVA vor, das Dialysekennzeichen der Satzart 100 als zusätz-

liches Aufgreifkriterium beim Vorliegen der entsprechenden Diagnosen „N180“ bzw. „N1884“ für die Gruppierung eines Versicherten in die DXG 541d „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen)“ und damit in die HMG 130 „Dialysestatus“ zu verwenden.

Hinsichtlich der Gruppierung von Versicherten in die HMG 130 bestand nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes Anpassungsbedarf, da die Gruppierung in diese HMG aufgrund der bestehenden Kodierpraxis bisher nur unzureichend erfolgte. Die Verwendung des Dialysekennzeichens als zusätzliches Aufgreifkriterium ist daher sachgerecht. Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Änderung allerdings weder im Dokument „Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010“ noch in der Anlage 2 zu den Festlegungen enthalten ist. Diese müssten entsprechend ergänzt werden.

#### **Hierarchie 25 – Transplantationen**

Das BVA hat bereits im Rahmen der Krankheitsauswahl für das Jahr 2010 darauf hingewiesen, dass für Versicherte mit Registrierung zu einer Organtransplantation prospektive Kosten in Höhe von ca. 50.000 € geschätzt werden. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme zum Entwurf der berücksichtigungsfähigen Krankheiten im Risikostrukturausgleich die Aufnahme der ICD-Codes positiv bewertet, da sie aus seiner Sicht ein geeignetes Morbiditätskriterium darstellen. Als nach wie vor problematisch wird jedoch die Zuordnung der ICD-Codes zur Krankheit bzw. Hierarchie „Transplantationen“ gesehen, da eine Registrierung zur Organtransplantation unserer Ansicht nach in erster Linie dazu geeignet ist, eine Schweregrad-differenzierung hinsichtlich einer vorliegenden Organfunktionsstörung abzubilden. Aus diesem Grund sollten die ICD-Codes zu den entsprechenden DXG der einzelnen Hierarchien der Organfunktionsstörungen (Hierarchie 5 – Erkrankungen der Leber, Hierarchie 16 – Herzerkrankungen, Hierarchie 19 – Erkrankungen der Lunge sowie der Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege) zugeordnet und die Hierarchien entsprechend angepasst werden. Ein Zusammenhang zwischen den Folgekosten einer Registrierung zur Organtransplantation und denen eines Zustands nach Organtransplantation ist aus unserer Sicht nicht plausibel. Genau dieser Zusammenhang wird mit der Eingruppierung der ICD-Codes in die Hierarchie der Transplantationen hergestellt. Die Auswirkungen dieser Eingruppierung auf die Hierarchien der einzelnen Organfunktionsstörungen (Hierarchie 5 Erkrankungen der

Leber, Hierarchie 16 Herzerkrankungen, Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge sowie der Hierarchie 20 Erkrankungen der Harnwege) wurde nicht untersucht. Hier wäre die Einführung von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen vermutlich sinnvoll.

Zudem gibt es Hinweise darauf, dass die Anzahl der tatsächlich bei Eurotransplant registrierten Versicherten zur Organtransplantation nicht mit der Anzahl entsprechend dokumentierter Diagnosen übereinstimmt. Die Dokumentation der entsprechenden ICD-Codes erfolgt also nur mangelhaft, was zur Folge hat, dass Kassen nur für einen Teil der relevanten Versicherten einen Morbiditätszuschlag erhalten würden. Verschärft wird das Problem zusätzlich durch die Forderung des M2Q-Kriteriums für ambulante Diagnosen.

Eine Berücksichtigung der entsprechenden Diagnosen würde u.E. einen massiven Anreiz zur Diagnosenacherfassung schaffen. Obwohl sich durch die Berücksichtigung der ICD-Codes die Zielgenauigkeit des Modells verbessert, schlägt der GKV-Spitzenverband eine Verschiebung der geplanten Änderung vor, bis sowohl die Dokumentationspraxis als auch die Datenqualität in diesem Bereich entsprechend analysiert wurden. Erst auf dieser Basis sollte eine Definition der Aufgreifkriterien und Zuordnungsregeln erfolgen, damit Anreize zur Diagnosenacherfassung von vornherein ausgeschlossen sind.

Zur Bewertung der Datenqualität könnte analog zum Kennzeichen „extrakorporale Blutreinigung“ in der Satzart 100 ein Kennzeichen „Registrierung zur Organtransplantation bei Eurotransplant“ eingeführt werden, das sich explizit auf die Registrierung zur Organtransplantation bei Eurotransplant auf Basis der dokumentierten Verwaltungs- und Zahlungsverfahren bei den Kassen bezieht. Eine entsprechende Änderung der Datenmeldung wäre in der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 SGB V zu regeln.

#### **IV. Zuweisungen für Verstorbene**

Im vorliegenden Entwurf wird vorgeschlagen, Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte nicht unter Berücksichtigung der tatsächlichen Versicherungszeit zu berechnen, sondern diese in voller Höhe unabhängig vom Todeszeitpunkt zu leisten. Offen bleibt dabei, wie die Zuweisungen für Kassenwechsler im Sterbe-



jahr erfolgen sollen. Durch diesen Vorschlag werde die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Verstorbene lt. BVA deutlich erhöht, da die Vorhersagegenauigkeit für diese Gruppe von derzeit 29 % auf 62 % steigt.

Vor allem anderen ist festzustellen, dass mit der beabsichtigten Änderung eine Sonderregelung für Verstorbene implementiert würde, die nicht durch die einschlägigen Vorgaben des § 268 Abs. 1 SGB V gedeckt ist: Der „Tod“ als solches ist kein Morbiditätsmerkmal im Sinne der Gesetzesvorschrift. Die vorgeschlagene Änderung ist u.E. somit rechtlich nicht zulässig. Das BVA kam im Übrigen bereits in der „Dokumentation zur Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Entwurf der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV“ vom 03.07.2008 zu einer analogen Bewertung, indem es ausführte: „Allerdings würde die Berechnung unterschiedlicher Zuschläge für verstorbene und nicht verstorbene Versicherte faktisch der Bildung einer gesonderten Versichertengruppe gleichkommen, was nicht mit § 29 RSAV in Einklang stünde.“

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass eine unabhängig von der tatsächlichen Versicherungszeit bzw. dem Todeszeitpunkt in voller Höhe zu leistende Zuweisung für Verstorbene eine Sonderbehandlung darstellen würde, die sich bereits grundsätzlich nicht mit der Systematik des M-RSA deckt. Die hierfür herangezogene Begründung der Verbesserung der zielgenauen Mittelzuweisung könnte ebenso für weitere auf Basis neuer Kriterien gebildeter Versichertengruppen herangezogen werden und ist dementsprechend nicht hinreichend. Schließlich ist bereits verfahrenstechnisch zu bedenken, dass die Information, ob ein Versicherter verstorben ist, auf keiner konkreten Meldevorschrift basiert. Das Kennzeichen muss damit als ein nicht hinreichend gesichertes Merkmal eingestuft werden. Die Krankenkassen erhalten zwar Nachricht über den Tod eines Versicherten, doch seit Wegfall des Sterbegeldes haben sich die Zeiträume bis zur Mitteilung des Sterbefalls beträchtlich verlängert und die Zuverlässigkeit solcher Meldungen, insbesondere für Familienversicherte, hat entsprechend nachgelassen.

Aus den o.g. Gründen lehnt der GKV-Spitzenverband die beabsichtigte Regelung für Verstorbene ab.

## **V. Zuordnung zur Kostenerstattergruppe**

Gem. §31 Abs. 5 Satz 2 RSAV werden bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für

den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 SGB V gewählt haben, die Risikogruppen nach § 29 Nr. 1 RSAV durch eine gesonderte Risikogruppe ersetzt. Der vorliegende Entwurf zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV enthält eine dementsprechende Regelung, nach der diesen Versicherten keine hierarchisierten Morbiditätsgruppen, sondern eine Kostenerstattergruppe zugeordnet wird.

Derzeit liegen weder dem GKV-Spitzenverband noch dem Bundesversicherungsamt entsprechende Daten zu Analyse der Leistungsausgaben dieser Versicherten vor, die eine Bewertung weitergehender Differenzierungen dieser Risikogruppe gem. § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV erlauben. Da eine Berücksichtigung der Kostenerstattergruppe erstmals im Rahmen des Jahresausgleichs 2009 erfolgt, halten wir es daher für erforderlich, dass das Bundesversicherungsamt bzw. der Wissenschaftliche Beirat eine entsprechende Überprüfung der weiteren Differenzierung dieser Risikogruppe auf Basis der Daten der Jahre 2008/2009 vor dem Schlussergleich 2009 durchführt. Die dann für den Jahresausgleich 2009 zugrunde zu legende (evtl. differenziertere) Berücksichtigung der Kostenerstattergruppe sollte u.E. dann auch analog im Abschlagsverfahren 2010 Verwendung finden.

## **VI. Hochrechnung der nicht versichertenbezogen erfassten Ausgaben**

Die Hochrechnung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben der M-RSA-Stichprobe (SA700) auf die Grundgesamtheit aller Versicherten weist gegenüber dem entsprechenden KJ1-Wert der Krankenkassen regelmäßig eine Differenz auf. Der aus dieser Differenz ermittelte Korrekturfaktor wird im aktuellen RSA-Verfahren einheitlich auf alle Zu- und Abschläge im M-RSA angewendet. Mit dem vorliegenden Entwurf beabsichtigt das BVA, diesen Differenzbetrag, der einerseits infolge einer Untererfassung, andererseits durch nicht versichertenbezogen vorliegende Ausgaben entsteht, nicht mehr durch diesen einheitlichen Korrekturfaktor, sondern in Form eines absolut gleichen Durchschnittsbetrages je Versicherten auszugleichen. Das BVA begründet dies damit, dass sowohl die nicht versichertenbezogen vorliegenden Ausgaben als auch die untererfassten Ausgaben zu einem großen Teil nicht morbiditätsbezogen seien.

Vom BVA werden in den Erläuterungen zum Entscheidungsfindungsprozess auf Seite 112 Konten aufgeführt, die nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben enthalten sollen. Diesbezüglich stellen wir jedoch fest, dass die auf einer Reihe dieser Konten enthaltenen Ausgaben zwar keinen Versichertenbezug, jedoch eindeutig einen Morbi-

ditätsbezug haben (z.B. Kto. 5130 – 5140 Förderung von Selbsthilfegruppen, Kto. 5400 Beiträge zur Unfallversicherung von Rehabilitanten). Es wäre bei der vorgeschlagenen Vorgehensweise sicherzustellen, dass der fehlende Morbiditätsbezug nachweislich besteht.

Vor allem aber ist die vorgeschlagene Verfahrensweise u.E. rechtlich nicht zulässig, da eine entsprechende gesetzliche Regelung zur pauschalen versichertenbezogenen Zuweisung für diesen Bereich der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben bislang weder im Gesetz noch in der RSAV existiert. Auch die pro forma-Kopplung dieser Zuweisung an die Zu- und Abschläge für Alter/Geschlecht führt hier nicht zu einer rechtskonformen Regelung.

Der GKV-Spitzenverband hält die beabsichtigte Regelung für problematisch. Eine versichertenbezogene Zuweisung sollte sich – auf der Grundlage einer klaren rechtlichen Regelung – auf nicht erfasste Leistungsausgaben beschränken, die nachweislich keinen Morbiditätsbezug aufweisen. Als Kompromiss hier offenkundig vorliegender Interessendivergenzen wäre ggf. alternativ zu prüfen, ob nicht ein Teil der vom Bundesversicherungsamt aufgeführten Konten besser in der Anlage 3.1 der Bestimmung nach §267 Abs. 7 SGB V den Verwaltungskosten, statt den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zugerechnet werden sollte.

## **VII. Berechnung des Anpassungsfaktors in den Strukturanpassungen**

Gem. § 39 Abs. 3 RSAV werden im monatlichen Abschlagsverfahren drei Strukturanpassungen für das jeweilige Ausgleichsjahr durchgeführt. In diesem Verfahren werden die Zuweisungen an die Krankenkassen auf Basis der aktuellsten vorliegenden Versicherten- und Morbiditätsinformationen neu berechnet. Hierbei wird das ermittelte Volumen der Zuweisungen durch einen Anpassungsfaktor pauschal auf das Zielvolumen justiert. Das BVA beabsichtigt nun, im Ausgleichsjahr 2010 in den Strukturanpassungen drei separate Angleichungsfaktoren jeweils für die AGGs, EMGs und HMGs vorzusehen, die sicherstellen sollen, dass im monatlichen Abschlagsverfahren immer der Anteil der Zuweisungen nach AGGs, EMGs und HMGs erfolgt, der sich aus der ursprünglichen Regression zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren ergab. Das BVA behält sich eine zukünftige Überprüfung dieser Regelung vor.

Ziel der Strukturanpassungen im monatlichen Abschlagsverfahren ist es, auf einer aktuellen Datenbasis eine Adjustierung der Fondszuweisungen in Richtung der Er-



gebnisse im Jahresausgleich durchzuführen. In der bereits durchgeführten Struktur-  
anpassung für das Ausgleichsjahr 2009 wurden die dem Abschlagsverfahren  
zugrunde liegenden Gewichtungsfaktoren nicht neu ermittelt. Für den vorliegenden  
Entwurf hat das BVA bislang nicht geprüft, inwieweit sich ein Absinken bzw. Anstei-  
gen der Zahl der HMG-Zuordnungen auf Basis aktueller Daten auf diese Gewich-  
tungsfaktoren auswirkt. Derzeit können die entsprechenden Effekte lediglich ver-  
mutet werden. Es liegen keine empirischen Ergebnisse vor, die nahelegen, dass die  
Anwendung der vom BVA vorgeschlagenen Anpassungsfaktoren zu einer Neu-  
justierung der Zuweisungen führen wird, die diese bestmöglich dem Ergebnis des  
Jahresausgleiches annähert.

Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, die Implementierung des beschriebenen  
Verfahrens solange auszusetzen, bis dieses durch das BVA nach Vorliegen entspre-  
chender Daten des Jahresausgleichs für 2009 empirisch geprüft worden ist. Letztlich  
kann aus unserer Sicht durch dieses Vorgehen ein valides Verfahren etabliert wer-  
den, dass auf der Grundlage transparenter Analysen auf Zustimmung aller am Ver-  
fahren Beteiligten trifft.

Wir bitten Sie, unsere Hinweise dem Wissenschaftlichen Beirat zuzuleiten und für die  
Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2010 zu berücksichti-  
gen. Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Pekka Helstelä