



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



## **Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Jahr 2012**

**BVA AZ VII2 - 5572.11 - 3076/2011**

### **Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der KKH|Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse**

Zu den vom Bundesversicherungsamt beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung. Die Gliederung unserer Stellungnahme entspricht dabei der Gliederung in den Erläuterungen des BVA zur Festlegung.

#### **Zu II Anpassung der Aufgreifkriterien**

##### **Zu II. 5 Verwendung stationärer Nebendiagnosen**

Wir unterstützen ausdrücklich den Vorschlag des Bundesversicherungsamts, die Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells durch eine striktere Prüfung der stationären Nebendiagnosen im Aufgreifalgorithmus zu erhöhen. Die in der Vergangenheit bekanntgewordenen Aktionen zur Steigerung der Nebendiagnosen haben gezeigt, dass trotz eines geringfügigen Rückgangs der Erklärungskraft des Modells (gemessen am  $R^2$ ) die Stabilität des Verfahrens

durch eine Verschärfung der Aufgreifkriterien erhöht werden muss. Der Vorschlag des Bundesversicherungsamts trägt diesem Problem Rechnung.

Dazu kommt, dass die in den letzten Jahren stark gestiegene Anzahl der Nebendiagnosen faktisch zu einer Verwässerung der entsprechenden Morbiditätszuschläge führt. Aus den tatsächlich kodierten Nebendiagnosen sind daher diejenigen herauszufiltern, die tatsächlich für den Gesundheitszustand des Patienten bedeutsam sind und im Folgejahr zu Mehrkosten führen. Mit einer Validierung der stationären Nebendiagnosen durch ambulante Diagnosen bzw. Arzneimittel kann genau dieses Ziel erreicht werden. Wenn nun argumentiert wird, dass bei längeren Krankenhausaufenthalten eine Validierung über den ambulanten Sektor aus Zeitgründen nicht möglich ist (es kann nach der Entlassung kein zusätzliches Quartal mehr erreicht werden oder die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt reicht nicht mehr aus, um die Mindest-DDD zu erfüllen), so trifft das Argument nur auf eine absolute Minderheit der Krankenhausfälle zu. Bei nahezu 100% der Krankenhausfälle liegt der Entlassungstag im Quartal der Aufnahme oder im Folgequartal. Daher ist auch in diesen Fällen die Erfüllung des M2Q-Kriteriums oder der Mindest-DDD durchaus möglich. Ein Verfehlen des Arzneimittel-Kriteriums trotz vorhandener Krankenhaus-Diagnose und entsprechender Diagnose aus dem ambulanten Sektor muss im Übrigen auch nicht auf eine Schwäche des vorgeschlagenen Modells hindeuten, sondern dürfte vielfach auf eine ungenaue Kodierung im ambulanten Sektor hindeuten. Wenn die Krankheit im Krankenhaus abschliessend behandelt wurde, der niedergelassene Arzt dann die ausgeheilte Diagnose kodiert, dabei fälschlicherweise aber den Diagnosezusatz G statt Z setzt, ist offensichtlich, dass keine korrespondierenden Arzneimittel verordnet werden. Dies liegt dann nicht an der DDD-Lücke durch den stationären Aufenthalt, sondern am falschen Diagnosezusatz im ambulanten Sektor.

Sicherlich können gerade bei Diagnosen mit Arzneimittelvalidierung akut-rezidiv (10 DDD) Sonderfälle konstruiert werden, in denen aufgrund der vom BVA vorgesehenen Änderung der Aufgreifkriterien kein Morbiditätszuschlag mehr generiert wird. Dazu ist anzumerken, dass diese Fälle zwar theoretisch denkbar sind, es sich dabei aber nur um Einzelfälle handelt. Solche Einzelfälle sind unseres Erachtens in Kauf zu nehmen, um die Manipulationsresistenz des Modells deutlich zu erhöhen.

### **zu III. Anpassung des Klassifikationsmodells**

#### **zu III. 6 Hierarchie 07: "Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems"**

In den Erläuterungen des BVA wird die Zusammensetzung der HMG038 aus 390 ICD-Schlüsseln, verteilt auf fünf Diagnosegruppen, dargestellt. 265 dieser ICD-Schlüssel führen bereits in die DxG188. Wir begrüßen die Splittung der DxG188 und somit die Bildung der DxG841 (111 ICDs).

Bei der Splittung fällt jedoch auf, dass der Morbus Still und die adulte Form der Still Krankheit (ICD M06.1-) in der DxG188 bei den chronischen Polyarthritiden verbleiben, obwohl der Morbus Still inhaltlich zur Juvenilen idiopathischen Arthritis gehört. Auch der Therapieaufwand und die Kosten entsprechen der juvenilen Arthritis. Wir schlagen daher vor, Morbus Still (M06.1-) aus der DxG188 herauszulösen und in die DxG841 einzuordnen. Damit kann eine medizinisch-inhaltliche und ökonomische Homogenität erreicht werden.

Des Weiteren ist auffällig, dass komplizierende Krankheitsbilder mit Organ- oder Gefäßbeteiligung der chronischen Polyarthrititis mit der regulären chronischen Polyarthrititis zusammengefasst wurden. Diese unterscheiden sich jedoch eindeutig in der Therapieintensität und auch in den Folgekosten. Diese Diagnosen finden sich in den ICDs M05.1- (chronische Polyarthrititis mit Lungenmanifestation), M05.2- (chronische Polyarthrititis mit Gefäßbeteiligung) und M05.3- (Seropositive chronische Polyarthrititis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme).

Neben der bereits vom BVA beabsichtigten ATC-Splittung schlagen wir daher vor, diese ICDs aus der HMG228 herauszulösen und in höherwertige HMGs umzugruppieren.

### **zu III. 7 Hierarchie 08: "Hämatologische Erkrankungen"**

#### **zu III. 7.2 Aufhebung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich für die DxG224 "Aplastische Anämie"**

Bei einer aplastischen Anämie handelt es sich um eine Störung der Knochenmarksfunktion, bei der es zu einer verminderten Bildung aller Blutzellen kommt. Die aplastische Anämie ist daher keine Tumorerkrankung. Es besteht ein absoluter Mangel an Erythrozyten (roten Blutzellen), Leukozyten (weißen Blutzellen) und Thrombozyten (Blutplättchen), d.h. eine Panzytopenie (Verminderung aller Blutzellen). Dabei wird zwischen der angeborenen aplastischen Anämie (z.B. Fanconi-Anämie) und der erworbenen aplastischen Anämie unterschieden. Einige Beispiele von bekannten Auslösern der aplastischen Anämie sind Medikamente, darunter einige Antibiotika und Schmerzmittel, und bestimmte Infektionen durch Viren, wie zum Beispiel das Pfeiffer'sche Drüsenfieber. Ein bedeutender Risikofaktor für eine Erkrankung der blutbildenden Stammzellen ist außerdem eine ständige Belastung mit dem chemischen Stoff Benzol.

Die aplastische Anämie kann sehr schwer verlaufen, wobei innere Blutungen, schwer kontrollierbare Infekte oder sogar ein Herzversagen entstehen können. Bei Patienten unter 50 Jahren wird deshalb eine Transplantation von Knochenmark eines geeigneten Spenders erwogen. Durch diese Behandlung kann ein großer Teil der Betroffenen geheilt werden. Allerdings birgt diese Therapie auch gewisse Risiken und erfordert danach eine lebenslange Einnahme von Medikamenten, welche eine Abstoßung des transplantierten Knochenmarks verhindern.

Hinzu kommt, dass sowohl die mildere als auch die schwerere Form der aplastischen Anämie in der Regel als Krankenhaus-Nebendiagnose kodiert wird und nicht ambulant. Es ist nicht unüblich, dass bei Patienten diese Diagnose im Rahmen der stationären Behandlung einer anderen Erkrankung gestellt wird. Diese Patienten werden zum Beispiel aufgrund einer schweren Blutung oder Sepsis im Krankenhaus behandelt und im Rahmen der Diagnostik wird die aplastische Anämie festgestellt. Die Behandlung wird also stationär und nur die Nachkontrolle ambulant durchgeführt. Aufgrund dessen würde bei der Weiterbehandlung im ambulanten Bereich die entsprechende ICD ein -Z- für "Zustand nach" erhalten und die Diagnose somit aufgrund der fehlenden Qualifizierung "G" für "gesichert" im weiteren Verlauf der Zuschlagsberechnung nicht berücksichtigt. Daraus entstehen Anreize für Manipulationen bzw. Einflussnahmen der Kassen auf die Kodierpraxis der niedergelassenen Ärzte. Alternativ sind auch Absprachen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen denkbar, die dann entsprechende Umkodierungen in RSA-berücksichtigungsfähige Diagnosen vornehmen. Um keine zusätzlichen Manipulationsanreize zu setzen, ist deshalb die Beibehaltung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich notwendig.

Wir schlagen daher vor, das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" für die aplastische Anämie beizubehalten.

### **zu III. 7.4 Prüfung einer geeigneten Einordnung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie D69.6-**

Wir begrüßen das Heraustrennen der ICD D69.6- nicht näher bezeichneten Thrombozytopenien aus der DxG233 und Neugruppierung in die HMG046. Es ist allerdings festzustellen, dass der Rest der DxG233 und somit die HMG210 sowohl inhaltlich als auch in den Kosten inhomogen ist. Des Weiteren ist die DxG232 und somit die HMG046, in die die ICD D69.6 verschoben worden ist, ebenfalls inhaltlich und bezüglich der Kosten inhomogen.

Unser Vorschlag für eine Trennung der geplanten HMGs nach inhaltlichen Aspekten auf ICD-Ebene sieht wie folgt aus:

#### **HMG046: Sonstige Gerinnungsstörungen**

##### **Gruppe 1: Erworbene Gerinnungsstörungen**

<b>ICD</b>	<b>ICD Bezeichnung</b>
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung
D68.3	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet

Die erworbene Fibrinolyseblutung ist ein akutes Geschehen, welches eine sofortige medizinische Intervention benötigt. Sie tritt auch im Rahmen der Disseminierten intravasalen Gerinnung oder auch als Defibrinationssyndrom bezeichnet auf, welche durch eine Vielzahl von Erkrankungen entstehen können. Zu den Erkrankungen gehören u.a. die Sepsis, onkologische Erkrankungen, schwere Verbrennungen, ausgedehnte operative Eingriffe und gynäkologische Komplikationen.

Es kommt zu einer Störung der Blutgerinnung, die zur Bildung von Mikrothromben und gleichzeitiger Ungerinnbarkeit des Blutes führt.

Die Therapie besteht zum einen aus der Substitution der fehlenden Gerinnungsfaktoren und zum anderen in der Beseitigung der grundlegenden Erkrankung.

## Gruppe 2: Angeborene Hämophilie

ICD	ICD Bezeichnung
D68.0	Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
D68.2	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

Bei diesen ICDs handelt es sich um Hämophilie-Diagnosen, die in der Regel keine Dauertherapie benötigen.

## Gruppe 3: Koagulopathien

ICD	ICD Bezeichnung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet

Als Koagulopathie wird eine Störung der Blutgerinnung bezeichnet, die zu einer erhöhten Blutungsneigung führt. Koagulopathien werden definitionsgemäß durch einen Mangel an Gerinnungsfaktoren verursacht.

Es können angeborene von erworbenen Ursachen sowie quantitative (Fehlen oder Verminderung von Gerinnungsfaktoren) und qualitative (Defekte der Gerinnungsfaktoren) Koagulopathien unterschieden werden. Die oben genannten ICDs lassen keinerlei Rückschlüsse auf die Ausprägung oder die Ursache der Gerinnungsstörung zu.

## Gruppe 4 nicht näher bezeichnete Thrombozytopenie (Neu/ehemals HMG210)

ICD	ICD Bezeichnung
D69.6	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

Bei diesen ICDs ist die Anzahl der Thrombozyten (Blutplättchen) vermindert. Die Ursache kann nicht hergeleitet werden.

**Die HMG210 kann nach folgenden inhaltlichen Aspekten geclustert werden:**

### Gruppe 1: Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren

ICD	ICD Bezeichnung
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren

Ein Mangel an Gerinnungsfaktoren kann angeboren oder erworben auftreten. Erworbene Formen liegen vor bei Lebersynthesestörungen, Verbrauchs-, Verlustkoagulopathie,

Antiphospholipid-Antikörpern beziehungsweise Inhibitoren gegen entsprechende Gerinnungsfaktoren oder bei bestimmten Medikamenten.

## Gruppe 2: Purpura anaphylactoides

ICD	ICD Bezeichnung
D69.0	Purpura anaphylactoides

Die Purpura Schönlein-Henoch (Purpura anaphylactoides, Vasculitis allergica) ist eine meist komplikationslos verlaufende, immunologisch vermittelte Vaskulitis (Entzündung) der kleinen Blutgefäße (Kapillaren, prä- und postkapilläre Gefäße) unbekannter Ätiologie, die als Multi-systemerkrankung bevorzugt Haut, Gelenke, Darm und Nieren betrifft.

## Gruppe 3: primäre Thrombozytopenie

ICD	ICD Bezeichnung
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.30	Idiopathische thrombozytopenische Purpura: Als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.31	Idiopathische thrombozytopenische Purpura: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.4	Sonstige primäre Thrombozytopenie
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

Die ursprüngliche Bezeichnung für eine ätiologisch ungeklärte isolierte primäre Thrombozytopenie in Kombination mit gesteigerter oder normaler Megakaryopoese lautete **"idiopathische thrombozytopenische Purpura" (ITP)**.

Die thrombozytopenische Purpura ist eine Autoimmunerkrankung, die die Thrombozyten (Blutplättchen) betrifft. Thrombozytopenie (kurz: Thrombopenie) bezeichnet einen Mangel an Thrombozyten im Blut.

Häufig ist keine Therapie notwendig, weil es zu einer Spontanheilung kommt.

#### Gruppe 4: sekundäre Thrombozytopenie

ICD	ICD Bezeichnung
D69.5	Sekundäre Thrombozytopenie
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet

Die sekundäre Thrombozytopenie ist bedingt durch zum Beispiel Arzneimittel (Heparin), Autoimmunerkrankungen - Systemischer Lupus Erythematoses, Infektion - HIV, HCV, Helicobacter pylori, Lymphome, Evans Syndrom, Gravidität. Aufgrund dessen kann die Therapie sehr vielfältig sein.

#### Gruppe 5: Hämorrhagische Diathese

ICD	ICD Bezeichnung
D69.8	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet

Als hämorrhagische Diathesen werden Krankheitszustände mit erhöhter Blutungsneigung bezeichnet. Unter diesen Oberbegriff fallen alle Blutgerinnungsstörungen.

#### Gruppe 6: qualitative Thrombozytenfunktionsstörungen

ICD	ICD Bezeichnung
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte

Dieses sind Erkrankungen, die die Thrombozytenfunktion beeinträchtigen. Die Ursachen sind vielfältig. Sie können erworben oder angeboren sein. Dem entsprechend sind die Therapien sehr heterogen.

Man kann diese HMGs also inhaltlich sehr scharf trennen. Wir empfehlen deshalb eine weitere Auftrennung und Neuzusammensetzung der HMG046 und HMG210 im Sinne der ökonomischen und medizinischen Homogenität.



Aus unserer Sicht ist folgende HMG-Bildung sinnvoll:

**HMG046\_neu:**

<b>DxG_neu</b>
Purpura anaphylactoides
primäre Thrombozytopenie
qualitative Thrombozytenfunktionsstörungen
Erworbene Gerinnungsstörungen
Angeborene Hämophilie
nicht näher bezeichnete Thrombozytopenie

**HMG210\_neu:**

<b>DxG_neu</b>
Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
sekundäre Thrombozytopenie
Hämorrhagische Diathese
Koagulopathien

Bei den Erkrankungen der Thrombozyten handelt es sich häufig um eine komplizierende Diagnose während eines stationären Aufenthaltes, die als Nebendiagnose kodiert wird und im ambulanten Bereich nicht diagnostiziert wird.

Aufgrund der genannten klinischen Aspekte halten wir die Beibehaltung des Kriteriums "stationär erforderlich" für notwendig.

**zu III. 8 Hierarchie 11: "Psychische Erkrankungen"**

Die hier geplanten Veränderungen halten wir grundsätzlich für sinnvoll. Allerdings sollte nach unserer Einschätzung die HMG055 (Näher bezeichnete bipolare affektive Störung) die HMG058 (Depression) dominieren.

Die HMG055 beinhaltet die Bipolare affektive Störung, auch bekannt unter der Bezeichnung „manisch-depressive Erkrankung“. Diese enthält bereits das Krankheitsbild Depression bzw. Manie in verschiedenen Episoden. Die HMG058 (Depression) enthält Diagnosen der Depression in verschiedenen Schweregraden. Ein gleichzeitiges Auftreten der beiden HMGs ist klinisch nicht möglich. Wenn bei einem manisch depressiven Versicherten in einer depressiven Episode eine isolierte Depression kodiert wird, handelt es sich um eine Fehlkodierung, da die Grunderkrankung die bipolare affektive Störung ist.

Um Manipulationen vorzubeugen und Fehlkodierungen nicht durch zusätzliche HMG-Zuschläge zu belohnen, schlagen wir die Hierarchisierung der HMG055 (Näher bezeichnete bipolare affektive Störung) und der HMG058 (Depression) vor, wobei die HMG055 die HMG058 dominieren sollte. Zusätzlich sollte die DxG843 (Sonstige manische und bipolare affektive Störungen) aus der HMG056 herausgelöst und in die HMG058 neu eingeordnet werden. Die HMG058 würde dann dementsprechend Depression und sonstige manische und bipolare affektive Störungen benannt.

### **zu III. 10 Hierarchie 16:"Herzerkrankungen"**

#### **zu III. 10.2 Herzstillstand / Schock**

Die Umsetzung des Vorschlags, für die ICD I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung das Aufgreifkriterium stationär erforderlich einzuführen, halten wir weiterhin für notwendig.

Die Erläuterungen des BVA zur Ablehnung des Vorschlags kann von uns nicht nachvollzogen werden. Als Begründung wird angegeben, dass die ICD I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung in der Regel nach den deutschen Kodierrichtlinien nicht als Hauptdiagnose kodiert werden dürfe, wenn die zugrunde liegende Ursache bekannt und eine Wiederbelebung, unabhängig vom Ergebnis, durchgeführt worden sei.

Das Aufgreifkriterium stationär erforderlich sollte allerdings nach streng medizinischen Aspekten und nicht nach Kodier-Gesichtspunkten vergeben werden. Durch den neuen Umgang mit den Krankenhausnebendiagnosen würde die Diagnose Herzstillstand nicht mehr berücksichtigt werden, da sie nach den Kodierrichtlinien in der Regel als Nebendiagnose kodiert werden soll. Dies wäre hier inhaltlich problematisch, da in der Regel ein so terminaler Gesundheitsstatus wie der Herzstillstand eine stationäre, maximaltherapeutische Behandlung erfahren sollte. Die Diagnose Herzstillstand gehört zu den Diagnosen, die zum Beispiel einen elektiven "banalen" Eingriff komplizierend gestalten kann und bei der mit entsprechenden Langzeitfolgen zu rechnen ist.

Medizinisch ist der Wegfall des Kriteriums stationär erforderlich nicht sinnvoll und würde dazu führen, dass die ICD I46.0 faktisch nicht mehr im Klassifikationssystem berücksichtigt werden würde.

### **Zu III. 11 Hierarchie 19: "Erkrankungen der Lunge"**

#### **Zu III. 11.5 Abgrenzung und Einordnung der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (HMG109, HMG110)**

Wir begrüßen zwar grundsätzlich die Aufhebung des Alterssplits und die Bildung der DxG848 ("Schwerwiegende COPD / Emphysem") und DxG849 ("Leicht- und mittelgradige COPD").

Die vorgeschlagene Auftrennung wird jedoch sowohl den klinischen Aspekten als auch den Kosten der entsprechenden Therapie nur teilweise gerecht. Eine COPD kann nicht geheilt werden. Ziel der Therapie ist, das vorhandene Krankheitsstadium zu stabilisieren und eine weitere Progredienz zu unterbinden. Je nach Krankheitsstadium unterscheidet sich auch die Therapie erheblich. Nach den Leitlinien nach GOLD<sup>1</sup> muss eine symptomlose COPD nicht medikamentös behandelt werden, sondern die Haupttherapie liegt in der Vermeidung bzw. dem Absetzen der auslösenden Parameter (Nikotinkarenz etc). Je fortgeschrittener das Krankheitsstadium, desto größer ist der Therapieaufwand und desto höher sind die Kosten. Die ICDs der COPD und des Emphysems basieren zum größten Teil auf Ergebnissen der Lungenfunktion. Diese Untersuchung ist jedoch von multiplen subjektiven Faktoren beeinflussbar. Zum einen hängt das Ergebnis von der Mitarbeit des Patienten und zum anderen von der Kompetenz des Untersuchers ab.

Geht man vom GOLD-Standard aus, nehmen die Symptome der COPD mit Zunahme des Schweregrades zu, dementsprechend muss zur Linderung und Stabilisierung des Erkrankungsbildes eine gezielte medikamentöse Therapie erfolgen. Daher schlagen wir in Anlehnung an die Leitlinien vor, zur Schweregraddifferenzierung einen ATC-Split durchzuführen. In Abhängigkeit von der Erfüllung des Arzneimittelkriteriums sollte dann die Eingruppierung in die DxG848 oder die DxG849 erfolgen.

---

<sup>1</sup> The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); <http://www.goldcopd.org>

Folgende ATCs sollten berücksichtigt werden:

ATC	ATC Bezeichnung
H02AB	Glucocorticoide
R03AA	Alpha- und Beta-Adrenozeptor-Agonisten
R03AC	Selektive Beta2-Adrenozeptor-Agonisten
R03AK	Sympathomimetika und andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R03BA	Glucocorticoide
R03BB	Anticholinergika
R03BC	Antiallergika, exkl. Corticosteroide
R03CB	Nichtselektive Beta-Adrenozeptor-Agonisten
R03CC	Selektive Beta2-Adrenozeptor-Agonisten
R03DA	Xanthine
R03DH	Homöopathische und anthroposophische Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung
R03DX	Andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung

Eine Analyse mit unseren Kassendaten bestätigt, dass Versicherte mit entsprechender Arzneimittelverordnung deutlich höhere Ausgaben im Folgejahr haben als Versicherte, die bei Einführung des ATC-Splits das Arzneimittelkriterium nicht erreichen.

### zu III. 12 Hierarchie 20: "Erkrankungen der Harnwege"

- **Zusammenlegung der HMG132 und der HMG136**

Die vom BVA vorgesehene Zusammenlegung der HMG132 (Nephritis) und der HMG136 (Nierenfunktionsstörung) wird in den Erläuterungen mit den bisher aufgetretenen Hierarchieverletzungen begründet. Aus unserer Sicht sollte das Problem jedoch nicht durch eine medizinisch und ökonomisch schwer begründbare Zusammenlegung gelöst werden. Vielmehr bietet es sich an, die Hierarchieverletzung durch eine Neuordnung der ICD-Codes zu den HMG132 und HMG136 zu heilen.

Bei der näheren Analyse des BVA-Vorschlags ist auffällig, dass die Diagnosen in der zusammengelegten HMG sehr inhomogen wären. So wären die angeborenen Nephritiden nun mit dem Rapid-progressiven nephritischen Syndrom in einer HMG vereint. Beispielhaft ist das Rapid-progressive nephritische Syndrom definiert durch seinen schnell fortschreitenden Verlauf. Unbehandelt oder bei später Diagnosestellung kommt es unweigerlich zum Auftreten eines Nierenversagens, während die angeborenen Nephropathien verschiedene Ausprägungen und Schweregrade aufweisen. Dementsprechend unterscheiden sich auch die Therapieformen und auch die (Folge-)Kosten deutlich voneinander.

Wir schlagen deshalb vor, die vorhandenen ICDs nach inhaltlichen Aspekten wie folgt zu clustern.

### Gruppe 1: Kleine Niere

ICD	ICD Bezeichnung
N27.0	Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig
N27.9	Kleine Niere unbekannter Ursache, nicht näher bezeichnet
N27.1	Kleine Niere unbekannter Ursache, beidseitig

### Gruppe 2: Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen

ICD	ICD Bezeichnung
N14.0	Analgetika-Nephropathie
N14.1	Nephropathie durch sonstige Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
N14.2	Nephropathie durch nicht näher bezeichnete(s) Arzneimittel, Droge oder biologisch aktive Substanz
N14.3	Nephropathie durch Schwermetalle
N14.4	Toxische Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert
N25.0	Renale Osteodystrophie
N25.1	Renaler Diabetes insipidus
N25.8	Sonstige Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion
N25.9	Krankheit infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion, nicht näher bezeichnet
N26	Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet

### Gruppe 3: Akutes nephritisches Syndrom

ICD	ICD Bezeichnung
N00.0	Akutes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N00.1	Akutes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N00.2	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N00.3	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N00.4	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N00.5	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N00.6	Akutes nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N00.7	Akutes nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N00.8	Akutes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N00.9	Akutes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet

#### Gruppe 4: Rapid-progressives nephritisches Syndrom

ICD	ICD Bezeichnung
N01.0	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N01.1	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N01.2	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N01.3	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N01.4	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N01.5	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N01.6	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N01.7	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N01.8	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N01.9	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet

#### Gruppe 5: Chronisches nephritisches Syndrom

ICD	ICD Bezeichnung
N03.0	Chronisches nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N03.1	Chronisches nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N03.2	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N03.3	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N03.4	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N03.5	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N03.6	Chronisches nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N03.7	Chronisches nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N03.8	Chronisches nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N03.9	Chronisches nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet

#### Gruppe 6: Nephrotisches Syndrom

ICD	ICD Bezeichnung
N04.0	Nephrotisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N04.1	Nephrotisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N04.2	Nephrotisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N04.3	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N04.4	Nephrotisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N04.5	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N04.6	Nephrotisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N04.7	Nephrotisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N04.8	Nephrotisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N04.9	Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet

### Gruppe 7: Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom

ICD	ICD Bezeichnung
N05.0	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion
N05.1	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N05.2	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N05.3	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N05.4	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N05.5	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N05.6	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit
N05.7	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N05.8	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen
N05.9	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet

### Gruppe 8: Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen

ICD	ICD Bezeichnung
N06.2	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N06.3	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N06.4	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N06.5	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N06.7	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung

### Gruppe 9: Hereditäre Nephropathie

ICD	ICD Bezeichnung
N07.0	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Minimale glomeruläre Läsion
N07.1	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen
N07.2	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse membranöse Glomerulonephritis
N07.3	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
N07.4	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
N07.5	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
N07.6	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Dense-deposit-Krankheit
N07.7	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N07.8	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige morphologische Veränderungen
N07.9	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet

### Gruppe 10: Sekundäre Glomeruläre Krankheiten

ICD	ICD Bezeichnung
N08.0	Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
N08.1	Glomeruläre Krankheiten bei Neubildungen
N08.2	Glomeruläre Krankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
N08.3	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
N08.4	Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
N08.5	Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes
N08.8	Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

### Gruppe 11: Akute tubulointerstitielle Nephritis

ICD	ICD Bezeichnung
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis

### Gruppe 12: Obstruktive Nephritis

ICD	ICD Bezeichnung
N11.0	Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis
N11.1	Chronische obstruktive Pyelonephritis

### Gruppe 13: Balkan-Nephropathie

ICD	ICD Bezeichnung
N15.0	Balkan-Nephropathie

### Gruppe 14: chronische interstitielle Nephritis

ICD	ICD Bezeichnung
N11.8	Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis
N11.9	Chronische tubulointerstitielle Nephritis, nicht näher bezeichnet

### Gruppe 15: Sonstige Interstitielle Nephritis

ICD	ICD Bezeichnung
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
N15.8	Sonstige näher bezeichnete tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N15.9	Tubulointerstitielle Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet



## Gruppe 16: Sekundäre Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten

ICD	ICD Bezeichnung
N16.0	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
N16.1	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Neubildungen
N16.2	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
N16.3	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Stoffwechselkrankheiten
N16.4	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes
N16.8	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

Um eine medizinische und ökonomische Homogenität zu erreichen, empfehlen wir folgende HMG-Neu-Aufteilung in eine HMG132\_neu mit der Bezeichnung chronische und interstitielle Nephritis und eine HMG136\_neu mit der Bezeichnung sonstige und akute Nephropathien:

### HMG132\_neu: chronische und interstitielle Nephritis

DxG_neu
sekundäre Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
Rapid-progressives nephritisches Syndrom
chronische interstitielle Nephritis
Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen
sekundäre Glomeruläre Krankheiten
Nephrotisches Syndrom
Chronisches nephritisches Syndrom
'Balkan-Nephropathie

### HMG136\_neu: sonstige und akute Nephropathien

DxG_neu
Obstruktive Nephritis
Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom
Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen
sonstige Interstitielle Nephritis
Kleine Niere
Hereditäre Nephropathie
Akutes nephritisches Syndrom
Akute tubulointerstitielle Nephritis

- **Forderung des Dialysekennzeichens**

Wir begrüßen die Einführung des Dialyse-Kennzeichens für die DxG536 analog zur DxG821.

Inhaltlich werden folgende ICDs berücksichtigt: Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse, Z49.1 Extrakorporale Dialyse, Z49.2 sonstige Dialyse und Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz. Bis auf die ICD Z49.0 beinhalten die übrigen ICD die Durchführung einer Dialyse. Sollten diese ICDs ohne das Vorliegen einer Dialyse verwendet werden, handelt es sich um eine unvollständige oder fehlerhafte Kodierung. Bei Verwendung der Z49.0 wird der Patient durch z.B. Shuntanlage auf die Dialyse vorbereitet und kann das Dialysekennzeichen noch nicht erhalten haben. Wir empfehlen daher den Ausschluss der Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse aus der DxG850 Dialysestatus (mit Dialysekennzeichen).

Außerdem empfehlen wir den Ausschluss der Z49.1 Extrakorporale Dialyse, Z49.2 sonstige Dialyse und Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz aus der DxG851 Dialysestatus (ohne Dialysekennzeichen), da in den ICD-Texten bereits die Durchführung einer Dialyse angezeigt wird. Diagnosen, bei denen die Dialyse Grundvoraussetzung der Kodierung ist, in eine HMG ohne Berücksichtigung der Dialyse einzuordnen, ist allerdings kaum nachvollziehbar.

### **zu III. 13 Kostenerstatter**

Eine Überprüfung, ob abweichend von § 31 Abs. 5 Satz 2 RSAV eine Untergliederung der Gruppe der Kostenerstatter vorgenommen werden sollte, wurde bereits für das Klassifikationsverfahren 2011 diskutiert. Das BVA konnte nun mit den vorliegenden Daten aus der Stichprobe 2008/2009 eine solche Überprüfung vornehmen. In der Stichprobe waren lt. den Erläuterungen des BVA 5.071 Versicherte enthalten, die in 2008 mindestens 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben sowie 210 Versicherte mit Kostenerstattung nach § 53 SGB V. Mit diesen Daten hat das BVA verschiedene Untergliederungen der bisherigen Kostenerstatter-Gruppe modelliert, die sich in der Abgrenzung der Altersgruppen unterscheiden. Allen Modellen gemeinsam ist, dass sich in der jeweils jüngsten Altersgruppe (0-30, 0-35, 0-40) keine signifikanten Regressionskoeffizienten ergeben und damit für diese Versicherten kein Kostenerstatter-Zuschlag ausgelöst würde. Auswertungen unserer Kasendaten zeigen jedoch, dass auch für diese Altersgruppen im Folgejahr Ausgaben anfallen, die deutlich über den AGG- und ggf. EMG-Zuschlägen liegen. Es ist daher nicht plausibel, dass das Merkmal Kostenerstatter für diese Altersgruppe keinen Beitrag zur Erklärung der Kosten im Folgejahr leisten soll. Dass die Regressionskoeffizienten für diese Altersgruppen nicht signifikant sind, dürfte vielmehr auf die geringe Besetzungszahl der entsprechenden

Gruppe in der Stichprobe zurückzuführen sein. Wir halten daher aufgrund der geringen Stichprobengröße derzeit eine Aufgliederung der Kostenerstatter-Gruppe in 11 Untergruppen nicht für tragfähig. Wir schlagen vor, die vom BVA beabsichtigte Untergliederung zurückzustellen, bis die Meldung der Satzart 700 auf eine Vollerhebung umgestellt ist. Danach ist eine ausreichend große Datenbasis verfügbar, um die vom BVA aktuell beabsichtigte Untergliederung zu prüfen und ggf. umzusetzen.

#### **zu IV. Änderung des Berechnungsverfahrens**

##### **zu IV. 14 Berücksichtigung der Verstorbenen**

In den Erläuterungen zum Klassifikationssystem 2009 hat das BVA zutreffend ausgeführt, dass die Ausgaben Verstorbener nicht annualisiert werden, da es ansonsten zu einer Überschätzung der von ihnen verursachten Ausgaben käme. Dieses Vorgehen zur Berücksichtigung der Leistungsausgaben von Verstorbenen wurde im Anschluss von einigen Krankenkassen bzw. deren Organisationen und auch vom neu zusammengesetzten wissenschaftlichen Beirat des BVA kritisiert. Die Argumente zu diesem Thema sind allen Beteiligten hinlänglich bekannt. Angesichts der gravierenden finanziellen Auswirkungen einer Umstellung ist es nachvollziehbar, dass das BVA vor einer weiteren Diskussion zunächst die Ergebnisse der empirischen Evaluation des Jahresausgleichs 2009 durch den wissenschaftlichen Beirat abwartet. Wir begrüßen daher ausdrücklich die Absicht des Bundesversicherungsamts, im Klassifikationsmodell 2012 keine Änderung bei der Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener vorzusehen, sondern das bisherige Verfahren beizubehalten.

##### **zu IV. 18 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben**

Im Klassifikationssystem für das Ausgleichsjahr 2010 wurde geregelt, dass Ausgaben ohne Morbiditätsbezug künftig verursachungsgerecht über einen einheitlichen Betrag je Versichertentag zugewiesen werden. Nun wird vom BVA untersucht, ob diese Änderung teilweise wieder zurückgenommen werden soll. Es wird hinterfragt, ob für einen Teil dieser nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben empirisch doch ein Morbiditätsbezug abgeleitet werden kann.

Zur Diskussion standen die Ausgaben auf den Konten 5186 - 5188 (Schutzimpfungen), 5130 / 5140 (Förderung von Selbsthilfegruppen) und 5155 (Betriebliche Gesundheitsprävention). In einer empirischen Analyse stellt das BVA die quadrierten Abweichungen zwischen Ausgaben und Zuweisungen gegenüber, die sich bei verschiedenen Verteilungsschlüsseln (mit varii-

renden Anteilen nach Versichertenzeiten und Morbidität) ergeben hätten. Sind die quadrierten Abweichungen bei einer reinen Verteilung nach Morbidität am geringsten, wird dies vom BVA als vollständiger Morbiditätsbezug der Ausgaben interpretiert. Damit wird unterstellt, dass das Ausgabenrisiko der Krankenkassen für diese Leistungsart mit steigender RSA-Morbidität der Versicherten ebenfalls steigt. Anhand von quadrierten Abweichungsbeträgen zwischen Zuweisungen und Ausgaben kann dies empirisch allerdings nicht belegt werden. Dies wäre nur möglich bei einer versichertenbezogenen Erfassung der Ausgaben und anschließender Berücksichtigung im Regressionsverfahren. Da diese Ausgaben nicht versichertenbezogen abgerechnet werden und damit auch nicht entsprechend verbucht werden können, ist ein empirischer Nachweis nicht zu führen. Mit quadrierten Abweichungsbeträgen kann allenfalls eine Scheinkorrelation aufgezeigt werden, was aber keine ausreichende Grundlage für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds darstellt.

Auch die Vorgehensweise, innerhalb der einzelnen Konten eine Schlüsselung nach Morbiditätsunabhängigkeit und -abhängigkeit einzuführen, wird von uns abgelehnt. Es wäre nicht konsequent, eine Schlüsselung nur bei einzelnen Konten anzusetzen, sondern es müsste dann auch für die bisher als morbiditätsabhängig eingestuften Konten (z. B. Sprechstundenbedarf) nach dem jeweils sachgerechten Schlüssel gesucht werden. Eine unterschiedliche Schlüsselung bei den verschiedensten Einzelkonten würde das Verfahren aber unnötig komplizieren und würde dem Ziel einer Vereinfachung klar entgegenstehen. Daher lehnen wir unabhängig vom konkreten Konto ein Schlüsselverfahren bei der Hochrechnung nicht versichertenbezogener Leistungsausgaben ab.

Zudem ist inhaltlich bei näherer Betrachtung in den untersuchten Leistungsbereichen keine Abhängigkeit der tatsächlichen Ausgaben von der RSA-Morbidität bzw. den standardisierten Leistungsausgaben erkennbar.

- **Schutzimpfungen**

Impfstoffe für Schutzimpfungen werden in der Regel über eine Umlage abgerechnet. Eine versichertenindividuelle Ermittlung der Ausgaben ist in den meisten Fällen nicht möglich. Nach wie vor wird nur ein kleiner Teil der Impfstoffe (wie z.B. Impfstoffe für HPV-Impfungen) für konkrete Versicherte abgerechnet. Solange weit überwiegend kein Versichertenbezug bei der Abrechnung vorhanden ist, ist eine pauschale Ermittlung der darauf entfallenden Zuweisungen weiterhin notwendig.

Indirekt lassen sich jedoch auch bei einer nicht auf den einzelnen Versicherten bezogenen Abrechnung Ausgabenschwerpunkte festmachen, die der Annahme, die entsprechenden Ausgaben folgen der RSA-Morbidität, widersprechen. So werden Schutzimpfungen schwer-

punktmäßig bei Kindern und Jugendlichen erbracht, dazu kommen Impfungen für ältere Versicherte (beispielsweise die für Versicherte ab 60 Jahren empfohlene Gripeschutzimpfung). Die Impfstoffe der Schutzimpfungen für Kinder und Jugendliche sind deutlich teurer als die Grippe-Impfstoffe. Während der Influenza-Impfstoff nur rund 30 Euro kostet, kostet der Impfstoff gegen Meningokokken schon rund 50 Euro, Mehrfachimpfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen sogar annähernd 100 Euro. Da Kinder in der Regel einen Risikofaktor deutlich unter 1,0 haben, für Rentner dagegen von einem Risikofaktor von durchschnittlich 2,0 ausgegangen werden kann, bestehen demnach keine Anzeichen für eine Abhängigkeit der Ausgaben für Impfstoffe von der RSA-Morbidität, vielmehr wäre sogar eine höhere Zuweisung für Kinder und Jugendliche angezeigt. Auch bei Betrachtung der in der GKV abgerechneten ärztlichen Leistungen für Schutzimpfungen (ohne Impfstoffe!) als Näherungsgröße für Fallzahlen zeigt sich kein Schwerpunkt bei der relativ morbiditätsstärkeren KVdR: Im Jahr 2008 wurden bei den ärztlichen Leistungen 23,8 % für den Personenkreis Rentner abgerechnet (58.976.000 Euro von 247.681.000 Euro), während der entsprechende Versichertenanteil der Rentner bei 25,7% lag (17.801.894 von 69.375.266). Ein Schwerpunkt der Abrechnung bei der KVdR lässt sich daraus nicht entnehmen. Selbst im Jahr 2009, das durch den Sondereffekt Schweinegrippe gekennzeichnet war, war der Anteil der KVdR nur leicht überdurchschnittlich (28,9% Honoraranteil vs. wiederum 25,7% Versichertenanteil). Auswertungen eigener Daten bestätigen die für die GKV nur grob auf der Ebene AKV / KVdR ableitbaren Erkenntnisse und zeigen, dass innerhalb der AKV sowohl bei den Fallzahlen als auch beim Honorar der Schwerpunkt der Leistungen bei Versicherten unter 21 Jahren liegt, also einer Versichertengruppe mit durchschnittlichem Risikofaktor weit unter 1,0.

Eine nähere Betrachtung der Abrechnungen von Impfstoffen bestätigt ebenfalls, dass die Ausgaben einer Krankenkasse in diesem Bereich nicht systematisch mit der RSA-Morbidität korrespondieren. Die Abrechnung von Impfstoffen erfolgt in vielen Fällen über regionale Vereinbarungen, die entstandenen Kosten werden auf die Kassen umgelegt. Die Umlage erfolgt in der Regel in Anlehnung an die Umlage für Sprechstundenbedarf, wird je nach KV-Bezirk allerdings unterschiedlich konkretisiert. In KV-Bezirken mit Umlage nach Mitgliedern liegt zweifelsfrei keine Morbiditätsabhängigkeit der Impfstoffumlage vor. Selbst in KV-Bezirken mit Umlage nach Fallzahlen ist eine Abhängigkeit der Umlagehöhe von der RSA-Morbidität nicht zwangsläufig gegeben. Von den ambulanten Fallzahlen kann nicht automatisch auf die RSA-Morbidität geschlossen werden. Die Fallzahlen sind nicht mit den Fallzahlen ärztlicher Behandlungsfälle gleichzusetzen, die für die Umlage des Sprechstundenbedarfs angesetzt werden. So erfolgt die Umlage für Impfstoffe in Niedersachsen zwar nach Fallzahlen, diese Fallzahlen beziehen sich aber - anders als beim Sprechstundenbedarf - auf die Impfstofffrequenzen und haben damit einen Schwerpunkt bei Kindern und Jugendlichen. Trotz der Umlage nach Fallzahlen besteht also keine Abhängigkeit der Höhe der Umlage von der RSA-Morbidität. Auch in Nordrhein wird die Umlage in Abhängigkeit von den Fallzahlen berechnet.

Hier beziehen sich die Fallzahlen auf die abgerechneten Imp fziffern und damit auf die ärztlichen Honorare für Impfungen. Auch hier besteht demnach keine Abhängigkeit der Umlagehöhe von der RSA-Morbidität. Insgesamt kann daher festgehalten werden, dass auch bei Abrechnung der Impfstoffe über eine Umlage die Kosten für Impfstoffe nicht als morbiditätsabhängig eingestuft werden können.

Eine Veränderung der Zuweisungssystematik hätte deutliche Auswirkungen: Auf den Konten 5186-5188 wurden in der KJ1 2009 GKV-weit 1.118.199.000 Euro gebucht. Bei einer Zuweisung über Erhöhungsbeträge je Versicherten entfallen damit auf die Gruppe der Rentner Zuweisungen in Höhe von 287 Mio. Euro. Bei einem Zuweisungsanteil von 60% nach Versicherten und 40 % nach Morbidität entfielen bei einem unterstellten Morbiditätsfaktor für Rentner in Höhe von 2,0 rund 402 Mio. Euro auf die Gruppe der Rentner (vereinfacht dargestellt:  $0,6 \times 1.118.199.000 \text{ Euro} : 69.172.533 \times 17.743.185 + 0,4 \times 1.118.199.000 \text{ Euro} : 69.172.533 \times 17.743.185 \times 2$ ). Damit würde 35,9% des auf Impfstoffe entfallenden Zuweisungsvolumens für KVdR-Versicherte ausgeschüttet, was den Ausgabenanteil für die entsprechenden ärztlichen Leistungen deutlich übersteigt.

Insgesamt geben weder die Kosten der Impfstoffe noch die abgerechneten ärztlichen Leistungen für Schutzimpfungen noch die konkrete Abrechnung mit den Kassen über Umlagen Hinweise darauf, dass für die relativ morbiditätsstärkeren Rentner höhere Ausgaben angefallen sind als für die AKV. Vielmehr müsste der (morbiditätsunabhängige!) Erhöhungsbetrag für Kinder und Jugendliche sogar höher sein als der Erhöhungsbetrag für Erwachsene / Rentner. Eine zusätzliche Schlüsselung neben der schon bestehenden Unterscheidung zwischen nicht-morbiditätsbezogene Untererfassung / pauschaler Erhöhungsbetrag und morbiditätsbezogene Untererfassung / Hochrechnung über standardisierte Leistungsausgaben würde jedoch das Rechenverfahren noch komplizierter machen. Daher schlagen wir zur Vereinfachung vor, die Ausgaben für Impfstoffe weiter über einen einheitlichen Erhöhungsbetrag zuzuweisen.

Ergänzend dazu weisen wir darauf hin, dass im Entwurf der Festlegung unter 2.1.2 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben (S. 14 des Entwurfs) bzgl. Schutzimpfungen nur das Konto 5186 genannt ist. Wir gehen hier von einem redaktionellen Versehen aus, da in den Erläuterungen korrekt von den Konten 5186-5188 gesprochen wird, so dass auch die entsprechenden Konten für Familienversicherte und Rentner mit erfasst werden. Daher sind auch im Festlegungstext auf S. 14 die Konten 5187 und 5188 zu ergänzen.

- **Förderung von Selbsthilfegruppen**

Die Förderung der Selbsthilfe ist in § 20c SGB geregelt und wird in einem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände konkretisiert. Die Förderung von Selbsthilfegruppen ist ausdrücklich nicht auf die Versicherten der jeweiligen Krankenkasse beschränkt, vielmehr kommt die Förderung der Selbsthilfegruppe insgesamt zugute, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse die Teilnehmer der Selbsthilfegruppe versichert sind. Wenn eine Krankenkasse pro Jahr mit den kassenindividuell geförderten Projekten die festgelegte Förder-summe nicht ausschöpft, sind die von ihr nicht verausgabten Mittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen. Ein Zusammenhang zwischen den Ausgaben für die Förderung von Selbsthilfegruppen und der RSA-Morbidität der Versicherten einer Kasse besteht daher nicht.

- **Betriebliche Gesundheitsprävention**

Die betriebliche Gesundheitsprävention setzt gem. § 20a SGB V nicht an einzelnen Versicherten an, sondern immer an Betrieben. Entsprechend dem vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Handlungsleitfaden zur Betrieblichen Gesundheitsprävention sind diese Maßnahmen nicht versichertenindividuell, sondern als Organisationsentwicklungsinstrument zu verstehen, mit dem über eine veränderte Gesamtorganisation der Arbeitsabläufe und des Arbeitsumfelds eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Arbeitnehmer erreicht werden soll. Die von einer Krankenkasse finanzierten Maßnahmen kommen allen Arbeitnehmern des Betriebs zugute und sind nicht auf die eigenen Versicherten beschränkt. Entsprechend sind die Krankenkassen in § 20a Abs. 2 SGB V aufgefordert, bei der betrieblichen Gesundheitsprävention zusammenzuarbeiten. Die Richtwerte für Ausgaben in diesem Bereich sind bezogen auf die Versichertenzahl und nicht auf die RSA-Morbidität der Versicherten. Zudem sind die Maßnahmen auf Arbeitnehmer beschränkt, für Rentner - die in der Regel einen weit-aus höheren Morbiditätsfaktor haben und für die entsprechend deutlich höhere Zuweisungen erfolgen - können diese Maßnahmen schon per Definition nicht erbracht werden. Auch aus diesem Grund ist eine Hochrechnung anhand der standardisierten Leistungsausgaben verfehlt. Insgesamt kann daher für die Krankenkassen kein Zusammenhang zwischen den Ausgaben für betriebliche Gesundheitsprävention und der RSA-Morbidität der Versicherten hergestellt werden.

Analog zum Beispiel Impfstoffe kann am Beispiel der Zuweisungen für AKV und KVdR gezeigt werden, welche zusätzlichen Verzerrungen durch eine morbiditätsabhängige Hochrechnung der Ausgaben für betriebliche Gesundheitsprävention entstehen würden. Im Jahr 2009 wurden laut KJ1 von der GKV 39.479.000 Euro Ausgaben verbucht. Schon mit dem derzeit

geltenden pauschalen Erhöhungsbetrag je Versichertentag resultieren daraus für die KVdR Zuweisungen in Höhe von 10.126.170 Euro, denen keine Ausgaben für diese Versicherten- gruppe gegenüberstehen. Bei einer morbiditätsbezogenen Hochrechnung und einem unter- stellten Risikofaktor von 2,0 würde diese ungerechtfertigte Zuweisung sogar noch verdoppelt. Sachgerecht wäre, die Zuweisungen für betriebliche Gesundheitsprävention auf die Mitglieder der AKV zu beschränken. Zur Vereinfachung des Verfahrens schlagen wir jedoch vor, das derzeitige Verfahren über pauschale Erhöhungsbeträge beizubehalten.

- **Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)**

Statt einer Herausnahme von Konten aus der Liste der nicht-morbiditätsbezogenen Ausga- ben sollten sogar weitere Konten hinzugefügt werden. Auch die auf den Konten 5160 - 5162 gebuchten Ausgaben für Gruppenprophylaxe sind nicht morbiditätsabhängig und müssen daher von der Hochrechnung ausgenommen werden. Auch für diese Konten ist ein entspre- chender Erhöhungsbetrag je Versicherten(tag) auf die AGG- und AusAGG-Zuschläge aufzu- schlagen.

Die Ausgaben für Gruppenprophylaxe stehen nicht im Zusammenhang mit der RSA- Morbidität einer Kasse. An Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe nehmen in der Regel Kinder und Jugendliche bis zum 12. Lebensjahr teil, in Ausnahmefällen können die Leistungen auch für Jugendliche bis zu 16 Jahren erbracht werden. Die Ausgaben sind nicht verursachungs- gerecht den einzelnen Versicherten zuzuordnen, sondern werden pauschal abgerechnet. Die entstandenen Ausgaben sind von den Kassenarten entsprechend den Anteilen an der KM6 (Mitgliederanteile ohne Rentner) zu tragen. Ein Zusammenhang mit der RSA-Morbidität be- steht demnach weder inhaltlich noch bei der Finanzierung. Es ist deshalb angemessen, auch für die Konten 5160-5162 eine pauschale Berechnung über einen einheitlichen Erhöhungsbetrag vorzunehmen.

Auch hier kann analog zum obigen Beispiel Impfstoffe gezeigt werden, wie verzerrend die derzeitige Hochrechnung der Ausgaben für Gruppenprophylaxe nach Morbidität wirkt: Auf den Konten 5160-5162 wurden 2009 in der GKV Ausgaben in Höhe von 43.716.000 Euro gebucht. Bei der bisherigen morbiditätsabhängigen Hochrechnung entfallen daraus auf die KVdR Zuweisungen in Höhe von 22 Mio. Euro, obwohl die Leistungen für die KVdR nicht er- bracht werden. Selbst bei einer Zuweisungsberechnung über einen pauschalen Erhöhungs- betrag je Versicherten(tag) entfielen auf die KVdR immer noch Zuweisungen in Höhe von 11 Mio. Euro, ohne dass diesem Betrag Leistungen gegenüberstehen. Korrekt wäre daher eine Zuweisung anhand von Versicherten unter 16 Jahren. Um das Verfahren zu vereinfachen schlagen wir jedoch vor, die Konten 5160-5162 in den Katalog der nicht-



morbiditätsbezogenen Ausgaben unter Punkt 2.1.2 der Festlegung aufzunehmen und anhand eines pauschalen Erhöhungsbetrags zuzuweisen.

Insgesamt sollten daher die Ausgaben für Schutzimpfungen sowie die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung weiter uneingeschränkt auf der Liste der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben bleiben und auch die vom BVA beabsichtigte Änderung für die Zuweisung für betriebliche Gesundheitsprävention entfallen. Die Zuweisungen für diese Leistungsarten müssen weiterhin versichertenbezogen erfolgen. Zusätzlich sollten auch die auf Gruppenprophylaxe Zahn entfallenden Zuweisungen über einen einheitlichen Erhöhungsbetrag erfolgen.

#### **zu IV. 19 Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren**

Die Techniker Krankenkasse unterstützt, dass es keine Veränderung bei der Berücksichtigung der Erstattungs- und Anrechnungsfaktoren geben soll. Die Erstattungs- und Anrechnungsfaktoren beziehen sich auf Leistungsausgaben, deren Morbiditätsbezug bislang nicht in Frage gestellt wurde. Wenn aber die zugrundeliegenden Ausgaben morbiditätsabhängig zugewiesen werden, so müssen in der Konsequenz auch die Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren bei der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt werden, um die Ergebnisse nicht zu verzerren.

#### **zu IV. 21 Verwaltungsausgaben - Anrechnung von Erstattungen**

Die derzeitige Ermittlung der Nettoverwaltungskosten als Basis für die Verwaltungskostenzuweisung nach § 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 RSAV ist sachgerecht. Nur die so ermittelten Nettoverwaltungskosten können als Ausgangsbasis für die weitere Berechnung der Zuweisungen nach § 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 RSAV herangezogen werden. Die Techniker Krankenkasse et al. begrüßen daher die Absicht des Bundesversicherungsamts, das Verfahren an dieser Stelle nicht zu ändern.

#### **zu IV. 22 Verwaltungsausgaben - sLA-Anteil**

Wir stimmen dem Bundesversicherungsamt zu, dass im Rahmen der geltenden Regelung nach § 37 RSAV eine Änderung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten nicht möglich ist und begrüßen daher den Vorschlag des Bundesversicherungsamts zur Beibehaltung des derzeitigen Verfahrens.