



**Spitzenverband
der Krankenkassen**

GKV-Spitzenverband · Mittelstraße 51 · 10117 Berlin

An das
Bundesversicherungsamt
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich

– nur per Email –

Dr. Pekka Helstelä
Abteilung Systemfragen

Ansprechpartner/-in: Erich Peters
Referatsleiter

Tel.: 030 206288-1110
Fax: 030 206288-81110

Erich.Peters@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Postfach 04 05 65 · 10063 Berlin
Mittelstraße 51 · 10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de

Berlin, 6. September 2011

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf der Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2012

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

das Bundesversicherungsamt (BVA) legt im Rahmen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches gem. § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die im Ausgleichsjahr 2012 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 2011 fest. Im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens hat das BVA den Entwurf der entsprechenden Festlegung inkl. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf am 5. August 2011 mit der Bitte um Stellungnahme an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

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

I. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien

Im Vorfeld der Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 hat das BVA verschiedene Institutionen aufgefordert, Vorschläge zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge zu unterbreiten. Da aufgrund des zeitlich engen Rahmens nicht alle dem BVA vorliegenden Vorschläge überprüft werden konnten, hat das BVA nach Bewertung der Stellungnahmen gemeinsam mit dem wissenschaftlichen Beirat eine Priorisierung der Vorschläge vorgenommen. In erster Linie wurden offene Punkte aus den vorangegangenen Weiterentwicklungsschritten überprüft sowie diejenigen Hierarchien überarbeitet, zu denen schwerpunktmäßig Vorschläge eingingen.



Spitzenverband
der Krankenkassen

Im Vergleich zu den eingegangenen Vorschlägen ist die Zahl an überprüften Vorschlägen gering. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es aus diesem Grunde notwendig, den zeitlichen Rahmen für die Prüfung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu erweitern, um so dem BVA bzw. dem Wissenschaftlichen Beirat die Möglichkeit zu geben, sich zukünftig umfassend mit den im Vorfeld unterbreiteten Vorschlägen auseinandersetzen zu können.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die in seinem Schreiben vom 04. April 2011 unterbreiteten und im aktuellen Entwurf nicht berücksichtigten Anpassungsvorschläge bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells des Ausgleichsjahres 2013 überprüft werden.

Grundsätzlich möchten wir zunächst feststellen, dass die dem Entwurf zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) beigefügten Erläuterungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur Festlegung der Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressionsverfahrens und des Berechnungsverfahren dazu beitragen, den Entscheidungsfindungsprozess des Wissenschaftlichen Beirates bzw. des BVA transparent zu gestalten.

Die Ausweitung der Bewertungskriterien um die Kennzahlen „Mean Absolute Prediction Error“ (MAPE) und „Cumming's Prediction Measure“ (CPM) ist ausdrücklich zu begrüßen. Durch ihre Verwendung wird eine differenziertere Bewertung der vorgenommenen Änderungen ermöglicht. Neben der Erweiterung der Bewertungskriterien um CPM und MAPE wurde im Gutachten „Statistische Bewertung unterschiedlicher Hierarchievarianten im Klassifikationssystem für den Risikostrukturausgleich“ ein Stichproben-Mikroskop-Design vorgeschlagen, um die Auswirkungen von Hierarchieveränderungen insbesondere bei einer kleinen Zahl von Betroffenen quantitativ besser bewerten zu können. Dies wurde aufgrund der vom BVA dargestellten Abgrenzungsproblematik noch nicht umgesetzt und wird zunächst weiter analysiert. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist diese Entscheidung nachvollziehbar.

II. Anpassung der Aufgreifkriterien

Verwendung stationärer Nebendiagnosen

Da MRSA-relevante stationäre Haupt- und Nebendiagnosen im derzeitigen Klassifikationsmodell in der Regel ohne weitere Plausibilitätsprüfung zu einer Gruppierung in eine HMG führen und damit eine entsprechende MRSA-Zuweisung auslösen, kommt der Validität und Manipulationsresistenz dieser Diagnosen eine hohe Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesversicherungsamt, wie u. a. vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen, geprüft, inwiefern die Berücksichtigung zusätzlicher Plausibilitätskriterien bei der Verwendung stationärer Nebendiagnosen zu einer Verbesserung der Validität dieser und der Manipulationsresistenz des MRSA-Klassifikationsmodells beitragen kann.



Spitzenverband
der Krankenkassen

Erwartbar verschlechtert sich die Erklärungskraft des Modells im Vergleich zum Status quo, sobald die Aufgreifkriterien für stationäre Nebendiagnosen strikter gefasst werden bzw. keinerlei Berücksichtigung im Gruppierungsprozess finden. Die deutlichen Unterschiede zu den entsprechenden Analyseergebnissen aus dem Jahr 2009 weisen jedoch auf einen starken Rückgang des Erklärungsgehalts der stationären Nebendiagnosen hin.

Das Bundesversicherungsamt hat verschiedene Modelle zur Verbesserung der Manipulationsresistenz geprüft. Seine Entscheidung für den zur Anhörung gestellten Anpassungsvorschlag – stationäre Nebendiagnosen nur dann wie Hauptdiagnosen zu werten, wenn das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gefordert wird und sie in allen anderen Fällen den ambulanten Diagnosen gleichzustellen – begründet das BVA damit, dass bei dieser Modellvariante die Reduzierung der Erklärungskraft des Modells im Vergleich zur dadurch erzielbaren Erhöhung der Manipulationsresistenz noch hinnehmbar sei. Im empirisch feststellbaren Zielkonflikt zwischen Zielgenauigkeit und Manipulationsresistenz des Klassifikationsverfahrens bleibt das BVA somit nachvollziehbar bei seiner Grundhaltung, der Zielgenauigkeit eine hohe Priorität einzuräumen. Es ist zu begrüßen, dass bei der Festlegung für das Klassifikationsverfahren 2012 auch dem Ziel, die Manipulationsresistenz des Modells zu erhöhen, Rechnung getragen wird.

Das BVA schlägt für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2012 diesbezüglich vor, die für ambulante Diagnosen definierten Aufgreifkriterien auf einen großen Teil der stationären Nebendiagnosen anzuwenden. Mit der erstmaligen Einführung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2009 hatten sich der Wissenschaftliche Beirat und das BVA für eine Verwendung ambulanter Diagnosen im Klassifikationsprozess entschieden, obwohl die Datenqualität der ambulanten Diagnosen umstritten war. Um die ambulanten Diagnosen zu verifizieren, wurden verschiedene Aufgreifkriterien definiert, die erfüllt sein müssen, damit eine ambulante Diagnose im Klassifikationsmodell zu einer Gruppierung in eine Morbiditätsgruppe führt. Die Definition der Aufgreifkriterien erfolgte ausschließlich mit Bezug zur ambulanten Versorgung, d. h., ambulante Diagnosedaten werden mittels ambulanter Leistungsdaten plausibilisiert. Die Diagnose „insulinpflichtiger Diabetes mellitus“ gilt bspw. nur dann als plausibel und führt zu einer Gruppierung, wenn für den Versicherten auch eine bestimmte Menge an Insulin verordnet wurde.

Ob die vom BVA vorgeschlagene vollständige Übertragung der für ambulante Diagnosen definierten Validierungskriterien auf stationäre Nebendiagnosen angesichts bestehender Unterschiede in der Kodierung und Abrechnung ambulanter und stationärer Diagnosen ohne weiteres möglich ist, wurde vom Wissenschaftlichen Beirat nicht näher untersucht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte und kann diesen Unterschieden Rechnung getragen werden.

Arzneimittelvalidierung stationärer Nebendiagnosen vs. ambulanter Diagnosen

Für das Aufgreifkriterium „Arzneimittel erforderlich“ müssen neben der Diagnose in Abhängigkeit vom Verlauf der Erkrankung 10 (akut-rezidiv) bzw. 183 Behandlungstage (chronischer Verlauf) mit berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln dokumentiert sein, damit eine Gruppierung erfolgt. Zwar



Spitzenverband
der Krankenkassen

ist insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen davon auszugehen, dass den stationären Nebendiagnosen entsprechende ambulante Diagnosen voraus- oder nachgehen und – soweit für die Therapie notwendig – entsprechende ambulante Arzneimittelinformationen dokumentiert sind. Dennoch handelt es sich hierbei nicht in jedem Fall um redundante Informationen, worauf die unterschiedlichen Ergebnisse der Modelle zwei und fünf hinweisen. Bei redundanten Informationen wären hier nahezu identische Kennzahlen zu erwarten. Deshalb ist zu beachten, dass für Versicherte mit chronischen Krankheitsverläufen und entsprechender stationärer Nebendiagnose aufgrund der Verweildauer im Krankenhaus die Wahrscheinlichkeit sinkt, die geforderte Anzahl an Behandlungstagen zu erreichen.

Die Arzneimittelvalidierung stationärer Nebendiagnosen sollte deshalb so erfolgen, dass die Versorgungsneutralität gewahrt bleibt und keine systematischen Verzerrungen entstehen. Hierzu schlagen wir vor, dass für das Klassifikationsverfahren 2012 die Zahl der erforderlichen Behandlungstage bei chronischem Verlauf um die anlassunabhängig festgestellte Verweildauer im Krankenhaus von durchschnittlich 8 Tagen (Jahreswert 2009) reduziert und somit auf 175 Tage festgelegt wird. Um eine dauerhafte Aufweichung des Validierungskriteriums für Krankheiten mit typischerweise kürzerem Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, wäre für spätere Festlegungen zu prüfen, ob nicht zukünftig eine diagnosespezifische durchschnittliche Verweildauer zugrunde gelegt werden sollte. Damit könnten zugleich Erkrankungen mit weit höherer Verweildauer adäquat berücksichtigt werden.

Für Versicherte mit akut-rezidivem Verlauf der in stationärer Nebendiagnose festgestellten Erkrankung wäre es bei Anwendung des für ambulante Diagnosen geltenden Validierungskriterium nahezu unmöglich, die erforderliche Zahl an 10 Behandlungstagen zu erreichen. Daher ist es für die entsprechenden DXGs unseres Erachtens notwendig, die stationären Nebendiagnosen den stationären Hauptdiagnosen gleichzustellen.

Für zukünftige Festlegungen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu überprüfen, welche Auswirkungen die Einführung der Arzneimittelvalidierung für stationäre Nebendiagnosen auf Morbiditätsgruppen mit einer Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel haben. Bisher waren bei diesen, mit Ausnahme der DXG 225, alle stationären Diagnosen ausgeschlossen.

M2Q-Kriterium

Im Unterschied zum ambulanten Bereich kennt das fallbezogene Abrechnungsverfahren der stationären Behandlung keine quartalsweise Abrechnung (Ausnahme: Teilstationäre Krankenhausbehandlung). Die Diagnosen eines Krankenhauses können lediglich anhand des Entlassungsdatums einem Quartal zugeordnet werden, obwohl sich die Krankenhausbehandlung evtl. tatsächlich auf mehrere Quartale bezieht. Wurde die Nebendiagnose im Quartal vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gestellt und wird diese Diagnose im Quartal der Entlassung ambulant bestätigt, gilt das M2Q-Kriterium als nicht erfüllt, obwohl eine bestätigende zweite Diagnose vorliegt. Da die Zahl der hiervon betroffenen Fälle vermutlich nicht allzu groß ist, halten wir es für hinnehmbar,



Spitzenverband
der Krankenkassen

dies zunächst in der Festlegung für 2012 außer acht zu lassen. Eine spätere Prüfung wird ohnehin erst möglich sein, nachdem dem Wissenschaftlichen Beirat auch das Beginndatum eines Krankenhausaufenthalts zur Auswertung vorliegt. Bislang sind nur der Entlassungsmonat und die Zahl der Fälle im Monat und damit im Quartal bekannt. Bezüglich letzterem sollte dann auch geprüft werden, ob bei Bestätigung der Nebendiagnose durch einen weiteren Krankenhausaufenthalt im selben Quartal das M2Q-Kriterium erfüllt sein soll.

Kodierrichtlinien

Weiterhin müsste zumindest zu einem späteren Zeitpunkt geprüft werden, inwieweit und in welchem Umfang die Kodierpraxis bzw. die Kodiervorgaben durch die Deutschen Kodierrichtlinien für den stationären Bereich weiteren Anpassungsbedarf durch Einführung von Ausnahmen in jedem Fall zu berücksichtigender Nebendiagnosen erforderlich machen. Zu beachten ist dabei insbesondere, dass eine Dokumentation von Sterndiagnosen als Hauptdiagnosen nicht zulässig ist. Hier sei beispielhaft auf Pathologische Frakturen hingewiesen. Bei Pathologischen Frakturen bei andernorts klassifizierten Krankheiten und bei Neubildungen (M90.7x), Wirbelkörper-Kompression bei andernorts klassifizierten Krankheiten (M49.5x) handelt es sich um Frakturen, die in der Regel stationär behandelt werden. Als Sterndiagnosen ist ihre Dokumentation als Hauptdiagnosen jedoch unzulässig, sie werden deshalb als Nebendiagnosen kodiert. Durch die beabsichtigte Neuregelung werden diese Diagnosen nicht mehr berücksichtigt, wenn die Operation und knöcherne Durchbauung innerhalb eines Quartals abgeschlossen ist, was bei einer durchschnittlichen Durchbauungszeit von sechs Wochen bei der Hälfte der Betroffenen wahrscheinlich wäre.

Ein weiteres Beispiel, dass aufgrund der bestehenden Kodierrichtlinien das Krankheits- bzw. Versorgungsgeschehen im Klassifikationsmodell weniger genau abgebildet werden kann, ist die DxG 350 Herzstillstand/ Schock. Durch die Validierung der stationären Nebendiagnosen wird ein im Krankenhaus auftretender Herzstillstand nicht mehr zu einer Gruppierung im Modell führen, wenn er als Nebendiagnose kodiert ist. Dies ist die Regel, da die zugrunde liegende Ursache als Hauptdiagnose zu kodieren ist. In vielen Fällen treten die in der DXG 350 zusammengefassten Krankheitszustände als Komplikationen zu anderen Erkrankungen oder chirurgischen Eingriffen auf, die einen maximalen Behandlungsaufwand verursachen und zu langfristigen Folgekosten führen können. Für eine Schweregraddifferenzierung bleibt die Nebendiagnose Herzstillstand/ Schock deshalb von Bedeutung.

Auch die vom Behandlungsgeschehen abhängige Kodierung von Primärtumor und Metastasen als Haupt- und Nebendiagnosen (vgl. Deutsche Kodierrichtlinien S. 83 ff) kann als weiteres Beispiel für die Auswirkung der Kodierrichtlinien auf die Zuschlagsberechnung angeführt werden, die eine nachfolgende Überprüfung durch den Wissenschaftlichen Beirat erforderlich erscheinen lässt.

Abschließend stellen wir fest, dass aus unserer Sicht die Einführung des in kleinen Teilbereichen zu modifizierenden Änderungsvorschlages des BVA geeignet ist, die Manipulationsresistenz des

MRSA-Verfahrens im Bereich der stationären Nebendiagnosen zu erhöhen. Ergänzend empfehlen wir, dass der Wissenschaftliche Beirat – soweit dies bereits für die Festlegung des Klassifikationsverfahrens 2012 möglich ist – stationäre Nebendiagnosen prüft und identifiziert, die ggf. von einer Anwendung der angepassten ambulanten Aufgreifkriterien ausgenommen sein sollten.

Aufgreifkriterium Arzneimittel

Werden Arzneimittelwirkstoffe zur Schweregraddifferenzierung verwendet, geschieht das bisher in Form von drei unterschiedlichen Varianten:

- a) Unabhängig vom Alter müssen mindestens 183 Behandlungstage berücksichtigungsfähiger Arzneimittelwirkstoffe dokumentiert sein. Zudem muss mindestens eine Verordnung aus dem gleichen Quartal wie eine entsprechende Diagnose dokumentiert sein. Stationäre Hauptdiagnosen sind ausgeschlossen.
- b) Unabhängig vom Alter müssen mindestens zwei Verordnungen aus unterschiedlichen Quartalen dokumentiert sein. Stationäre Hauptdiagnosen sind nur für Hämophilie mit Dauermedikation zugelassen.
- c) In Abhängigkeit vom Alter müssen mindestens 183 bzw. 50 Behandlungstage dokumentiert sein. Stationäre Hauptdiagnosen sind ausgeschlossen (HIV/AIDS).

In den Erläuterungen zu den Festlegungen hat das BVA angekündigt, bei der Verwendung von Arzneimitteln als Aufgreifkriterium die Mindestmenge grundsätzlich auf Basis von Behandlungstagen festzulegen (vgl. S. 99 und S. 110 ff. der Erläuterungen). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die Festlegung der Mindestmenge an Behandlungstagen empirisch erfolgen. Zu berücksichtigen ist hierbei auch – wie bei den DXG für HIV/AIDS mit Dauermedikation bereits geschehen – das Alter der Versicherten, da die definierte Tagesdosis (DDD) eines Arzneimittels als „angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für einen Erwachsenen in der Hauptindikation“ festgelegt ist.

Zudem sollte überprüft werden, welche Diagnosen zu einer Gruppierung in die entsprechende HMG führen sollen. Waren bisher bis auf die DXG 225 (Hämophilie mit Dauermedikation) sowohl stationären Haupt- als auch Nebendiagnosen ausgeschlossen, können zukünftig mit der vorgeschlagenen Änderung der Aufgreifkriterien auch stationäre Nebendiagnosen bei gleichzeitigem Nachweis der festgelegten Menge an Behandlungstagen berücksichtigungsfähiger Arzneimittelwirkstoffe zu einer Gruppierung führen.

III. Anpassung des Klassifikationsmodells

Die vorgeschlagenen Hierarchieänderungen sind mehrheitlich nachvollziehbar und führen zu einer verbesserten Kostenhomogenität in den betroffenen hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG).



**Spitzenverband
der Krankenkassen**

Gleichzeitig erfolgt eine bessere Abbildung der Kodierpraxis. Die Vorüberlegungen sowie der Entscheidungsfindungsprozess der jeweiligen Anpassungen sind nachvollziehbar dokumentiert.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht jedoch in folgenden Bereichen Änderungsbedarf:

Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems“

Die Änderungen im Bereich der Zuordnung von ICD-Codes, Diagnosegruppen (DXG) und (hierarchisierten) Morbiditätsgruppen ((H)MG) sind ebenso zu begrüßen wie die Einführung einer Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel.

Die Ausgliederung der ICD-Codes der Juvenilen ideopathischen Arthritis (JIA) ist nachvollziehbar. Überprüft werden sollte hier jedoch, ob die weiterhin der DXG 188 zugeordneten ICD-Codes M06.1 – nicht ebenfalls in die DXG 841 verschoben werden müssen, da der Morbus Still in Gänze medizinisch der JIA zuzuordnen ist.

Eine Differenzierung der chronischen Polyarthritiden wird in der neugestalteten Hierarchie nicht berücksichtigt, verkomplizierende Krankheitsverläufe mit Organ- oder Gefäßbeteiligung sind weiterhin mit regulären Krankheitsbildern zusammengefasst. Hier gibt es jedoch deutliche Behandlungsunterschiede, die sich auch in den Versorgungskosten widerspiegeln. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, zu überprüfen, ob eine Verschiebung der ICD-Codes M05.1 – (chronische Polyarthritiden mit Lungenmanifestation), M05.2 – (chronische Polyarthritiden mit Gefäßbeteiligung) und M05.3 – (Seropositive chronische Polyarthritiden mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme) von der HMG228 in höherwertige HMGs zu einer Verbesserung des Klassifikationsmodells führen.

Bei der Ausgestaltung einer HMG zur Abgrenzung besonders schwerer Fälle hat das BVA vier Modellausgestaltungen überprüft, die sich hinsichtlich der berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe unterscheiden. Des Weiteren wurde in den jeweiligen Modellen eine unterschiedliche Einbindung der neuen HMG in den Hierarchiestrang überprüft: Als alle anderen Morbiditätsgruppe (MG) dominierende MG (b) oder als additive Morbiditätsgruppe (a).

Mit Modellvariante 1, in der ausschließlich Immunsuppressiva zur Abgrenzung kostenintensiver Krankheitsverläufe herangezogen werden, verbessern sich die Bewertungskriterien am deutlichsten. Deutlich wird aber in Modellvariante 3 mit dem zweitbesten Ergebnis auch, dass die Berücksichtigung spezifischer Antirheumatika, Glucocortikoide und Cortikosteroide zur systemischen Anwendung ebenfalls geeignet zu sein scheinen, Krankheitsverläufe mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch abzugrenzen. An der deutlichen Zunahme der Betroffenen bei gleichzeitigem Rückgang des Regressionsgewichts im Vergleich zu Modell 1 lässt sich ableiten, dass es sich hierbei eher um Krankheitsverläufe zu handeln scheint, die mit einem geringeren Ressourcenverbrauch verbunden sind als jene, die sich mit Immunsuppressiva abgrenzen lassen. Naheliegender wäre es also, die in Modell 3 verwendeten Arzneimittelwirkstoffe aufzusplitten und zwei unterschiedliche



Spitzenverband
der Krankenkassen

HMG einzurichten (Modell 5a/5b). Hierbei sollte die HMG mit Immunsuppressiva die HMG mit den restlichen Basistherapeutika dominieren. So wäre es möglich, die kostenintensiveren Krankheitsverläufe durch Immunsuppressiva zu selektieren, während die Verläufe mit mittleren Kosten durch die restlichen Arzneimittelwirkstoffe identifiziert werden könnten. Diese Hierarchievariante wurde lt. Erläuterungen zu den Festlegungen vom Wissenschaftlichen Beirat kontrovers diskutiert und aufgrund daraus resultierender Fehlanreize in der Arzneimittelversorgung verworfen und nicht weiter verfolgt.

Diese Argumentation ist für den GKV-Spitzenverband nicht nachvollziehbar, da die Verwendung einer „breiten Arzneimittelauswahl“ dazu führt, dass Krankenkassen für Versicherte mit deutlich unterschiedlichen Behandlungskosten denselben Zuweisungsbetrag erhalten. Hieraus resultiert somit zum einen eine Überdeckung bei Versicherten, die einen geringeren Versorgungsaufwand verursachen, während die Ausgaben von Versicherten mit einem deutlich höheren Versorgungsaufwand nicht gedeckt sind. Mit einer „breiten Arzneimittelauswahl“ wird das eigentliche Ziel der Modellanpassung, die Folgekosten zielgenauer abzubilden, nicht in dem Maße erreicht, wie es möglich wäre.

Bei den in Modell 1 berücksichtigten Wirkstoffen handelt es sich i. d. R. um solche, die erst als „Zweitlinientherapeutika“ eingesetzt werden, weshalb sie geeignet sind, besonders kostenintensive Krankheitsverläufe zu identifizieren. Ihre Verordnung ist durch zahlreiche Regelungen nicht nur des SGB V stark reglementiert. Wir verweisen diesbezüglich zudem auf die von Prof. Glaeske im Gutachten „Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen in der GKV“ dargestellte Argumentation zu denkbaren Anreizwirkungen, die sich auf diesen Sachverhalt übertragen lässt. Die Hürde, diese Arzneimittel zu verordnen, ist somit sehr hoch.

Eine Abwägung zwischen möglichen Anreizwirkungen und einer deutlichen Verbesserung des Klassifikationsmodells lässt sich jedoch nur auf Basis einer empirischen Untersuchung treffen. Aus diesem Grund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Auftrennung der in Modell 3 untersuchten Modellausgestaltung wie oben als Modell 5(a/b) beschrieben mit unterschiedlicher Hierarchieeinbindungen (dominant/additiv) zu untersuchen.

Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“

Die vom BVA vorgeschlagenen Änderungen sind nachvollziehbar und zu begrüßen. Die Abgrenzung kostenintensiver Krankheitsverläufe der HMG 046 mit Hämophilieprodukten wurde aufgrund der geringen betroffenen Fallzahlen, die die Mindestanforderung für die Schaffung einer eigenen HMG nicht erreicht sowie aus zeitlichen Gründen nicht weiter verfolgt.

Die Ergebnisse der Voruntersuchung legen nahe, dass die Verwendung von Hämophilieprodukten zur Abgrenzung kostenintensiver Krankheitsverläufe durchaus geeignet ist. Auch hat der Wissenschaftliche Beirat im Anpassungsprozess für das Klassifikationsmodell 2011 bereits Kriterien for-

muliert, die ein Abweichen von der Mindestbesetzungszahl rechtfertigen würden. Diese wurden jedoch vom BVA nicht überprüft. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass der Vorschlag zukünftig weiter analysiert wird.

Die Einordnung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie in die DXG 232 und damit in die HMG 046 „sonstige Gerinnungsstörungen“ ist sachgerecht. Dennoch bleibt festzustellen, dass die in den DXGs 232/ HMG 046 bzw. DXG 233/ HMG 210 zusammengefassten ICD-Codes sowohl inhaltlich inhomogen sind als auch Krankheitsbilder beschreiben, die sich in ihrem Versorgungsaufwand deutlich unterscheiden. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, die folgende ICD-Code-Zuordnung zu überprüfen. Die vorgeschlagenen Änderungen zur bisherigen Zuordnung sind farblich hinterlegt:

ICD	ICD Bezeichnung	DXG Bezeichnung	HMG_alt	HMG_neu
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	Erworbene Gerinnungsstörungen	46	210
D68.3	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper	Erworbene Gerinnungsstörungen	46	210
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	Erworbene Gerinnungsstörungen	46	210
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	Erworbene Gerinnungsstörungen	46	210
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	Erworbene Gerinnungsstörungen	46	210
D68.0	Willebrand-Jürgens-Syndrom	Angeborene Hämophilie	46	46
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel	Angeborene Hämophilie	46	46
D68.2	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren	Angeborene Hämophilie	46	46
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Koagulopathie	46	210
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Koagulopathie	46	210
D69.6	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	nicht näher bezeichnete Thrombozytopenie	46	210
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Als transfusionsrefraktär bezeichnet	nicht näher bezeichnete Thrombozytopenie	46	210
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	nicht näher bezeichnete Thrombozytopenie	46	46
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	210	210
D69.0	Purpura anaphylactoides	Purpura anaphylactoides	210	46
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura	primäre Thrombozytopenie	210	46
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura	primäre Thrombozytopenie	210	46



Spitzenverband
der Krankenkassen

ICD	ICD Bezeichnung	DXG Bezeichnung	HMG_alt	HMG_neu
D69.30	sche Purpura Idiopathische thrombozytopeni- sche Purpura: Als transfusions- refraktär bezeichnet	primäre Thrombozytopenie	210	46
D69.31	Idiopathische thrombozytopeni- sche Purpura: Nicht als transfu- sionsrefraktär bezeichnet	primäre Thrombozytopenie	210	46
D69.4	Sonstige primäre Thrombozyto- penie	primäre Thrombozytopenie	210	46
D69.40	Sonstige primäre Thrombozyto- penie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet	primäre Thrombozytopenie	210	46
D69.41	Sonstige primäre Thrombozyto- penie: Nicht als transfusionsre- fraktär bezeichnet	primäre Thrombozytopenie	210	46
D69.5	Sekundäre Thrombozytopenie	sekundäre Thrombozytopenie	210	210
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozy- topenie Typ I	sekundäre Thrombozytopenie	210	210
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozy- topenie Typ II	sekundäre Thrombozytopenie	210	210
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozy- topenien, als transfusionsrefrak- tär bezeichnet	sekundäre Thrombozytopenie	210	210
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozy- topenien, nicht als transfusions- refraktär bezeichnet	sekundäre Thrombozytopenie	210	210
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	sekundäre Thrombozytopenie	210	210
D69.8	Sonstige näher bezeichnete hä- morrhagische Diathesen	Hämorrhagische Diathese	210	210
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	Hämorrhagische Diathese	210	210
D69.1	Qualitative Thrombozytendefek- te	Qualitative Thrombozytendefek- te	210	46

Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Das BVA hat die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ vollständig überarbeitet. Die Änderun-
gen führen zu einer deutlichen Verbesserung bei der Zielgenauigkeit der Zuweisungen und sind
daher zu begrüßen.



Spitzenverband
der Krankenkassen

Problematisch ist jedoch die fehlende Dominanzbeziehung zwischen der HMG 055 (näher bezeichnete bipolare affektive Störung) bzw. der in HMG 056 (Wahn, Psychosen nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen) enthaltenen DXG 843 (Sonstige manische und bipolare affektive Störungen) sowie der HMG 058 (Depression).

Das Krankheitsbild der bipolaren affektiven Störung ist durch manische und depressive Phasen gekennzeichnet. Zur Dokumentation einer depressiven Phase ist der ICD-Code F31.5 zu verwenden. Auch wenn es medizinisch nicht richtig ist, die depressive Phase einer bipolaren Störung mit dem ICD-Code F32.- bzw. F33.- als depressive bzw. rezidivierende depressive Episode zu verschlüsseln, ist eine solche Kodierpraxis jedoch nicht auszuschließen. Fehlkodierungen sollten jedoch nicht zu weiteren Zuschlägen führen.

Vor diesem Hintergrund und um Manipulationen vorzubeugen ist es u. E. notwendig, eine Hierarchisierung der HMG 055 (näher bezeichnete bipolare affektive Störung) und der HMG 058 (Depression) einzuführen, in der die HMG 055 die HMG 058 dominiert. Da die oben beschriebene Problematik nicht in Gänze auf die in der HMG 056 zusammengefassten DXG zutrifft, kann das Problem durch eine Hierarchisierung der HMG 056 und HMG 058 nicht gelöst werden. Hier sollte eine Verschiebung der betroffenen DXG 843 in die HMG 058 überprüft werden.

Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Die vorgeschlagenen Änderungen führen zu einer Verbesserung des Klassifikationsmodells und sind zu befürworten.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Die Argumentation des BVA ist aus Sicht des GKV Spitzenverbandes nachvollziehbar. Wir verweisen auf unsere Ausführungen zur DXG 350 unter Punkt II.

Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Ziel der Überprüfung im Bereich der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (HMG 109/110) ist es, durch eine Schweregraddifferenzierung die heterogenen Krankheitsverläufe und Behandlungsbedarfe zielgenauer abzubilden. Die zunächst naheliegende Möglichkeit, eine Differenzierung über das Alter vorzunehmen, brachte weniger gute Ergebnisse als die ICD-Code basierte Differenzierung, bei der die Dokumentation des ICD-Codes in Abhängigkeit des FEV₁-Wertes erfolgt. Im ICD-Verzeichnis wird der Schweregrad mit der 5. Stelle angegeben. Eine arzneimittelbasierte Abgrenzung der Krankheitsverläufe wurde nicht überprüft.

Voraussetzung für die vom BVA vorgeschlagene Schweregraddifferenzierung auf Basis der ICD-Codes ist die endstellige Verschlüsselung der Erkrankung. Die Zielgenauigkeit des Modells ist damit stark von der Kodierqualität abhängig. Eine 5-stellige Kodierung ist im Gegensatz zur fachärztlichen Versorgung im Bereich der hausärztlichen jedoch nicht verpflichtend. In der Folge führen Facharzt Diagnosen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu einer Gruppierung als hausärztliche Diagnosen, der Vorschlag ist somit nicht versorgungsneutral. Kritisch ist an dieser Art der Schweregraddifferenzierung auch, dass die Bestimmung des FEV₁-Wertes maßgeblich von der Mitarbeit des Patienten und von der Kompetenz des Untersuchenden abhängt.

Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, eine arzneimittelbasierte Schweregraddifferenzierung, wie unter Punkt 1.3.2.4.6 als „Schweregraddifferenzierung im Regelfall“ bei chronischem Krankheitsverlauf definiert, zu prüfen. Hierbei sollten die folgenden Arzneimittelwirkstoffe 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

Hierarchie Erkrankungen der Harnwege

Die Einführung des Nachweises von erbrachten Leistungen der extrakorporalen Blutreinigungen für die HMG 130 (Dialysestatus) ist ebenso zu begrüßen wie die Vereinheitlichung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe bei der Arzneimittelvalidierung.

Aufgrund der anhaltenden Hierarchieverletzungen zwischen der HMG 132 (Nephritis) und HMG 136 (Nierenfunktionsstörungen) wurden diese beiden HMG zusammengelegt. Alternativen, die



Spitzenverband
der Krankenkassen

Hierarchieverletzung auf dem Wege einer Umgruppierung von ICD-Codes bzw. DXGs zu beseitigen, wurden nicht untersucht.

Durch die Zusammenlegung der HMGs 132 und 136 entsteht eine unter medizinischen Gesichtspunkten und hinsichtlich des Versorgungsaufwandes vergleichsweise heterogene Morbiditätsgruppe. Alternativ zur Zusammenlegung der HMGs sollte folgende Neugliederung geprüft werden:

ICD	ICD Bezeichnung	DXG Bezeichnung	HMG_neu
N27.0	Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig	kleine Niere	136
N27.9	Kleine Niere unbekannter Ursache, nicht näher bezeichnet	kleine Niere	136
N27.1	Kleine Niere unbekannter Ursache, beidseitig	kleine Niere	136
N14.0	Analgetika-Nephropathie	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N14.1	Nephropathie durch sonstige Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N14.2	Nephropathie durch nicht näher bezeichnete(s) Arzneimittel, Droge oder biologisch aktive Substanz	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N14.3	Nephropathie durch Schwermetalle	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N14.4	Toxische Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N25.0	Renale Osteodystrophie	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N25.1	Renaler Diabetes insipidus	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N25.8	Sonstige Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N25.9	Krankheit infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion, nicht näher bezeichnet	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N26	Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet	Sekundäre und sonstige Nierenerkrankungen	132
N00.0	Akutes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion	Akutes nephritisches Syndrom	136
N00.1	Akutes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Akutes nephritisches Syndrom	136
N00.2	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	Akutes nephritisches Syndrom	136
N00.3	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Akutes nephritisches Syndrom	136
N00.4	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillärproliferative Glomerulonephritis	Akutes nephritisches Syndrom	136
N00.5	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Akutes nephritisches Syndrom	136
N00.6	Akutes nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit	Akutes nephritisches Syndrom	136



Spitzenverband
der Krankenkassen

ICD	ICD Bezeichnung	DXG Bezeichnung	HMG_neu
N00.7	Akutes nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Akutes nephritisches Syndrom	136
N00.8	Akutes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen	Akutes nephritisches Syndrom	136
N00.9	Akutes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Akutes nephritisches Syndrom	136
N01.0	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.1	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.2	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.3	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.4	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.5	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.6	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.7	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.8	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N01.9	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	132
N03.0	Chronisches nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N03.1	Chronisches nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N03.2	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N03.3	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N03.4	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N03.5	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N03.6	Chronisches nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit	Chronisches nephritisches Syndrom	132



Spitzenverband
der Krankenkassen

ICD	ICD Bezeichnung	DXG Bezeichnung	HMG_neu
N03.7	Chronisches nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N03.8	Chronisches nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N03.9	Chronisches nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Chronisches nephritisches Syndrom	132
N04.0	Nephrotisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion	Nephrotisches Syndrom	132
N04.1	Nephrotisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Nephrotisches Syndrom	132
N04.2	Nephrotisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	Nephrotisches Syndrom	132
N04.3	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Nephrotisches Syndrom	132
N04.4	Nephrotisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis	Nephrotisches Syndrom	132
N04.5	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Nephrotisches Syndrom	132
N04.6	Nephrotisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit	Nephrotisches Syndrom	132
N04.7	Nephrotisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Nephrotisches Syndrom	132
N04.8	Nephrotisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen	Nephrotisches Syndrom	132
N04.9	Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Nephrotisches Syndrom	132
N05.0	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N05.1	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N05.2	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N05.3	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N05.4	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N05.5	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N05.6	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136



Spitzenverband
der Krankenkassen

ICD	ICD Bezeichnung	DXG Bezeichnung	HMG_neu
N05.7	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N05.8	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N05.9	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	136
N06.2	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen	136
N06.3	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen	136
N06.4	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen	136
N06.5	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen	136
N06.7	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen	136
N07.0	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Minimale glomeruläre Läsion	Hereditäre Nephropathie	136
N07.1	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Hereditäre Nephropathie	136
N07.2	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	Hereditäre Nephropathie	136
N07.3	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Hereditäre Nephropathie	136
N07.4	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis	Hereditäre Nephropathie	136
N07.5	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Hereditäre Nephropathie	136
N07.6	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Dense-deposit-Krankheit	Hereditäre Nephropathie	136
N07.7	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Hereditäre Nephropathie	136



Spitzenverband
der Krankenkassen

ICD	ICD Bezeichnung	DXG Bezeichnung	HMG_neu
N07.8	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige morphologische Veränderungen	Hereditäre Nephropathie	136
N07.9	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Hereditäre Nephropathie	136
N08.0	Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Sekundäre Glomeruläre Krankheiten	132
N08.1	Glomeruläre Krankheiten bei Neubildungen	Sekundäre Glomeruläre Krankheiten	132
N08.2	Glomeruläre Krankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	Sekundäre Glomeruläre Krankheiten	132
N08.3	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus	Sekundäre Glomeruläre Krankheiten	132
N08.4	Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Sekundäre Glomeruläre Krankheiten	132
N08.5	Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes	Sekundäre Glomeruläre Krankheiten	132
N08.8	Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Sekundäre Glomeruläre Krankheiten	132
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	Akute tubulointerstitielle Nephritis	136
N11.0	Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis	Obstruktive Nephritis	136
N11.1	Chronische obstruktive Pyelonephritis	Obstruktive Nephritis	136
N15.0	Balkan-Nephropathie	Balkan-Nephropathie	132
N11.8	Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis	chronische interstitielle Nephritis	132
N11.9	Chronische tubulointerstitielle Nephritis, nicht näher bezeichnet	chronische interstitielle Nephritis	132
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Sonstige Interstitielle Nephritis	136
N15.8	Sonstige näher bezeichnete tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	Sonstige Interstitielle Nephritis	136
N15.9	Tubulointerstitielle Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Sonstige Interstitielle Nephritis	136
N16.0	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Sekundäre Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	132
N16.1	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Neubildungen	Sekundäre Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	132
N16.2	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	Sekundäre Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	132



Spitzenverband
der Krankenkassen

ICD	ICD Bezeichnung	DXG Bezeichnung	HMG_neu
N16.3	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Stoffwechselkrankheiten	Sekundäre Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	132
N16.4	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes	Sekundäre Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	132
N16.8	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Sekundäre Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	132

Kostenerstatter

Das BVA hat nunmehr auf Basis der Datenmeldungen der Berichtsjahre 2008 und 2009 eine Überprüfung der möglichen Differenzierung der Kostenerstattergruppe nach § 31 Abs. 5 Satz 2 bzw. Satz 3 RSAV vorgenommen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die diesbezüglich vom BVA durchgeführten umfangreichen Analysen.

Die vom BVA aus sachlichen Gründen vorgeschlagene grundsätzliche Differenzierung der Kostenerstattergruppe in eine Gruppe für Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V (Kostenerstattung) und eine weitere für Kostenerstatter nach § 53 Abs. 4 SGB V (Wahltarife) ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zur Vermeidung von Quersubventionierungen zwischen beiden Bereichen nachvollziehbar und wird befürwortet.

Für die Untersuchung der möglichen Differenzierung dieser beiden Kostenerstattergruppen nach Alter und Geschlecht der jeweiligen Versicherten wurden die in der MRSA-Stichprobe entsprechend identifizierten Versicherten mit mindestens 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V bzw. § 53 Abs. 4 SGB V zugrunde gelegt. Hierbei handelt es sich um 5.071 bzw. 210. Versicherte. Die auf dieser Basis durchgeführten Analysen zeigen, dass weitere Differenzierungen der Gruppe für Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V zu einer Verbesserung der statistischen Gütemaße führen können. Erwartungsgemäß ergeben sich dabei aufgrund der geringen Besetzungszahlen in einzelnen Alters-/Geschlechtsgruppen keine signifikanten Regressionskoeffizienten, so dass einem Teil der Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V kein entsprechender Kostenerstatter-Zuschlag zugeordnet wird.

Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl der Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V in der MRSA-Stichprobe und der marginalen Unterschiede der Gütemaße der vom BVA untersuchten Modelle schlägt der GKV-Spitzenverband ergänzend vor, eine Berechnung der Regressionsergebnisse bei Differenzierung der Kostenerstattergruppe in Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V und Kostenerstatter nach § 53 Abs. 4 SGB V ohne weitere Alters-/Geschlechtsdifferenzierungen durchzuführen. Vom Ergebnis dieser zusätzlichen Berechnung kann es abhängen, wie sich weitere Teile der GKV zur Alters- und Geschlechtsdifferenzierung positionieren werden.

IV. Änderung des Berechnungsverfahrens

Auslandsversicherte

Das derzeit implementierte Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte entspricht den Vorgaben des § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV. Daher ist auch der GKV-Spitzenverband der Ansicht, dass eine Änderung dieses Verfahrens im Rahmen der Festlegungen nach § 1 Abs. 4 RSAV nicht möglich ist.

Eine erweiterte Plausibilisierung der Datenmeldungen für Auslandsversicherte ist auch nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr.1 und 2 SGB V zu erörtern.

Regressionsanteile / Zuweisungsanteile

Das BVA beabsichtigt, zukünftig bei der Ermittlung der Regressions- bzw. Zuweisungsanteile die MRSA-Stichprobe ohne Kassenausschlüsse zugrunde zu legen. Zudem plant das BVA der Berechnung der Zuweisungsanteile für das Ausgleichsjahr 2012 statt der Zahl der Versicherten, die Zahl der Versichertentage zugrunde zu legen. Diese, den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes entsprechenden Änderungen, werden ausdrücklich begrüßt.

Die Ausführungen des BVA zur Annäherung der Zielgenauigkeit des MRSA-Abschlagsverfahrens an den Jahresausgleich durch eine unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsanteile sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar. Der GKV-Spitzenverband teilt die vom BVA dargelegten rechtlichen Bedenken, die einer Änderung des bisherigen Verfahrens entgegenstehen.

Angleichungsfaktoren

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die vom BVA beabsichtigte Änderung des bisherigen Verfahrens zur Berechnung der Angleichungsfaktoren für die AGG und AusAGG.

Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Für den Bereich der sogenannten „nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben“ wurde durch das BVA eine Überprüfung des Morbiditätsbezuges der Ausgaben für Schutzimpfungen (Konten 5186–5188), der Ausgaben zur Förderung von Selbsthilfegruppen (Konten 5130 und 5140) sowie der

Ausgaben der Betrieblichen Gesundheitsförderung (5155) durchgeführt. Hierfür wurde für die einzelnen Ausgabenbereiche untersucht, in welchem Maße sich die Zielgenauigkeit der jeweiligen Zuweisungen, gemessen an der Summe der quadrierten Abweichungen zwischen entsprechenden Ausgaben und Zuweisungen, verändert, wenn die Zuweisungen zu einem Teil pauschal anhand der Versichertentage und zum verbleibenden Teil entsprechend der standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld erfolgen. Die vom BVA verwendete Analysemethodik orientiert sich damit an der zur Untersuchung dieser Ausgaben für das Ausgleichsjahr 2010 verwendeten Methodik.

Aus den Analysen des BVA ergibt sich, dass eine Minimierung der quadrierten Abweichungen zwischen Zuweisungen und Ausgaben für Schutzimpfungen festzustellen ist, wenn 60 % dieser Ausgaben je Versichertentag und 40 % nach standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld erfolgen.

Demgegenüber stellt das BVA fest, dass die Zuweisung für Ausgaben zur Förderung von Selbsthilfegruppen zu einer Minimierung der entsprechenden Abweichungen führt, wenn diese vollständig je Versichertentag zugewiesen werden.

Für die Ausgaben zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird schließlich festgestellt, dass diese aufgrund der Analyseergebnisse zu 100 % den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld zuzuordnen wären.

Die Bewertung des GKV-Spitzenverbandes geht von der Feststellung aus, dass es unmöglich ist, für die in Rede stehenden Ausgaben einen Morbiditätsbezug in einem multivariaten Regressionsverfahren – zum Ausschluss möglicher Scheinkorrelationen – nachzuweisen, weil diese Ausgaben nicht versichertenbezogen erfasst werden. Es gibt zudem nach den geltenden Rahmenbedingungen nur zwei Möglichkeiten der Verteilung dieser Aufgaben auf Zuweisungen: Zum einen über gleiche Beträge je Versicherten, zum anderen als Bestandteil der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Bei letzterem führt das Hochrechnungsverfahren dazu, dass die Ausgaben über einen Hochrechnungsfaktor in die Berechnung einfließen und sich deshalb je nach AGG und HMG in unterschiedlichen absoluten Erhöhungsbeträgen niederschlagen. Das Hochrechnungsverfahren berücksichtigt bei der Zuordnung in keiner Weise einen aus der Ausgabenart sachlogisch ableitbaren Morbiditätsbezug. Die vom BVA verwendete Methodik zur Analyse dieser drei Ausgabenbereiche zielt allein darauf ab, festzustellen, inwieweit sich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen durch Anwendung der untersuchten Varianten zur Berücksichtigung der jeweiligen Ausgaben verbessert. Die Untersuchungsergebnisse erlauben Rückschlüsse darauf, ob die Summe der Über- und Unterdeckungen für die jeweilige Ausgabenart bei pauschaler Verteilung je Versichertentag geringer oder höher ist als bei einer Verteilung auf Grundlage einer Hoch-



Spitzenverband
der Krankenkassen

rechnung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Aus dem empirischen Ergebnis selbst kann mangels Versichertenbezug der Ausgaben ein echter Morbiditätsbezug in keinem Fall unmittelbar abgeleitet werden. Der GKV-Spitzenverband versteht den empirischen Befund des BVA deshalb dahingehend, dass mit der Unterscheidung zwischen morbiditätsbezogenen Ausgaben einerseits und nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben andererseits nicht die Begrifflichkeit ‚Morbiditätsbezug‘ im semantisch engen Sinne den Ausschlag für die Empfehlung des BVA gibt, sondern die Grundidee, dass die Zuweisungen empirisch festgestellten standardisierten Ausgaben folgen sollen – womit ex definitionem ein Ausgabenausgleich als Ziel ausgeschlossen ist. Soweit dieses Verständnis der tatsächlichen Intention des BVA entspricht, kommt der GKV-Spitzenverband zu dem Ergebnis, dass die vom BVA verwendete Methodik grundsätzlich geeignet ist, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen durch Anwendung der untersuchten Varianten zu verbessern. Wir stellen jedoch auch fest, dass die Ergebnisse zum Teil im Widerspruch zu stehen scheinen mit sachlogischen Begründungen und der Intuition.

Zwar kann ein direkter oder indirekter Morbiditätsbezug für einen Teil der Ausgaben für Schutzimpfungen unmittelbar sachlich nachvollzogen werden (z. B. empfohlene Gripeschutzimpfungen für ältere Versicherte). Überraschend ist hingegen, dass das empirische Ergebnis bei Ausgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Morbiditätsbezug suggeriert. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kommen schließlich allen Beschäftigten eines Betriebes unabhängig von ihrer Morbidität zugute. Die Ausgaben der beteiligten Krankenkassen richten sich nach der Zahl ihrer Mitglieder bzw. Versicherten in den jeweiligen Betrieben. Demgegenüber ist eine Förderung der Selbsthilfe für die Prävention oder Rehabilitation nach § 20c Abs. 1 Satz 2 SGB V nur für die vom GKV-Spitzenverband festgelegten Krankheitsbilder möglich. Dementsprechend würde man hier ein Ergebnis erwarten, das für einen Morbiditätsbezug dieser Ausgaben spricht. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass in § 20c Abs. 3 SGB V auch Festlegungen zur Höhe und Art dieser Ausgaben der Krankenkassen getroffen werden. Werden die festgelegten Soll-Ausgaben für den Bereich der Förderung der Selbsthilfe von einer Krankenkasse unterschritten, sind die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen. Diese Gemeinschaftsförderung soll mindestens 50 % der zur Förderung der Selbsthilfe bestimmten Mittel einer Krankenkasse ausmachen. Es ist möglich, dass die gesetzlichen Vorgaben zur Förderung der Selbsthilfe letztendlich dazu führen, dass deren Berücksichtigung im Rahmen der Hochrechnung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben zu einer vergleichsweise schlechteren Zielgenauigkeit der Zuweisungen führt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass für diese Ausgaben grundsätzlich kein Morbiditätsbezug besteht. Der empirische Befund besagt vielmehr, dass die konkrete Berücksichtigung dieser Ausgaben im Rahmen der Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) zu einer geringeren

Zielgenauigkeit der Zuweisungen führt als eine Verteilung nach Versichertenköpfen.

Das Bundesversicherungsamt ist bei seinen bisherigen Festlegungen zu den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ausschließlich sachlogischen Überlegungen gefolgt. Es ist zu begrüßen, dass das BVA die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen hat, die früheren Festlegungen einer empirischen Überprüfung zu unterziehen. Der GKV-Spitzenverband hält die vom BVA angewandte Methodik, zur Beurteilung der Art und Weise der Berücksichtigung der untersuchten Ausgabenbereiche die Verbesserung der Zielgenauigkeit des MRSA-Verfahrens als wesentliches Kriterium heranzuziehen, für zielführend und sachgerecht. Dass die Ergebnisse in zwei von drei Fällen jedoch kontra-intuitiv sind, erfordert eine umso stabilere empirische Basis für die Begründung der überraschend abweichenden Ergebnisse. Da die Untersuchung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur auf der Grundlage der Daten aus dem Schlussausgleich 2009 erfolgen konnte, ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse zufälliger Natur sind. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt daher, über eine geänderte Zuordnung der Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung und zur Förderung der Selbsthilfe erst auf der Basis einer erneuten empirischen Überprüfung, spätestens aber nach Vorliegen der Daten für drei Jahre, zu entscheiden.

Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren

Die Ausführungen des BVA zu diesem Thema sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar. Eine Änderung des Verfahrens ist auch unseres Erachtens zum derzeitigen Zeitpunkt aufgrund fehlender differenzierter Analysen nicht möglich.

Nivellierungsfaktor

Der GKV-Spitzenverband stimmt den Ausführungen des BVA und der Streichung des Nivellierungsfaktors zu.

Verwaltungssausgaben

Die Vorgaben des § 37 Abs. 1 RSAV regeln das Verfahren zur Berechnung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben. Sowohl die dort getroffenen Ausführungen zur Berücksichtigung von Erstattungen als auch der festgelegte Verteilungsschlüssel der Zuweisungen erlauben keine Änderung des derzeitigen Verfahrens. Der GKV-Spitzenverband stimmt daher den Ausführungen des BVA zu.

Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Anlage 4 der Festlegungen

Die in Anlage 4 der Festlegungen dargestellte Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wurde überarbeitet und transparenter gestaltet. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, zukünftig neben der Beschreibung der jeweiligen Rechenwege eine formelbasierte Darstellung der Berechnung zu ergänzen.

Die in Anlage 4 aufgeführten Berechnungen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds beinhalten bislang nicht das Korrekturverfahren des Jahresausgleiches. Wir halten es für erforderlich, dass die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV auch eine Beschreibung des für das jeweilige Ausgleichsjahr implementierten Korrekturverfahrens enthalten. Daher schlägt der GKV-Spitzenverband folgende Ergänzung der Anlage 4 vor:

Nach dem Abschnitt „VII. Berechnung des Jahresausgleiches“ ist folgender Abschnitt „VIII. Berechnung des Korrekturverfahrens“ anzufügen:

„

VIII. Korrekturverfahren des Jahresausgleichs 2012

W. Datengrundlagen

W.0 Kenngrößen aus dem Jahresausgleich 2012

Die Grundpauschale je Versichertentag aus A.1 (Berechnung in B.1.b.iii) sowie alle weiteren Pauschalen sowie Zu- und Abschläge werden im Rahmen des Korrekturverfahrens nicht neu berechnet, sondern aus den Berechnungen zum Jahresausgleich 2012 übernommen und werden somit im Folgenden nicht weiter aufgeführt.

W.1 Zuordnungsprinzipien

W.1.a Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen zu den Risikogruppen und AusAGG

Die Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 110 für das Jahr 2012 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom XX.XX 2011.

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2012, das sich auf Basis des in der Satzart 110 des Jahres 2012 gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 110 des Jahres 2011.



Spitzenverband
der Krankenkassen

- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2011.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand des Geschlechts, des Alters und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 110 des Jahres 2011. Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.
- Die Zuordnung zu den AusAGG erfolgt anhand der Tage mit Wohnsitz im Ausland in der SA 110 des Jahres 2011. Versicherte, die einer AusAGG zugeordnet werden, werden keinem der vorig genannten Risikomerkmale zugeordnet.

W.1.b Zuordnung der Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 110 für das Jahr 2012 gemeldet wurde und Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweist, mit seinen Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch bei der meldenden Krankenkasse.

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2012, das sich auf Basis des in der Satzart 110 des Jahres 2012 gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 110 des Jahres 2012. Eine Zuordnung erfolgt dann, wenn der Versicherte mindestens 183 Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweist.

W.1.c Zuordnung der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkassen

Die Zuordnung der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 110 für das Jahr 2012 gemeldet wurde, mit seinen DMP-Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.

W.1.d Zahl der Mitglieder der Krankenkassen

Die anzusetzende Zahl der Mitglieder der Krankenkassen wird der amtlichen jahresdurchschnittlichen Statistik KM1/13 entnommen.

W.1.e Landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse

Die landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse erfolgt, indem die Versicherungszeiten nach W.1.a dem Bundesland gemäß der Angabe in der Satzart 110 für das Jahr 2012 zugeordnet werden. Hierbei werden die Versichertentage bzw. Versicherten (s.o.) dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 110 des Jahres 2012 von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 110 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der



Spitzenverband
der Krankenkassen

Satzart 110 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

W.2 Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 01. Januar 2014.

X. Berechnung der Zuweisungen, Korrekturfaktoren und Korrekturbeträgen

X.1 Zuweisungen und Korrekturbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme

X.1.a Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme

Die Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkasse nach W.1.c mit der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.a.iii.

X.1.b Korrekturbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme im Korrekturverfahren

Der Korrekturbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme im Korrekturverfahren einer Kasse ergibt sich aus dem Saldo der Zuweisungen für die strukturierten Behandlungsprogramme im Korrekturverfahren aus X.1.a und den Zuweisungen für die strukturierten Behandlungsprogramme im Jahresausgleich nach V.4.

X.2 Vorläufige Zuweisungen, Korrekturfaktoren und Korrekturbetrag für standardisierte Leistungsausgaben

X.2.a Vorläufige Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die vorläufigen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit der Grundpauschalen je Versichertentag nach B.1.b.iii zuzüglich der Summe der Produkte der Zu- und Abschläge nach S.5.d mit den nach W.1.a zugeordneten Versicherungszeiten über alle Risikomerkmale und AusAGG.

X.2.b Vorläufige Zuweisungen für Krankengeld

Die vorläufigen Zuweisungen für Krankengeld einer Krankenkasse ergeben sich aus der Summe der Produkte der Zuschläge nach S.6.c mit den nach W.1.b zugeordneten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch.

X.2.c Korrekturfaktor für die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die vorläufigen Zuweisungen für die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus X.2.a über alle Krankenkassen aufsummiert ergibt das vorläufige Zuwei-



Spitzenverband
der Krankenkassen

sungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Die Zuweisungen der standardisierten Leistungsausgaben im Jahresausgleich nach V.1 abzüglich des Nettokrankengeldes nach Q.2.a abzüglich des bLA-Anteils des über alle Kassen aufsummierten Korrekturbetrages für strukturierte Behandlungsprogramme im Korrekturverfahren (X.1.b) werden durch das vorläufige Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld dividiert. Das Ergebnis ist der Korrekturfaktor für die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

X.2.d Korrekturfaktor für das Krankengeld

Die vorläufigen Zuweisungen für das Krankengeld aus X.2.b über alle Krankenkassen aufsummiert ergibt das vorläufige Zuweisungsvolumen für das Krankengeld. Die Summe der Produkte der Zuschläge nach S.6.c mit den nach U.1.b zugeordneten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch wird durch das vorläufige Zuweisungsvolumen für das Krankengeld dividiert. Das Ergebnis ist der Korrekturfaktor für das Krankengeld.

X.2.e Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld im Korrekturverfahren

Die vorläufigen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld einer Krankenkasse nach X.2.a werden mit dem Korrekturfaktor nach X.2.c für die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld multipliziert. Das Ergebnis sind die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld im Korrekturverfahren.

X.2.f Zuweisungen für das Krankengeld im Korrekturverfahren

Die vorläufigen Zuweisungen für das Krankengeld einer Krankenkasse nach X.2.b werden mit dem Korrekturfaktor für das Krankengeld nach X.2.d multipliziert. Das Ergebnis sind die Zuweisungen für das Krankengeld im Korrekturverfahren.

X.2.g Korrekturbetrag für standardisierte Leistungsausgaben einschließlich Krankengeld im Korrekturverfahren

Der Korrekturbetrag einer Kasse für standardisierte Leistungsausgaben einschließlich Krankengeld im Korrekturverfahren ergibt sich aus dem Saldo der Summe der Zuweisungen für die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld im Korrekturverfahren aus X.2.e zuzüglich den Zuweisungen für das Krankengeld im Korrekturverfahren aus X.2.f und den Zuweisungen für die standardisierten Leistungsausgaben im Jahresausgleich nach V.1.



Spitzenverband
der Krankenkassen

X.3 Vorläufige Zuweisungen, Korrekturfaktoren und Korrekturbetrag für standardisierte Verwaltungsausgaben

X.3.a Vorläufige Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach Versicherungstag

Die vorläufigen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach Versicherungstag einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit dem Wert nach Q.2.b.

X.3.b Vorläufige Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben

Die vorläufigen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der Zuweisungen nach X.2.a und X.2.b mit dem Wert nach Q.2.c.

X.3.c Korrekturfaktor für die Verwaltungsausgaben nach Versichertentag

Die vorläufigen Zuweisungen für die Verwaltungsausgaben aus X.3.a über alle Krankenkassen aufsummiert ergibt das vorläufige Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach Versichertentag. Die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich nach V.2 werden um den Verwaltungskostenanteil des über alle Kassen aufsummierten Korrekturbetrages für strukturierte Behandlungsprogramme im Korrekturverfahren (X.1.b) gekürzt, halbiert und durch das vorläufige Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach Versichertentag dividiert. Das Ergebnis ist der Korrekturfaktor für die Verwaltungsausgaben nach Versichertentag.

X.3.d Korrekturfaktor für die Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben

Die vorläufigen Zuweisungen für die Verwaltungsausgaben aus X.3.b über alle Krankenkassen aufsummiert ergibt das vorläufige Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben. Die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich nach V.2 werden um den Verwaltungskostenanteil des Korrekturbetrages für strukturierte Behandlungsprogramme im Korrekturverfahren (X.1.b) gekürzt, halbiert und durch das vorläufige Zuweisungsvolumen für Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben dividiert. Das Ergebnis ist der Korrekturfaktor für die Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben.

X.3.e Zuweisungen für Verwaltungskosten nach Versichertentag im Korrekturverfahren

Die vorläufigen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach Versichertentag einer Krankenkasse nach X.3.a werden mit dem Korrekturfaktor für die Verwaltungskosten nach Versichertentag X.3.c multipliziert. Das Ergebnis sind die Zuweisungen für Verwaltungskosten nach Versichertentag im Korrekturverfahren.



Spitzenverband
der Krankenkassen

X.3.f Zuweisungen für Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben im Korrekturverfahren

Die vorläufigen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben einer Krankenkasse nach X.3.b werden mit dem Korrekturfaktor für die Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben nach X.3.d multipliziert. Das Ergebnis sind die Zuweisungen für Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben im Korrekturverfahren.

X.3.g Korrekturbetrag für Verwaltungskosten im Korrekturverfahren

Der Korrekturbetrag einer Kasse für Verwaltungskosten im Korrekturverfahren ergibt sich aus dem Saldo der Summe der Zuweisungen für die Verwaltungsausgaben nach Versichertentag im Korrekturverfahren aus X.3.e, zuzüglich den Zuweisungen für die Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben aus X.3.f und den Zuweisungen für die Verwaltungskosten im Jahresausgleich nach V.2.

X.4 Vorläufige Zuweisungen, Korrekturfaktor und Korrekturbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen

X.4.a Vorläufige Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die vorläufigen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit dem Wert nach Q.3.a.

X.4.b Korrekturfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die vorläufigen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus X.4.a über alle Krankenkassen aufsummiert ergeben das vorläufige Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen. Die Summe der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen über alle Krankenkassen aus dem Jahresausgleich nach V.3 wird durch das vorläufige Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen dividiert. Das Ergebnis ist der Korrekturfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen.

X.4.c Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen im Korrekturverfahren

Die vorläufigen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen einer Krankenkasse nach X.4.a werden mit dem Korrekturfaktor für die Satzungs- und Ermessensleistungen nach X.4.b multipliziert. Das Ergebnis sind die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen im Korrekturverfahren.

X.4.d Korrekturbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen im Korrekturverfahren

Der Korrekturbetrag einer Kasse für Satzungs- und Ermessensleistungen im Korrekturverfahren ergibt sich aus dem Saldo der Zuweisungen für die Satzungs- und Er-



Spitzenverband
der Krankenkassen

messensleistungen im Korrekturverfahren aus X.4.c und den Zuweisungen für die Satzungs- und Ermessensleistungen im Jahresausgleich nach V.3.

X.5 Mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV

Die mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV einer Krankenkasse wird aus den Berechnungen für den Jahresausgleich in V.5 übernommen.

X.6 Vorläufige Zuweisungen, Korrekturfaktor und Korrekturbetrag für die Zuweisung nach § 272 SGB V

X.6.a Vorläufige Anpassung der Zuweisung nach § 272 SGB V

Die vorläufige Anpassung der Zuweisung nach § 272 SGB V ergibt sich aus der Multiplikation der landesbezogenen Versicherungszeiten der Krankenkasse nach W.1.e mit den Werten nach T.1.j.

X.6.b Korrekturfaktor für die Zuweisung nach § 272 SGB V

Die vorläufige Anpassung der Zuweisung nach § 272 SGB V aus X.6.a aufsummiert über alle Krankenkassen ergibt das vorläufige Zuweisungsvolumen nach § 272 SGB V. Die Summe der Produkte aus den landesbezogenen Versicherungszeiten aller Krankenkassen nach U.1.e und den Werten nach T.1.j wird durch das vorläufige Zuweisungsvolumen nach § 272 SGB V dividiert. Das Ergebnis ist der Korrekturfaktor für die Zuweisung nach § 272 SGB V.

X.6.c Zuweisung nach § 272 SGB V im Korrekturverfahren

Die vorläufige Anpassung der Zuweisung nach § 272 SGB V nach X.6.a wird mit dem Korrekturfaktor für die Zuweisung nach § 272 SGB V aus X.6.b multipliziert. Das Ergebnis ist die Zuweisung einer Kasse nach § 272 SGB V im Korrekturverfahren.

X.6.d Korrekturbetrag für die Zuweisung nach § 272 SGB V im Korrekturverfahren

Der Korrekturbetrag für die Zuweisung nach § 272 SGB V im Korrekturverfahren ergibt sich aus dem Saldo der Zuweisung nach § 272 SGB V im Korrekturverfahren aus X.6.c und der Zuweisungen einer Kasse nach § 272 SGB V im Jahresausgleich nach V.6.

V. Redaktionelle Anmerkungen zu den einzelnen Dokumenten

Bei der Durchsicht der zur Verfügung gestellten Dokumente bitten wir folgende redaktionellen Ergänzungen bzw. Änderungen vorzunehmen:

Im Entwurf der Festlegung wird unter 2.1.2 „Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben“ nur das Konto 5186 genannt. Wir gehen davon aus, dass es sich hierbei um einen redaktionellen Fehler handelt. Die Konten für Familienversicherte und Rentner (Konto 5187 und 5188) sind zu ergänzen.

In der Festlegung ist unter Punkt 1.3.2.3 darzustellen, dass das Entlassdatum bei stationären Nebendiagnosen in Quartale umgewandelt werden muss.

In den Erläuterungen zu den Anlagen 1 und 2 sind unter Punkt 24.2 folgende ICD-Codes doppelt aufgeführt: K 51.1, N18.0, N18.84

In der Anlage 1c für die ICD-Version 2010(pdf) sowie in der entsprechenden Exceltabelle der Anlage1, Tabellenblatt „Zuordnung ICD2010 DXG HMG“ ist die Bezeichnung des ICD-Codes I98.3 nicht korrekt. Diese muss in „Ösophagus und Magenvarizen bei andernorts klassifizierten Krankheiten mit Blutung“ geändert werden.

In der Anlage 2 „Aufgreifkriterien“ muss es in der neu formatierten Version bei den Erläuterungen unter Verlauf „14“ nicht „Sa 500“ sondern „Hauptdiagnosen“ heißen.

In Anlage 4 der Festlegungen sind folgende Änderungen bzw. Ergänzungen vorzunehmen:

B.5 Der Verweis auf „A.1“ muss „A.3“ lauten.

C.4 Die Berechnung des Faktors für die Arzneimittelrabatte fehlt in den Unterpunkten und ist zu ergänzen.

M.3 Nach „gemeldet hat“ ist ein Punkt falsch gesetzt.

O.2 An folgenden Stellen wurde das falsche Jahr „2011“ anstatt „2012“ aufgeführt:

- Überschrift O.2
- 3. Unterpunkt in O.2.a
- 5. Unterpunkt in O.2.a
- Überschrift O.2.b
- 1. Satz in O.2.b



Spitzenverband
der Krankenkassen

- Q.5 Im letzten Satz fehlt beim letzten Gesetzesverweis die Angabe des Absatzes:
„§ 270 Abs. 1 Ziffer a und c SGB V“.
- Q.7.c In der ersten Zeile muss es „Nettokrankengeldes“ statt „Nettokrankengel“ heißen.
- S.5.a In der 2. Zeile muss auf „S.1.d“ anstatt „S.1.c.iii“ verwiesen werden.
- S.5.c In der vorletzten Zeile muss auf „Q.7.b“ anstatt „Q.7.a“ verwiesen werden.
- S.6.b Hier fehlt am Satzende der technische Verweis „S.6.a“.
- S.7 In der Überschrift ist hinter „Versicherten–“ ein Leerzeichen zu viel.
- T.1 Es soll auf Abschnitt „F“ anstatt auf Abschnitt „C“ verwiesen werden.
- V.3 Am Ende der 2. Zeile ist der Artikel „der“ in „der dem Wert“ zu viel.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Pekka Helstelä