

# Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.08.2012

zum Entwurf der Festlegungen  
des Bundesversicherungsamtes  
gemäß § 31 Abs. 4 RSAV  
für das Ausgleichsjahr 2013

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51, 10117 Berlin  
Telefon +49 (0) 30 206 288-0  
Fax +49 (0) 30 206 288-88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## Inhalt

0. Vorbemerkung .....	3
I. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien .....	3
II. Anpassung der Aufgreifkriterien.....	4
III. Anpassung des Klassifikationsmodells.....	7
IV. Änderung des Berechnungsverfahrens .....	12



## 0. Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) legt im Rahmen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches gem. § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die im Ausgleichsjahr 2013 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 2012 fest. Im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens hat das BVA den Entwurf der entsprechenden Festlegung inkl. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf am 27. Juli 2012 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

Vor dem Hintergrund des Umfanges der im Vorschlagsverfahren an das BVA übermittelten Änderungsvorschläge möchten wir zunächst feststellen, dass sowohl die Anzahl der geprüften Vorschläge für die Themenbereiche „Aufgreifkriterien“ und „Klassifikationsmodell“ als auch die ausführliche Dokumentation der diesbezüglichen Analyseergebnisse von uns ausdrücklich begrüßt wird.

Zur Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2013 hatte das BVA im März dieses Jahres verschiedene Institutionen aufgefordert, Vorschläge zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge zu unterbreiten. Die in diesem Rahmen übermittelten Anpassungsvorschläge wurden durch das BVA nach Dringlichkeit geprüft. In Folge der Aktualisierung der Krankheitsauswahl vorgeschlagene Anpassungen wurden hierbei aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar vorrangig priorisiert. Die weiteren betrachteten Änderungsvorschläge lassen den Schluss zu, dass zusätzlich insbesondere Vorschläge in die Prüfung einbezogen wurden, die direkt oder indirekt mit den o. g. Änderungen in Zusammenhang stehen. Eine methodische Vorgehensweise der Priorisierung aktueller bzw. bereits in den Vorjahren vorgeschlagener Modellanpassungen wurde jedoch nicht dokumentiert. Aufgrund der zunehmenden Verfahrensroutine halten wir es für wünschenswert und leistbar, dass die Priorisierung der Vorschläge anhand im Zeitablauf einheitlicher und konsistenter Kriterien erfolgt und durch vollständige Dokumentation des Vorgehens unseren Mitgliedskassen nachvollziehbar gemacht wird.

Auch bei der sich anschließenden Prüfung der Änderungsvorschläge ist es wünschenswert, dass die im Rahmen der Entscheidungsfindung herangezogenen Kriterien durchgängig und vollständig bewertet und dokumentiert werden. Generell sollten hierbei Aussagen zu Auswirkungen auf die



vom Gesetzgeber definierten Ziele getroffen werden. Dies sind:

- Der Beitrag zur Vermeidung von Risikoselektion,
- der Beitrag zur Manipulationsresistenz,
- der Einfluss auf die Zielgenauigkeit
- und die Praktikabilität des Verfahrens.

Ist eines der vier Bewertungskriterien im Einzelfall nicht relevant, genügt ein entsprechender kurzer Hinweis.

Das BVA hat die Notwendigkeit der Einführung eines „Mikroskop-Designs“ überprüft und kommt zu dem Ergebnis, dass eine Erweiterung der bisherigen Methodik nicht vorgenommen werden soll. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass das BVA diesen methodischen Vorschlag zur Weiterentwicklung geprüft hat und kann die vom BVA erläuterte Entscheidung nachvollziehen.

Hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise des BVA einer ausschließlich isolierten Prüfung und Bewertung der einzelnen Modellanpassungen halten wir es für erforderlich, bei parallel vorgeschlagenen grundlegenden Änderungen des Berechnungsverfahrens, wie z. B. einem vom BVA beabsichtigten geänderten Umgang mit unvollständigen Versichertenperioden, die dargelegten Prüfergebnisse hinsichtlich der Wechselwirkungen der schlussendlich zur Festlegung anstehenden Änderungen zu validieren. Am Ende – bevorzugt schon auf Grundlage des Anhörungsentwurfs, spätestens jedoch nach Prüfung der Anmerkungen aus dem Anhörungsverfahren – sollte neben der zunächst nur isolierten Prüfung der einzelnen Anpassungen auch eine Gesamtschau der vorgesehenen Änderungen unternommen werden, damit Wechselwirkungen nicht übersehen werden.

Wir weisen darauf hin, dass die Anpassung des Klassifikationsmodells zwingend der Krankheitsauswahl folgt, d. h. durch die Ausgestaltung des Klassifikationsmodells darf keine Revidierung der Krankheitsauswahl erfolgen. Dies gilt auch für den Ausschluss einzelner Diagnosen einer Krankheit. Wir halten es deshalb für erforderlich, dass das BVA für die HMG 257 „Ticstörungen“ einen insignifikanten Schätzer durch geeignete Modellanpassungen beseitigt. Ansonsten käme es im Ergebnis zu einem unzulässigen Ausschluss dieses Krankheitsbildes (ICD-Kode). Eine anders geartete Berücksichtigung der Erkrankung, die im Rahmen der Modellrechnung zu Zuweisungen führt, ist deshalb aus unserer Sicht anzustreben.

## II. Anpassung der Aufgreifkriterien

### Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ werden im Klassifikationsverfahren nicht berücksichtigt. Eine Ausnahme hiervon bilden bislang Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 116a, 117, 118, 119 und 120 Abs. 1a SGB V. Diese werden auch dann



berücksichtigt, wenn kein Qualifizierungsmerkmal vorliegt. Diese Übergangsregelung wurde eingeführt, weil für die genannten Einrichtungen die Meldung des Qualifizierungsmerkmals nicht sichergestellt war. Das BVA nimmt an, dass aktuell – im Sinne der vom BVA verwendeten Datengrundlage für den Festlegungsentwurf, also bereits ab dem Berichtsjahr 2010 – für diese Übergangsregelung keine Notwendigkeit mehr besteht. Diese Annahme kann jedoch nicht durch den tatsächlichen Umsetzungsstand des diesbezüglichen DTA-Verfahrens gestützt werden. Im Juli 2010 wurde für die Diagnosen aus den genannten Einrichtungen ein DTA-Ersatzverfahren eingeführt, das auch die Übermittlung des Qualifizierungsmerkmals je Diagnose vorsieht, jedoch für die Leistungserbringer nicht verpflichtend war. Ein regelhaftes DTA-Verfahren mit verpflichtender Teilnahme der Leistungserbringer wurde erst ab dem 01.07.2012 etabliert. Es ist davon auszugehen, dass bis zur Einführung des DTA-Verfahrens im Jahre 2012 nur ein Teil der Leistungserbringer das DTA-Übergangsverfahren genutzt hat. Je nachdem, ob und in welchem Umfang den einzelnen Kassen per DTA-Übergangsverfahren Diagnosen der o. g. Einrichtungen übermittelt wurden, kann die beabsichtigte Abschaffung der Übergangsregelung Krankenkassen im Ausgleichsjahr 2013 benachteiligen. Wir gehen davon aus, dass eine vollumfänglich sichergestellte Übermittlung des Qualifizierungsmerkmals der Einrichtungen nach den §§ 116a, 117, 118, 119 und 120 Abs. 1a SGB V erst ab dem Berichtsjahr 2013 vorausgesetzt werden kann. Der GKV-Spitzenverband lehnt daher die beabsichtigte Änderung ab. Eine Änderung kann erst im Rahmen der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2014 vorgenommen werden.

#### Berücksichtigung von Arzneimitteln

Die Gruppierung von Diagnoseinformationen zu Morbiditätsgruppen erfolgt in vielen Fällen in Abhängigkeit von verordneten Arzneimittelwirkstoffen. Die diesbezügliche Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen folgt jedoch unterschiedlichen Zielen:

1. Verifizierung ambulanter Diagnosen und stationärer Nebendiagnosen

Mit Arzneimittelinformationen können Diagnoseinformationen überprüft werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Erkrankungen, die mit den Diagnosen verschlüsselt werden, zwingend einer Arzneimitteltherapie bedürfen. Um nicht ungerechtfertigter Weise Diagnosen von der Gruppierung auszuschließen, ist es hier erforderlich, sämtliche für die Therapie in Frage kommenden Arzneimittelwirkstoffe für eine Verifizierung der Diagnoseinformationen zuzulassen. Definiert wird in diesem Fall richtigerweise ein breites Spektrum an berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen.

2. Selektion klinisch relevanter Fälle

In diesem Fall werden Arzneimittelinformationen dazu genutzt, innerhalb eines Krankheitsgeschehens diejenigen Fälle zu selektieren, die eine klinische Relevanz haben und mit erhöhten Folgekosten verbunden sind. Hierzu zählt z. B. der Bluthochdruck, dessen Behandlung oftmals zunächst keiner speziellen therapeutischen Maßnahme bedarf, so dass in diesen Fällen keine hohen Folgekosten zu erwarten sind. Sobald diese Verfahrensweise zur Behandlung des Bluthochdrucks nicht mehr ausreicht, weisen die Versi-



cherten aufgrund der verordneten Arzneimittel jedoch erhöhte Folgekosten auf. Aufgrund dessen ist es in diesem Fall notwendig, ein breites Spektrum an berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen zu definieren.

### 3. Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln

Krankheitsgeschehen können in unterschiedlichen Ausprägungen vorhanden sein, die sich auch in der Kostenstruktur unterscheiden. Die Schwere einer Erkrankung ist dabei nicht zwangsläufig mit höheren Folgekosten verbunden. An multipler Sklerose Erkrankte, die eine Arzneimitteltherapie erhalten und auf diese ansprechen, weisen beispielsweise deutlich höhere Folgekosten auf, als diejenigen, die auf eine Arzneimitteltherapie nicht ansprechen oder diese nicht vertragen. Daraus lässt sich aber nicht folgern, dass die Versicherten, die eine Arzneimitteltherapie erhalten, schwerer erkrankt sind. Denkbar ist vielmehr, dass die Krankheitsverläufe ohne Arzneimitteltherapie schwerer verlaufen. Insofern ist die Verwendung des Begriffs „Schweregraddifferenzierung“ in diesem Kontext zuweilen irreführend und sollte durch den Begriff „Kostendifferenzierung“ ersetzt werden. Unterschiede in den geschätzten Folgekosten lassen sich über Diagnoseinformationen allein vielfach nicht abbilden. Eine Identifizierung unterschiedlicher geschätzter Folgekosten durch Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen ist jedoch vielfach möglich.

Arzneimittelinformationen können dazu genutzt werden, innerhalb einer Gruppe von Versicherten mit einer Erkrankung nach unterschiedlichen Folgekostenniveaus zu differenzieren. Ziel der Arzneimittelvalidierung ist in diesem Fall ausschließlich, die Zielgenauigkeit des Modells sowie die Kostenhomogenität innerhalb einer Morbiditätsgruppe zu verbessern. Es besteht somit keine Notwendigkeit, eine breite Auswahl an berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen zu definieren. Vielmehr ist eine Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modells abhängig von der Auswahl der berücksichtigten Arzneimittel. Vor diesem Hintergrund müssen u. E. bei Einführung einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung Modellvarianten mit unterschiedlichen Arzneimittelabgrenzungen überprüft werden. Hierzu zählen auch Modellvarianten, die eine stufenweise Kostendifferenzierung auf Basis unterschiedlicher Arzneimittelabgrenzung vornehmen. Die Bedenken des Wissenschaftlichen Beirats bzgl. einer stufenweisen arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung, begründet mit möglichen Anreizen ungerechtfertigter Leistungsausweitungen, teilt der GKV-Spitzenverband nicht. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen gemäß § 31 Abs 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2012 vom 06.09.2011. Ausschlaggebendes Kriterium für die Auswahl einer bestimmten Modellvariante ist hierbei vorrangig die Zielgenauigkeit des Modells.

### Aufgreifalgorithmus

Die Vereinheitlichung der Aufgreifkriterien ist zu begrüßen und führt zur Vereinfachung des Gruppierungsalgorithmus. Bestandteil der Überprüfung zur Vereinheitlichung der Sonderfälle des Aufgreifalgorithmus war u. a die Fragestellung, inwieweit eine Umstellung der Sonderfälle II und



III in behandlungstagvalidierte Sonderfälle erfolgen kann. Nicht in die Überprüfung eingeschlossen waren jedoch die DXG 826 *Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT* bzw. DXG 827 *Sphingolipidosen mit ERT/SRT*. Generell ist eine Arzneimittelvalidierung auf Basis von Behandlungstagen auch für diese DXG möglich, da die Arzneimittelvalidierung ausschließlich auf Basis von ATC-Codes erfolgt. Zu vermuten ist, dass hier eine Bewertung aufgrund der geringen Fallzahlen in der Stichprobe als problematisch angesehen wurde. Das BVA hat bereits angekündigt, im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2014 auf Basis der Vollerhebung für die DXG 225 *Hämophilie* erneut eine Umstellung auf die Kriterien des Sonderfalls I (Arzneimittelvalidierung auf Basis von Behandlungstagen) zu überprüfen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten DXG 826 *Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT* und DXG 827 *Sphingolipidosen mit ERT/SRT* in die Überprüfung einbezogen werden.

### III. Anpassung des Klassifikationsmodells

Die vorgeschlagenen Hierarchieänderungen sind mehrheitlich nachvollziehbar und führen zu einer verbesserten Kostenhomogenität in den betroffenen hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) sowie einer Erhöhung der Zielgenauigkeit. Wie oben bereits dargestellt, werden die Kriterien zur Entscheidungsfindung jedoch bislang nicht einheitlich angewendet bzw. dokumentiert.

Einzelne Ergebnisse von Modellvergleichen bei der Überprüfung einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung sollten aus unserer Sicht weiter erläutert werden. Zwar ist durchaus erklärbar, warum sich die Anzahl der betroffenen Versicherten durch ein Aufteilen einer HMG in eine HMG mit und ohne Arzneimittelvalidierung erhöht. Es empfiehlt sich jedoch, dies auch auszuführen. Als Beispiel seien hier die Ergebnisse in Tabelle 36 angeführt: Im Modell 1 ohne arzneimittelbasierter Kostendifferenzierung sind der HMG 033 *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen* 22.303 Versicherte zugeordnet. In Modell 4 müsste sich diese Anzahl auf die beiden HMG 290 *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (mit Dauermedikation)* und HMG 033 *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (ohne Dauermedikation)* aufteilen. Rechnet man die Anzahl von Versicherten, die einer der beiden HMG zugeordnet wurden, zusammen, ergibt sich eine Gesamtzahl von 22.807 Versicherten. Entsprechender methodischer Erläuterungsbedarf besteht bei sämtlichen Hierarchien, bei denen das BVA eine arzneimittelbasierte Kostendifferenzierung überprüft hat.

#### Hierarchie 2 „Neubildungen“

Das BVA hat die Berücksichtigung von Arzneimitteln bei der DXG 046 *Chronisch Myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien* überprüft. Hierbei wurden Modellvarianten miteinander verglichen, die sich in der Auswahl der berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffe unterscheiden. Es wird vorgeschlagen, die *Chronisch Myeloische Leukämie und an-*



*dere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien* in Abhängigkeit einer Arzneimitteltherapie mit Proteinkinase-Inhibitoren zu differenzieren. Begründet wird die Entscheidung für diese Modellvariante mit der Verbesserung der Modellkennzahlen. Die Einführung einer Kostendifferenzierung für die DXG 046 *Chronisch Myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien* ist zu begrüßen. Besonders hervorzuheben ist hierbei das vom BVA verwendete methodische Vorgehen, da es dem oben dargestellten methodischen Vorgehen zur Einführung einer Kostendifferenzierung auf Basis von Arzneimittelwirkstoffen entspricht.

#### Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“

Die vorgeschlagenen Änderungen in der Hierarchie sind zu begrüßen. Allerdings ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aufgrund möglicher Fehlanreize bei der Kodierung die Entwicklung der Anzahl gemeldeter Diagnosen im Zeitverlauf zu überprüfen.

#### Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Neben der als sachgerecht zu bewertenden Einordnung der Peritonitis wird für die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen die Einführung einer Kostendifferenzierung in Abhängigkeit von berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen vorgeschlagen. Bei der Überprüfung des Vorschlags weicht das BVA jedoch von seinem methodischen Vorgehen ab und verzichtet auf einen Vergleich unterschiedlicher Modellvarianten, die sich in der Arzneimittelauswahl unterscheiden. Vielmehr wird nur eine Modellvariante mit einer allumfassenden Arzneimittelauswahl im Vergleich zum angepassten Ausgangsmodell berechnet. Entscheidendes Kriterium hierbei ist richtigerweise die Verbesserung der Modellkennzahlen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Modellgüte weiter verbessert, wenn auf die Berücksichtigung der ATC-Codes für Cortikosteroide mit lokaler Wirkung (A07EA), Aminosäuren und ähnliche Mittel (A07EC), Mikrobielle Antiphlogistika (A07F) und Glucocortikoide (H02AB) verzichtet wird.

Um ein einheitliches methodisches Vorgehen zu gewährleisten, bittet der GKV-Spitzenverband das BVA, die dargestellte Modellvariante als zweite Modellvariante im Vergleich zur vorgeschlagenen zu überprüfen.

#### Hierarchie 10 „Drogen-/Alkoholmissbrauch“

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die Validierung des ICD-Codes Z51.83 *Opiatsubstitution* mit entsprechenden Arzneimittelwirkstoffen, die bei der Substitutionstherapie im Falle einer Opiatabhängigkeit eingesetzt werden. Auch die Ablehnung einer obligaten Arzneimittelvalidierung kann aus den dargestellten Gründen nachvollzogen werden.

Das BVA lehnt die Überprüfung einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung mit der Begründung ab, dass nicht alle Opiatabhängigen einer Substitutionstherapie bedürfen. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Wie oben bereits dargestellt, dient die arzneimittelba-





sierte Kostendifferenzierung in erster Linie zur Differenzierung unterschiedlicher Folgekostenniveaus von Versicherten mit demselben Krankheitsgeschehen. Des Weiteren führt das BVA an, dass es sich bei substitutionstherapeutisch behandelten Opiatabhängigen nicht zwangsläufig um die schweren Fälle handelt. Dies sei jedoch Voraussetzung für eine arzneimittelbasierte Kostendifferenzierung. Auch dieses Argument kann nicht nachvollzogen werden, denn die Schwere einer Erkrankung ist, wie oben ebenfalls dargestellt, nicht zwangsläufig mit höheren Folgekosten verbunden. Unbestritten ist, dass oberstes Ziel der Therapie die Suchtmittelfreiheit ist. Wenn dieses Ziel nicht unmittelbar und zeitnah erreichbar ist, so ist nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes auch eine Substitutionstherapie zulässig. Das umfassende Therapiekonzept bezieht dabei, soweit erforderlich, begleitende psychiatrische und/ oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungsmaßnahmen mit ein.

Die Therapie der Opiatabhängigkeit umfasst also begleitende psychiatrische und/ oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungsmaßnahmen und ggf. zusätzlich eine Substitutionstherapie. Die Folgekosten von Versicherten, die neben den begleitenden Maßnahmen eine Substitutionstherapie erhalten, weisen im Vergleich deutlich höhere Folgekosten auf.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Einführung einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung zu überprüfen (vgl. hierzu Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2013).

#### Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Die Einordnung der neu hinzugekommenen ICD-Codes ist nachvollziehbar. Weiterhin stehen jedoch die HMG 56 *Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen* und HMG 58 *Depression* in keiner hierarchischen Beziehung zueinander.

Bipolare Störungen sind durch depressive und manische Phasen gekennzeichnet. Werden die zur bipolaren Störung gehörenden depressiven Phasen als Depression kodiert, führt dies zu doppelten Zuweisungen. Um Manipulationsmöglichkeiten zu vermeiden, sollte aus unserer Sicht entweder eine Eingliederung der HMG 58 über die HMG 56 oder alternativ die Zusammenlegung der beiden HMG erfolgen.

#### Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“

Das BVA stellt fest, dass in der neuen Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ der Schätzer für die HMG 257 *Ticstörungen* insignifikant ist. Für die Überprüfung weiterer Anpassungen der Hierarchie setzt das BVA den Schätzer der HMG 257 auf Null, ohne zunächst nach einer Anpassungslösung zur Vermeidung eines insignifikanten Schätzers zu suchen. Dieses Vorgehen kommt einem Ausschluss der Diagnosen zu Ticstörungen aus der Krankheitsauswahl gleich und ist somit unzulässig. Oberstes Ziel einer Modellanpassung muss zunächst sein, sämtliche ausgewählte Krank-



heiten vollständig, auch auf Ebene der Diagnosen, bei der Anpassung des Klassifikationsmodells zu berücksichtigen, selbst wenn dies mit einer Verschlechterung des Modells einhergehen sollte.

Eine mögliche Lösung des Problems wäre die Zusammenlegung der HMG *Ticstörungen* mit der nächst höheren HMG. Der GKV-Spitzenverband hat vorgeschlagen, die DXG 911 *Ticstörungen* der HMG 255 *Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom* zuzuordnen. Die Umgruppierung führt, wie vom BVA dargestellt, zu vergleichbaren Modellkennzahlen, gleichzeitig sinkt der Kostenschätzer für die HMG 255 um 51 €. Dieses Absinken des Kostenschätzers nimmt das BVA jedoch zum Anlass, die Umgruppierung nicht umzusetzen, sucht aber nicht nach weiteren Alternativen, um signifikante Schätzer für die Ticstörungen zu erreichen.

Die Krankheit Ticstörungen muss aus den oben dargestellten Gründen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Klassifikationsmodell Zuweisungen auslösend Berücksichtigung finden. Auf der Grundlage des vorgeschlagenen Entwurfs zur Ausgestaltung der Hierarchie ist eine Umgruppierung der DXG 911 *Ticstörungen* in die HMG 256 *Andere Entwicklungsstörungen* zu überprüfen und ggf. nach weiteren Alternativen zu suchen.

#### Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Die vorgeschlagenen Anpassungen in der Hierarchie sind überwiegend nachvollziehbar.

Der Argumentation zur Ablehnung einer engeren Arzneimittelabgrenzung bei der Multiplen Sklerose kann aus den oben dargestellten Gründen nicht gefolgt werden. Eine allumfassende Arzneimittelauswahl ist bei einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung nicht erforderlich und kann dem Ziel, die Modellgüte zu verbessern, entgegenstehen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Modellgüte weiter verbessert, wenn auf die ATC-Codes H02AB bzw. H02BX bei der Arzneimittelauswahl verzichtet wird.

Diese Modellvariante sollte im Vergleich zum bestehenden Modell geprüft werden.

#### Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Die Anpassungen in der Hierarchie Erkrankungen der Lunge sind größtenteils sachgerecht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte analog zur DXG 932 *Spezielle Pneumonien* auch eine Arzneimittelvalidierung (obligat, 10 BT) für die DXG 467 *Virale Pneumonie*, die DXG 468 *Andere und nicht näher bezeichnete Pneumonien* und für die DXG 469 *Influenza mit Pneumonie* überprüft werden.

Der zeitnahe Beginn einer Antibiotikatherapie ist bei einer Pneumonie unerlässlich. Dabei ist zunächst in der Regel nicht bekannt, welcher Erreger ursächlich für eine Pneumonie ist. Erfolgt unter der Antibiotikatherapie keine Besserung, findet eine Bestimmung des Erregers statt, um die Arzneimitteltherapie zielgenauer gestalten zu können. Unabhängig vom Erreger wird also zunächst



Seite 11 von 16

bei einer Pneumonie eine Antibiotikatherapie durchgeführt, weshalb es aus unserer Sicht sinnvoll erscheint, für die oben aufgeführten Diagnosegruppen ebenfalls eine Arzneimittelvalidierung zu überprüfen und ggf. einzuführen.

#### Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Das BVA lehnt den Vorschlag, bei der arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung nach unterschiedlichen Arzneimittelgruppen zu differenzieren, ab und verweist auf seine Argumentation im Vorjahr zur Einführung einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung.

Der GKV-Spitzenverband weist nochmals darauf hin, dass er die Bedenken des Beirats hinsichtlich möglicher Anreize ungerechtfertigter Leistungsausweitungen nicht teilt. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen gemäß § 31 Abs 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2012 vom 6.9.2011.

#### Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“

Die Einführung einer eigenständigen Hierarchie *Chronischer Schmerz* ist nachvollziehbar. Hierbei schlägt das BVA vor, Arzneimittelwirkstoffe zur Differenzierung unterschiedlicher Folgekostenniveaus heranzuziehen. Dabei wird auf eine breite Auswahl an berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen abgestellt.

Aufgrund möglicher Fehlanreize bei der Kodierung begrüßen wir, dass das BVA eine Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen beim chronischen Schmerz überprüft hat. Nicht in die Überprüfung eingeschlossen waren jedoch Vergleiche von Modellen mit unterschiedlicher Arzneimittelabgrenzung. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachzuholen, um ein einheitliches methodisches Vorgehen bei der Überprüfung einer arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung zu gewährleisten. Dabei ist bei der Arzneimittelauswahl grundsätzlich auf die Migränemittel zu verzichten, da diese nicht zur Therapie des chronischen Schmerzes zugelassen sind.

Insgesamt ist darauf zu achten, dass nicht durch Kodiervariationen bei eigentlich ausgeschlossenen Krankheiten durch das Auslösen des Zuschlags für chronischen Schmerz die Krankheitsauswahl unterlaufen wird.

Aufgrund möglicher Fehlanreize bei der Kodierung muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zukünftig beobachtet werden, ob das chronische Schmerzsyndrom vermehrt dokumentiert wird.

#### Altergruppendifferenzierung

Bezüglich der schrittweisen Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters ab dem Jahre 2012 möchten wir darauf hinweisen, dass dieses bei der Bildung der Altersgruppen zukünftig entsprechend zu berücksichtigen ist.



#### Anmerkungen zu den Anlagen

In der Anlage 3 ATC je DXG des Festlegungsentwurfs gibt es Unstimmigkeiten: Laut pdf-Dokument basiert die Zuordnung auf dem GKV-Arzneimittelindex mit Versionsstand 6/2012. Auffällig ist jedoch, dass mit Versionswechsel von 06/2011 auf 06/2012 neu hinzugekommene ATC-Codes nicht in die Zuordnungsliste aufgenommen wurden. Sollte die Anlage 3 tatsächlich auf dem GKV-Arzneimittelindex mit Stand 06/2012 basieren, so sind die Änderungen aufgrund des Versionswechsels vollständig zu übernehmen und entsprechend zu dokumentieren.

Des Weiteren sollte die Bezeichnung von HMG bzw. DXG zur besseren Übersichtlichkeit einheitlich erfolgen. Derzeit finden sich bei der arzneimittelbasierten Kostendifferenzierung unterschiedliche Bezeichnungsformen: DXG und HMG, für die keine zusätzlichen Arzneimittelinformationen definiert sind, sollten einheitlich die Bezeichnung „...ohne Dauermedikation“ erhalten. Bei den entsprechenden DXG bzw. HMG mit definierten Arzneimittelinformationen finden sich derzeit die Bezeichnungen „ ... mit Dauermedikation“, „ ... mit Angabe der definierten Arzneimittelwirkstoffe“ sowie „ ... mit Dauermedikation und Angabe der definierten Arzneimittelwirkstoffe“.

## IV. Änderung des Berechnungsverfahrens

#### Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Bezüglich der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ist der Verweis des BVA, die Prüfung relevanter Vorschläge zu diesem Bereich auf Grundlage der Vollerhebung der Leistungsdaten vorzunehmen, die für das Berichtsjahr 2011 erstmalig vorliegt, und im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2014 zu berücksichtigen, nachvollziehbar.

#### Kostenerstattergruppen

Die Bewertung der differenzierten Bildung von Kostenerstattergruppen beabsichtigt das BVA auf Grundlage der Vollerhebung der Ausgabendaten (Satzart 700) durchzuführen. Aus zeitlichen Gründen soll diese Überprüfung jedoch erst im kommenden Jahr im Rahmen der Modell Anpassungen für das Ausgleichsjahr 2014 stattfinden. Der GKV-Spitzenverband kann die vom BVA beabsichtigte Vorgehensweise nachvollziehen und geht davon aus, dass die Prüfung dieser Thematik im Festlegungsentwurf für das Jahr 2014 enthalten sein wird.

#### Berücksichtigung von DMP-Ausgaben

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es sachlich richtig, die versichertenbezogenen Leistungsausgabendaten vor Ermittlung der Zuschläge um DMP-Ausgaben zu bereinigen. Zwar erachten wir das vom BVA hierzu vorgeschlagene Verfahren als grundsätzlich möglich, halten es jedoch aus-



drücklich für sinnvoller, im Berechnungsverfahren den Anteil der Leistungsausgaben der DMP-Pauschale von den versichertenbezogenen Leistungsausgaben der DMP-Teilnehmer je DMP-Versichertentag abzuziehen. Dieser Abzug sollte, wie auch vom BVA dargelegt, analog der Verteilung der DMP-Ausgaben auf die einzelnen Hauptleistungsbereiche erfolgen. Durch diesen pauschalierten Abzug kann sichergestellt werden, dass die Höhe der über DMP-Pauschalen zugewiesenen Leistungsausgaben den Abzugsbeträgen vor Durchführung des Regressionsverfahrens entspricht.

#### Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

Zu der beabsichtigten Änderung im Umgang mit den unvollständigen Versichertenepisoden verstorbener Versicherter sind dem BVA Stellungnahmen einzelner Krankenkassen oder gemeinsame Schreiben mehrerer Krankenkassen und der sie vertretenden Kassenorganisationen zugegangen bzw. werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu den Festlegungen für das Jahr 2013 noch zugehen. Der GKV-Spitzenverband nimmt Stellung zu den die Gesamtinteressen der GKV betreffenden Aspekten der beabsichtigten Änderung.

#### 1. Rechtssicherheit des RSA-Verfahrens muss gewährleistet sein

Das BVA hält die Umsetzung der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, statt der Jahresausgaben die Ausgaben je Versichertentag zu Grunde zu legen, „angesichts der sich verdichtenden Faktenlage für sachlich und rechtlich geboten.“

Die rechtliche Notwendigkeit wird implizit hergeleitet aus der Begründung des Wissenschaftlichen Beirats, das Verfahren einer gesonderten Behandlung bestimmter Versicherter mit unvollständigen Versichertenzeiten sei fehlerhaft. Vor dem Hintergrund, dass eine Krankenkasse diese Argumentation des Wissenschaftlichen Beirats anführt, um die aus ihrer Sicht zu geringen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gerichtlich als rechtsfehlerhaft feststellen zu lassen (eine entsprechende Klage ist anhängig), ist das Interesse des BVA an einer klagefesten Regelung nachvollziehbar. Allerdings ist es zu hinterfragen, ob – unabhängig von der sachlichen Notwendigkeit – eine rechtliche Begründung für diese Änderung zielführend ist (zu der Frage der sachlichen Notwendigkeit aus Gesamtsystemsicht siehe weiter unten).

Selbstverständlich muss den Krankenkassen die rechtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes „Zuweisungsbescheid“ auf dem Klageweg offen stehen. Es wäre allerdings für die Akzeptanz des RSA-Verfahrens äußerst schädlich, wenn Ergebnisse eines Evaluationsberichts durch BSG-Urteil und nicht durch politische Entscheidungen über den rechtlichen Rahmen und die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs umgesetzt und unter Umständen sogar rückwirkende Korrekturen über mehrere Ausgleichsjahre ausgelöst würden. Bei einer Kumulation von Zuweisungsanpassungen für mehrere Ausgleichsjahre, die mit einer gerichtlich entschiedenen Korrektur im nächsten Jahresausgleich, d. h. finanziell konzentriert auf ein Jahr, umzusetzen wären, kann eine finan-



zielle Überforderung einzelner Krankenkassen und eine erhebliche Beeinflussung des Wettbewerbs nicht ausgeschlossen werden.

Es liegt in der Verantwortung des BVA als die den Gesundheitsfonds durchführende Behörde und der Politik als Verantwortliche für den bei der Durchführung geltenden Rechtsrahmen, ein solches Ergebnis auszuschließen und die Rechtssicherheit und Planbarkeit der Finanzausstattung der gesetzlichen Krankenkassen sicherzustellen.

Bei dem vom Wissenschaftlichen Beirat als ‚fehlerhaft‘ bezeichneten Verfahren bei der Berücksichtigung unvollständiger Versichertenzeiten in der Regression handelt es sich um eine sachliche und nicht um eine rechtliche Bewertung. Läge ein festgestellter Berechnungsfehler in den Berechnungsgrundlagen im juristischen Sinne vor, wäre nach § 266 Abs. 6 Satz 6 SGB V eine Korrektur im nächsten Jahresausgleich durchzuführen. Das BVA hat jedoch die Berechnungen der zurückliegenden Jahresausgleiche auf der Grundlage rechtskonformer, nach ordnungsgemäßer Anhörung erfolgter Festlegungen und unter Beachtung geltenden Rechts durchgeführt. Daran ändert auch der vorliegende Evaluationsbericht nichts. Ansonsten müsste das BVA nicht eine Änderung des Berechnungsverfahrens im Rahmen der Festlegung für das Jahr 2013 anstreben, sondern eine Korrektur im anstehenden Jahresausgleich vornehmen. Dies ist weder beabsichtigt noch begründet. Das BVA sollte insoweit seine Argumentation, die Änderung des Berechnungsverfahrens sei rechtlich geboten, überdenken.

Die Verantwortung für den rechtssicheren Rahmen der RSA-Durchführung muss begleitend von der Politik wahrgenommen werden, indem eine aktive Auseinandersetzung mit den Ergebnissen des Evaluationsberichts stattfindet.

## 2. Risikoselektionsanreize zu Lasten von Versicherten sind zu vermeiden

Der Gesundheitsfonds verteilt die Einnahmen aus dem GKV-einheitlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatz und die Steuermittel, die der GKV zur Verfügung stehen, entsprechend der nach bestehenden Vorgaben festgestellten Risikostruktur auf die Krankenkassen.

Vorrangige Zielsetzung des Risikostrukturausgleichs ist es, die Anreize zur Selektion von Risiken zu beseitigen, damit keine Diskriminierung von Versicherten stattfindet. Praktische Erfahrungen machen deutlich, dass ein gesetzliches Diskriminierungsverbot allein nicht ausreicht, um befürchteter oder tatsächlicher Unterdeckung der Ausgaben bei sogenannten ‚schlechten Risiken‘ als Handlungsanreiz zu Risikoselektion vollständig Herr zu werden. Handlungsbedarf besteht, weil jede Form denkbarer Risikoselektion die Akzeptanz des Risikostrukturausgleichs und zugleich der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet.

Der Wissenschaftliche Beirat hat die vom BVA vorgeschlagene Änderung bereits im Jahr 2009 in ähnlicher Form gefordert. Er hat in seinem 2011 vorgelegten Evaluationsbericht 2009 aber auch



in weiteren Bereichen systematische Unterdeckungen festgestellt, in denen somit Risikoselektionsanreize fortbestehen.

Die vom BVA vorgeschlagene Änderung bezieht sich auf die Risikogruppen mit überdurchschnittlicher Mortalität. Neben den älteren Versicherten generell, für die eine systematische und deutliche Unterdeckung festgestellt wird, sind dies insbesondere ältere Versicherte mit Erkrankungen, die eine besonders hohe Mortalität aufweisen. Dies ist Ergebnis der Sonderbehandlung der Leistungsausgaben von Verstorbenen, deren technisch gesprochen „unvollständige Versichertenepisode“ im bisherigen Berechnungsverfahren eine andere Berücksichtigung erfährt als bei allen anderen Versicherten mit weniger als 365 Versichertentagen (Geburt, Migration, Wechsel zwischen PKV und GKV). Die Diskussion um die Annualisierung der Ausgaben von Verstorbenen und die wirkungsgleiche Berücksichtigung der Ausgaben je Versichertentag in der Regression zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren ist methodisch hinlänglich bekannt und bedarf hier keiner weiteren Erläuterungen.

Gleichzeitig stellt der Evaluationsbericht fest, dass das Verfahren der Standardisierung der Krankengeldausgaben bei einer Reihe von Krankenkassen systematisch zur Unterdeckung der Ausgaben für Krankengeld durch die Zuweisungen von deutlich mehr als 10 % führt. Dies mag in einer oberflächlichen Betrachtung den Eindruck erwecken, dass es ‚ausgleichende Ungerechtigkeiten‘ im bestehenden Verfahren gibt. Risikoselektionsanreize entstehen jedoch auf der Einzelkasenebene und hier sind keineswegs systematisch kompensierende Effekte festzustellen.

Der Evaluationsbericht konnte nach Vergleich mehrerer Alternativen zur Standardisierung der Krankengeldausgaben keine Lösung aufzeigen, da alle untersuchten Methoden unverändert zu über 10 % liegenden Unterdeckungen bei einer Reihe von – allerdings jeweils unterschiedlichen – Krankenkassen führten. Für das Schutzbedürfnis der Versicherten vor Risikoselektion spielt es aber keine Rolle, bei welcher Krankenkasse entsprechende Fehlanreize bestehen. Mittlerweile gibt es Lösungsvorschläge, diese Unterdeckungen methodisch zu beseitigen, zumindest aber zu begrenzen.

Darüber hinaus nennt der Evaluationsbericht die Berücksichtigung von Auslandsversicherten oder die von Kostenerstattungsfällen nach § 13 Abs. 2 SGB V als Probleme. Die Datengrundlagen für die im Evaluationsbericht festgestellten Überdeckungen bei Auslandsversicherten und – in geringerem Umfang – bei Kostenerstatteern bedürfen wegen geänderter Buchungsbestimmungen bei Auslandsleistungen und wegen der neu eingeführten Vollerhebung der Ausgaben einer erneuten empirischen Überprüfung.

Der Beirat hat zudem darauf verwiesen, dass bezogen auf Versicherte mit sehr hohen Leistungsausgaben der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich nur unzureichend wirkt, sodass über die Einführung eines Hochrisikopools nachgedacht werden könnte.



Der vom Beirat identifizierte Korrekturbedarf wird vom GKV-Spitzenverband in Übereinstimmung mit der weit überwiegenden Mehrheit seiner Mitglieder grundsätzlich anerkannt. Unterschiedliche Auffassungen bestehen allerdings bei unseren Mitgliedern darüber, wie mit diesem Korrekturbedarf umgegangen werden soll. Einerseits wird gefordert, „offenkundige Fehler“ umgehend zu beseitigen, andererseits wird eine Veränderung nur im Gesamtpaket als sinnvoll angesehen. Da der Risikostrukturausgleich ein Nullsummenspiel darstellt und damit jede Veränderung Gewinner und Verlierer zur Folge hat, muss sich der GKV-Spitzenverband zu dieser Frage wettbewerbsneutral verhalten.

