



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 03.08.2023**

**zum Entwurf der Festlegungen
des Bundesamtes für Soziale Sicherung
gemäß § 8 Absatz 4 RSAV
für das Ausgleichsjahr 2024**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien.....	4
III. Hierarchien	5
IV. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	6
V. Anmerkungen zum Entwurf des Festlegungsdokuments.....	7

I. Vorbemerkung

Gemäß § 8 Abs. 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2024 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2023 fest.

Den Entwurf der entsprechenden Festlegungen inklusive der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf hat das BAS im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens am 9. Juni 2023 mit der Bitte um Stellungnahme bis zum 4. August 2023 an den GKV-Spitzenverband übermittelt. Diesbezüglich begrüßt der GKV-Spitzenverband die vorgenommene Verlängerung der Anhörungsfrist auf 8 Wochen ausdrücklich. Da durch das BAS bzw. den Wissenschaftlichen Beirat in diesem Jahr die nach § 267 Abs. 6 SGB V bzw. § 266 Abs. 10 Satz 2, 2. Hauptsatz, Satz 3 und 4 SGB V vom Gesetzgeber vorgesehenen Gutachten zu erstellen sind, stehen von Seiten des BAS in diesem Jahr reduzierte Personalressourcen zu Pflege und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodelles zur Verfügung. Dementsprechend erfolgt im vorliegenden Entwurf die Schwerpunktsetzung auf die Behebung und Vermeidung von Hierarchieverletzungen sowie die Bearbeitung einiger noch offener Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes. Die diesbezüglichen Ausführungen des BAS sind aus unserer Sicht nachvollziehbar und spiegeln sich im Umfang des diesjährigen Festlegungsentwurfes wider. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die unbearbeiteten Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes aus dem Vorjahr Bestandteil des nächsten Anpassungszyklus sein werden und hierbei unsere Anmerkungen hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Analyse zur zielgenaueren Abbildung von Komorbidität im Klassifikationsmodell Berücksichtigung finden.

Hinsichtlich zukünftiger Analysen zur Weiterentwicklung des MRSA-Klassifikationsmodelles möchten wir zudem auf Folgendes hinweisen: In der Arzneimittelversorgung werden zunehmend spezifisch wirkende Arzneimittel zugelassen, die sich durch hohe Versorgungskosten auszeichnen und dazu geeignet sind, einen schwerwiegenderen Krankheitsverlauf oder seltene Krankheiten zu identifizieren, die im ICD-Katalog nicht mit einem eigenen ICD-Code abgebildet werden. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass sich durch eine Berücksichtigung entsprechend spezifischer Arzneimittelwirkstoffe die Zielgenauigkeit des Modelles deutlich verbessern ließ. Daher sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Bereich dieser spezifisch wirkenden Arzneimittel bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodelles besondere Berücksichtigung finden. Diesbezüglich sind z. B. Erkrankungen der Hierarchie 02 *Neubildungen*, Hierarchie 04 *Metabolische Erkrankungen* und Hierarchie 08 *Hämatologische Erkrankungen* zu untersuchen.

Zudem begrüßen wir die Anhörung des Tabellenblatts der Anlage 3 zu den berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln je Diagnosegruppe im Berichtsjahr 2022. Die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes hierzu wird nach Rücksprache mit dem BAS bis zum 1. September 2023 gesondert erfolgen.

Abschließend enthält der vorliegende Entwurf der Festlegungen nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2024 die Festlegung der regionalen Merkmale nach § 2 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 RSAV sowie der Wohnlandgruppen nach § 269 Abs. 3 SGB V.

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

II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien

1 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung

Die beschriebenen statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Krankenkassenebene sowie auf regionaler Ebene. Die für den vorliegenden Festlegungsentwurf durchgeführten Analysen basieren auf den Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2020 und den Versichertenstammdaten sowie die versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahres 2021. Sowohl die Datenaufbereitung als auch die Beschreibung des verwendeten Datensatzes werden ausführlich dargestellt und konnten vom GKV-Spitzenverband rechnerisch nachvollzogen werden.

Im Rahmen des Festlegungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2024 werden nunmehr Daten des 1. und 2. Pandemiejahres für die Analysen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens verwendet. Folgerichtig hat das BAS zur Verwendbarkeit der Datengrundlage umfangreiche Analysen durchgeführt und in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ausführlich dokumentiert. Dies ist aus unserer Sicht ausdrücklich zu begrüßen. Die Schlussfolgerungen des BAS zur Bewertung der in den Daten festgestellten Pandemieeffekte und damit einhergehend zur Verwendbarkeit der Daten für das Verfahren nach § 8 Abs. 4 RSAV sind nachvollziehbar.

2 Entwicklung des Ausgangsmodelles für das Ausgleichsjahr 2024

Basis für das Ausgangsmodell für die Modellentwicklung für das Ausgleichsjahr 2024 ist ein modifiziertes Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2023.

Anpassung an den ICD10-GM Version 2023

Die vorgenommene Eingliederung neuer ICD-Codes ist umfassend dokumentiert und bis auf die ICD-Codes mit der Kategorie *Anpassung an ICD-10-GM Version 2023* versehenen Hinweise in der Anlage zur Stellungnahme nachvollziehbar.

Anders als in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf ausgeführt, werden die darüber hinaus am Klassifikationsmodell 2023 vorgenommenen Anpassungen aufgrund einer erneuten medizinischen Überprüfung bestehender ICD-Zuordnungen nicht in allen Fällen in den jeweiligen Hierarchiekapiteln dargestellt. Diesbezüglich halten wir eine vollumfängliche Darstellung der vorgenommenen Anpassungen für erforderlich.

III. Hierarchien

Den Erläuterungen zu den Anpassungen der einzelnen Hierarchien stellt das BAS Vorbemerkungen zur Struktur der Kapitel zur Dokumentation der Modelländerungen sowie zu den Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien voran. Hierin wird die einheitliche Vorgehensweise und Strukturierung der Dokumentation zur Modellanpassung beschrieben. Ferner werden verwendete Darstellungsschemata erläutert. Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die nachvollziehbare Strukturierung der Dokumentation der Hierarchieanpassungen sowie deren konsequente Anwendung im vorliegenden Dokument und die diesbezüglichen Erläuterungen. Auch die Bereitstellung einer Exceltabelle als Vorlage für die Stellungnahme ist zu begrüßen. Detaillierte Anmerkungen zu den vorgeschlagenen Hierarchieänderungen sind in der dementsprechenden Anlage zu dieser Stellungnahme enthalten. Weiterhin möchten wir darauf hinweisen, dass sich unsere Anmerkungen auf die vorgeschlagenen Hierarchieänderungen beschränken. In Anbetracht der Schwerpunktsetzung des BAS haben wir von darüber hinausgehenden Änderungsvorschlägen auch für die vom BAS bearbeiteten Hierarchien abgesehen.

Im Rahmen des letztjährigen Anhörungsverfahrens hat der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen, dass für zahlreiche Diagnosegruppen mit Aufgreifkriterium *Arzneimittel obligat* bzw. *Sonderfall 1 und 4* die Auswahl berücksichtigungsfähiger Arzneimittelwirkstoffe unvollständig ist und entsprechende Ergänzungsvorschläge aufgeführt. Diese wurden jedoch nicht in Gänze für das Ausgleichsjahr 2023 bearbeitet. In der Folge erhalten Krankenkassen für Versicherte aufgrund der fehlenden Arzneimittelwirkstoffe in der Anlage 3 der Festlegungen keine adäquaten Zuweisungen, obwohl passende Arzneimittelverordnungen vorliegen. In dem für das Ausgleichsjahr 2024 vorliegenden Entwurf wurden nur die Vorschläge für die DXG1332 *Infektionen der Wirbelsäule* bearbeitet.

Aus den oben genannten Gründen halten wir es für zwingend erforderlich, die entsprechenden noch offenen Vorschläge für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2024 umzusetzen. Diese betreffen die Hierarchie 05 *Erkrankungen der Leber*, Hierarchie 16 *Herzkrankungen* und Hierarchie 20 *Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege*. Weitere

Ergänzungsvorschläge zur Anlage 3 sind in der Anlage zu dieser Stellungnahme als *Ergänzung bestehender ATC-Zuordnung* kategorisiert.

In der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes für die Anpassung des Klassifikationsmodelles für das Ausgleichsjahr 2023 wurde vorgeschlagen, die HMGs der rheumatoiden Erkrankungen, Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) und Psoriasis jeweils mit Dauermedikation in einem gemeinsamen Hierarchiestrang abzubilden, der die restlichen HMGs der Stränge Psoriasis, rheumatoide Erkrankungen und CED dominiert. Es konnte gezeigt werden, dass sich hierdurch die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells erheblich verbessern lässt. Gleichzeitig werden doppelte Zuschläge vermieden, die aus der Kreuz-Stern-Systematik in der Dokumentation resultieren. Vor diesem Hintergrund bitten wir das BAS, eine Umsetzung des Vorschlags möglichst noch für das Ausgleichsjahr 2024 zu prüfen. Auch wenn dieser Vorschlag nicht alle mit Immunsuppressiva behandelten Erkrankungen wie beispielsweise Multiple Sklerose einbezieht, ist er jedoch als erster Schritt dazu geeignet, das Modell deutlich zu verbessern und hinsichtlich falscher Kodieranreize resistenter zu machen.

IV. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

1 Regionale Risikogruppen

Turnusmäßig überprüft das BAS im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2024 die Variablenselektion zur Bildung der Regionalen Risikogruppen (RGG) auf Grundlage der in den Vorjahren verwendeten und auf dem Regionalgutachten des Wissenschaftlichen Beirates aus dem Jahr 2018 basierenden Methodik. Die hierfür verwendeten Datengrundlagen werden ausführlich beschrieben.

Nach Ausschluss der angebotsseitigen Variablen „Übersversorgung“ und „Facharztdichte“ ergeben sich als Ergebnis der Variablenselektion acht Regionalvariablen. Hieraus wiederum ergeben sich 80 regionale Risikogruppen (RGG) zzgl. einer RGG für Versicherte, die sich keinem Inlandswohntort zuordnen lassen.

Das Verfahren zur Variablenselektion und zur Bildung der regionalen Risikogruppen kann durch den GKV-Spitzenverband rechnerisch nachvollzogen werden.

2 Auslandsversicherte

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) führte der Gesetzgeber im Jahre 2021 eine Neuregelung des Zuweisungsverfahrens für die sogenannten „Auslandsversicherten“ ein. Die dementsprechenden Risikozuschläge sind gemäß § 269 Abs. 3

SGB V ab dem Ausgleichsjahr 2023 differenziert nach dem Wohnstaat zu ermitteln, auf Grundlage der durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen sowie der durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA).

Diese Vorgabe wurde durch das BAS erstmals für das Ausgleichsjahr 2023 in Form von Wohnlandgruppen (WLG) umgesetzt. Im vorliegenden Festlegungsentwurf erfolgt für das Ausgleichsjahr 2024 eine Neuabgrenzung der Wohnlandgruppen. Hierbei wird die für das Ausgleichsjahr 2023 herangezogene Methodik zur Berechnung der mittleren Ausgaben je Wohnland unter Verwendung der Daten der Berichtsjahre 2020/2021 konsequent weiterentwickelt. So werden auch die im Vorjahr bereits verwendeten Datengrundlagen weiterhin – gewichtet – in die Berechnungen einbezogen.

Zu begrüßen ist, dass das Kriterium der „geografischen Nähe“ nicht mehr zur Bildung der länderübergreifenden Wohnlandgruppen herangezogen wird. Die im vorliegenden Entwurf dargelegten Kriterien für die Zusammenfassung von Ländern zu Wohnlandgruppen erscheinen aus unserer Sicht vor dem Hintergrund der Vermeidung unvorhersehbarer Schwankungen der Zuschläge für die Wohnlandgruppen zielführend. Hinsichtlich des Schwellenwertes zur Bildung einer eigenen Wohnlandgruppe von 1.000 VJ je Land verweisen wir auf die diesbezügliche Ankündigung des BAS im Rahmen der Erläuterungen zu den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2023 eine entsprechende Überprüfung dieses Wertes bei Vorliegen ausreichender Datengrundlagen durchzuführen.

V. Anmerkungen zum Entwurf des Festlegungsdokuments

Zu Punkt *1.6 Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen (KEGs)* haben wir folgende Anmerkung: In der aktuellen Festlegung wird im genannten Abschnitt direkt auf die §§ 13 Abs. 2 und 53 Abs.4 SGB V Bezug genommen. Nach § 7 Abs. 1 Nr. 9 RSAV sind „die Anzahl der Versichertentage mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Abs. 2 SGB V und § 52 Abs. 4 SGB V“ zu melden. Gleichmaßen wird nach § 8 Abs. 5 RSAV die Bildung einer Risikogruppe für Versicherte, „die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Abs. 2 des SGB V oder § 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben“ vorgegeben. Dementsprechend sind die Verweise im Festlegungsdokument unter Einbeziehung des § 8 Abs. 5 RSAV anzupassen, um die Einschränkung auf den ärztlichen Bereich zu berücksichtigen.