



**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

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

Berlin, 27. August 2010

**Stellungnahme des GKV Spitzenverbandes zum Entwurf der Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV
für das Ausgleichsjahr 2011**

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

das Bundesversicherungsamt legt im Rahmen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches gem. § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die im Ausgleichsjahr 2011 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 2010 fest. Im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens hat das BVA den Entwurf der entsprechenden Festlegung inkl. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf am 30. Juli 2010 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 2011 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 entschieden, den Fokus auf eine Überprüfung der Hierarchien zu legen. In erster Linie wurden diejenigen Hierarchien überarbeitet, bei denen sich eine Anpassungsnotwendigkeit aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 ergab.



Spitzenverband
der Krankenkassen

Nachdem im letzten Jahr die Weiterentwicklung der Aufgreifkriterien im Vordergrund stand, ist es nachvollziehbar, sich bei der Weiterentwicklung des Modells in diesem Jahr auf die Überprüfung der Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen zu konzentrieren. Aus fachlicher Sicht ist zu begrüßen, dass Aspekte der Kostenhomogenität bei der Überprüfung der Zusammensetzung von Diagnose- bzw. Morbiditätsgruppen besondere Berücksichtigung gefunden haben.

Insbesondere die aus den Anpassungsvorschlägen resultierende verstärkte Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln ist positiv zu bewerten. Neben einer Verringerung der Manipulationsanfälligkeit des Modells wird hierdurch auch ein sachgerechter Beitrag zur Schaffung kostenhomogener Morbiditätsgruppen geleistet.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es zudem wünschenswert, 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 zu befassen.

Die dem Entwurf zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV beigefügten Erläuterungen zur Festlegung der Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus', des Regressionsverfahrens und der Berechnungsverfahren durch das BVA tragen dazu bei, den Entscheidungsfindungsprozess des Wissenschaftlichen Beirates bzw. des BVA transparent zu gestalten. Um eine vollumfängliche Nachvollziehbarkeit der einzelnen Analysen zu ermöglichen, empfehlen wir, darüber hinaus auch die vollständigen Zuordnungen des dem M-RSA Klassifikationsmodell zugrunde liegenden DXCG-Ausgangsmodells zur Verfügung zu stellen.

Das durchgeführte Verfahren, die einzelnen Änderungen am Aufgreifalgorithmus bzw. am Klassifikationsmodell auf Basis eines definierten Bezugsmodells zu bewerten, wird begrüßt. Bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells werden die unterschiedlichen Anpassungsvorschläge geprüft und empirisch bewertet. Bei der Beurteilung der empirischen Ergebnisse spielt neben der medizinischen Bewertung und einer Analyse der Schätzer das statistische Bestimmtheitsmaß (R^2) als Kriterium für die Zielgenauigkeit – wie in den Vorjahren – eine zentrale Rolle. Auch wenn dieses Vorgehen international üblich ist, haben der Wissenschaftliche Beirat und das BVA eine wissenschaftliche Expertise in Auftrag gegeben mit dem Ziel, weitere geeignete Beurteilungskriterien für die Überarbeitung des Klassifikationsmodells zu entwickeln.

Wie bereits in unserer Stellungnahme zur Anpassung des Klassifikationsmodells 2010 ausgeführt, erscheint es aus unserer Sicht nicht ausreichend, die Bewertung der einzelnen Modifikationen in erster Linie auf Basis eines primären Gütemaßes durchzuführen. Zwar liefert der R^2 -Wert erste Hinweise auf die veränderte Schätzgenauigkeit des jeweiligen Modells, jedoch reicht dies vielfach nicht aus, um eine abschließende Bewertung der entstandenen Effekte vorzunehmen. Hier sind aus unserer Sicht insbesondere die Relationen zwischen den durch das jeweilige Modell prognostizierten Kosten und den tatsächlichen Ist-Kosten (predictive ratios), z.B. auf Basis von Alters-, Morbiditäts- und Kostengruppen, der geeignetere Maßstab, um insbesondere die Güte der prognostizierten Folgekosten im M-RSA bewerten zu können. Der GKV-Spitzenverband begrüßt daher die vom BVA diesbezüglich in Auftrag gegebene Expertise ausdrücklich.



**Spitzenverband
der Krankenkassen**

II. Änderungen des Klassifikationsmodells

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

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

Hierarchie 02 „Neubildungen“

Der Anpassungsvorschlag für die Hierarchie 02 "Neubildungen" sieht für den ICD-Code Z51.0 eine eigene HMG 180 'Strahlentherapie' vor und für die ICD-Codes Z51.1 und Z51.82 die HMG 181 'Chemotherapie'. Laut Festlegung erhalten Versicherte für die HMG 180 bzw. 181 dann einen zusätzlichen Zuschlag, wenn gleichzeitig ICD-Codes vorliegen, die zu einer Gruppierung in eine HMG des Bereiches Neubildungen (HMG 004 bzw. HMG 006 bis HMG 014) führen.

Dass Versicherte, die aufgrund ihrer Erkrankung eine Strahlen- und/oder Chemotherapie erhalten haben, höhere Folgekosten aufweisen als solche ohne eine vergleichbare Behandlung, ist nachvollziehbar. Diesen Sachverhalt auch im Klassifikationsmodell abzubilden, wird vom GKV-Spitzenverband insoweit begrüßt. Fraglich erscheint jedoch, ob dies auf Basis der oben genannten ICD-Codes erfolgen kann, da es sich bei diesen Codes lediglich um Hinweise auf bestimmte Prozeduren handelt. Die für den stationären Bereich geltenden Deutschen Kodierrichtlinien sehen vor, Chemotherapien bzw. Strahlentherapien mit Schlüsselnummern des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zu dokumentieren. Eine korrekte DRG-Zuordnung für diese Behandlungen erfolgt daher ausschließlich über die OPS-Codes.

Im ambulanten Bereich ist die Verwendung von ICD-Codes der Gruppe nicht reguliert. Die Abrechnung der Behandlungen erfolgt jedoch über die Gebührenordnung des EBM, wobei die Dokumentation der ICD-Codes der Gruppe Z51.- nicht notwendig ist. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass die Dokumentation der entsprechenden ICD-Codes nicht regelhaft erfolgt. Eine entsprechende Analyse des GKV-Spitzenverbandes hat ergeben, dass für Versicherte der HMG 004 sowie der HMG 006 bis 014, die gleichzeitig eine Zytostatika-Verordnung aufweisen, die ICD-Codes für Chemotherapie bzw. kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung nur zu einem Drittel dokumentiert waren. Eine gute Dokumentationsqualität ist jedoch Voraussetzung für die Verwendung von Merkmalen im Morbi-RSA-Klassifikationsmodell. Dementsprechend ist u. E. zumindest die Zuordnung der HMG 181 'Chemotherapie' ausschließlich auf Basis der aufgeführten ICD-Codes unzureichend.

Für die HMG 180 'Strahlentherapie' ist eine Berücksichtigung von Arzneimitteln nicht möglich. Die Überprüfung der Kodierqualität ist aufgrund des Fehlens der Informationen nach § 301 Abs.1 Nr. 6 SGB V bzw. § 295 Abs.1 Satz 4 SGB V in den vorliegenden Datenmeldungen ausgeschlossen. Da



Spitzenverband
der Krankenkassen

die deutschen Kodierrichtlinien für den stationären Bereich jedoch nicht die Kodierung des ICD-Codes Z51.0, sondern die Meldung eines entsprechenden OPS-Schlüssels vorsehen, der in diesem Fall im Gegensatz zum ICD-Code direkt abrechnungsrelevant ist, gehen wir davon aus, dass auch in diesem Bereich keine vollumfängliche Kodierung der für die HMG-Zuordnung herangezogenen Diagnose erfolgt.

Sinnvoller ist aus unserer Sicht die Verwendung von Merkmalen, die eine erbrachte Leistung dokumentieren, wie bspw. Arzneimittelverordnungen oder Prozeduren. Da eine Meldung von Informationen nach § 301 Abs.1 Nr. 6 SGB V bzw. § 295 Abs.1 Satz 4 SGB V derzeit rechtlich bzw. aufgrund von Regelungen in der Bestimmung nach § 267 RSAV nicht vorgesehen ist, stehen somit nur Arzneimittelinformationen als entsprechende Zuordnungskriterien zur Verfügung. Hier können das Sonderkennzeichen für Zytostatika-Zubereitungen (9999092) sowie die entsprechenden ATC-Codes für Zytostatika verwendet werden.

Aus den o. g. Gründen stellen wir daher fest, dass für die Zuordnung der HMG 181 die alleinige Berücksichtigung der ICD-Codes Z51.1 und Z51.82 bei einer vorhandenen Zuordnung zu einer HMG 004, HMG 006 bzw. HMG 014 als Zuordnungskriterium u. E. unzureichend ist, da hierdurch aufgrund der bestehenden Kodierpraxis nur ein Teil der Fälle identifiziert werden kann, in denen eine Chemotherapie durchgeführt wurde. Um zumindest im ambulanten Bereich eine adäquate Zuordnung der HMG 181 zu gewährleisten, sollte daher die Verordnung von Zytostatika neben bestehenden Zuordnungen zu den Morbiditätsgruppen des Bereiches „Neubildungen“ für die Zuordnung der HMG 181 herangezogen werden.

Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Die vorgeschlagenen Änderungen der Zuordnungen bzw. teilweisen Einführung einer Schweregraddifferenzierung anhand von Arzneimitteln führen zu einer deutlichen Verbesserung des Modells und zu einer zielgenaueren Mittelzuweisung für die aufgegriffenen Versicherten und sind deshalb zu begrüßen.

Die Ergebnisse einer Kostenvarianzanalyse der zerlegten DxG waren ausschlaggebend für die vorgeschlagenen Änderungen. Nicht in die Betrachtung mit eingeflossen ist die DxG 118 „Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs“. Hypophysärer Kleinwuchs wird bis zum erfolgten Epiphysenfugenschluss in der Pubertät mit Wachstumshormonen behandelt, so dass davon auszugehen ist, dass in der DxG 118 ebenfalls eine erhebliche Kostenvarianz vorliegt. Diese ließe sich ebenfalls mit einer Schweregraddifferenzierung durch entsprechende Arzneimittel (Somatropin und Somatropin-Analoga) berücksichtigen. Analysen des GKV-Spitzenverbandes für die DxG 118 haben ergeben, dass Versicherte mit entsprechenden Verordnungen um den Faktor 2,5 höhere durchschnittliche Leistungsausgaben aufweisen als Versicherte ohne diese Verordnungen.

Unberücksichtigt bei den Untersuchungen des BVA blieb zudem die Diagnose E76.2, mit der u. a. die Maroteaux-Lamy-Krankheit verschlüsselt wird. Auch diese Erkrankung zählt zu den Mukopo-



**Spitzenverband
der Krankenkassen**

lysaccharoidosen (MPS IV) und wird mit einem Enzyersatzpräparat behandelt, dessen Wirkstoff Galsulfase der ATC-Gruppe A16AB zugeordnet ist. Die Therapiekosten sind vergleichbar mit denen derjenigen Erkrankungen, die bei entsprechenden Arzneimittelverordnungen zu einer Gruppierung in die DxG 826 bzw. HMG 202 führen.

Da sich Versicherte mit MPS IV eindeutig über Verordnungen identifizieren lassen, sollten entsprechende Diagnosen unter Berücksichtigung der spezifischen Arzneimittelverordnungen ebenfalls zu einer Gruppierung in die DxG 826 ‚Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT‘ und damit die HMG 202 ‚Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT‘ führen. Dies würde sich zudem positiv auf die derzeit geringe Besetzung der HMG 202 auswirken.

Aus den oben genannten Gründen schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Diagnose E76.2 ‚Sonstige Mukopolysaccharidosen‘ bei Vorliegen entsprechender Arzneimittelverordnungen ebenfalls für die DxG 826 ‚Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT‘ und damit die HMG 202 ‚Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT‘ zuzulassen. Gleichzeitig sollte überprüft werden, ob die Diagnose E76.2 weiterhin in der DxG 119 verbleiben oder in die DxG 825 verschoben werden sollte, wenn Versicherten mit der Diagnose E76.2 keine entsprechenden Arzneimittelverordnungen aufweisen.

Zudem wird vorgeschlagen, für die DxG 118 ‚Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs‘ ebenfalls eine Schweregraddifferenzierung mittels Arzneimitteln durch Somatropine und Somatropin-Analoga einzuführen und die Hierarchie entsprechend anzupassen.

Vor dem Hintergrund eines fehlenden Risikopools ist die Entscheidung des wissenschaftlichen Beirats grundsätzlich nachvollziehbar, von der bisherigen Regel der Mindestbesetzung für HMG von 100 Versicherten in bestimmten Ausnahmefällen abzuweichen. Dem generellen Problem der niedrigen Besetzung einzelner HMG, die seltene Erkrankungen betreffen, ließe sich jedoch besser dadurch begegnen, die Modellentwicklung nicht auf einer Stichprobe, sondern auf einer Vollerhebung durchzuführen.

Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ i. V. m.

Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ und

Hierarchie 23: „Verletzungen“

Die Überarbeitung der Hierarchie erfolgte aus unterschiedlichen Gründen. Zum einen wurden aufgrund wiederholt auftretender Hierarchieverletzungen die Dominanzbeziehungen überprüft. Bedingt durch die geänderte Krankheitsauswahl mussten zudem verschiedene ICD-Codes integriert werden, u.a. die der Arthritis psoriatica.

Obwohl dies eine grundlegende Analyse der gesamten Hierarchie zur Folge hatte, wurde die vom GKV-Spitzenverband im Vorschlagsverfahren zur Anpassung des Klassifikationsmodells 2011 empfohlene Überprüfung des Hierarchiestrangs 13 „Erkrankungen/Verletzungen des Rücken-



**Spitzenverband
der Krankenkassen**

marks“ (HMG 067, 068, 069) nicht in die Analyse mit einbezogen. Wir möchten erneut darauf hinweisen, dass in den genannten Hierarchiegruppen unverändert DxG zusammengefasst sind, die sich u. E. in ihren Kosten erheblich voneinander unterscheiden. Eine dementsprechende Überprüfung der Hierarchie 13 halten wir deshalb nach wie vor für erforderlich.

Die HMG 038 „Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten“ umfasst ICD-Codes, die nicht nur Autoimmunerkrankungen mit Gelenkbeteiligung beschreiben, sondern auch solche, die Autoimmunerkrankungen mit Lungen-, Gefäß- und sonstigen Beteiligungen verschlüsseln. Aus medizinischer Sicht ist daher die Hierarchisierung der HMG 038 unter die HMG 207 bzw. 206 kritisch zu sehen. Eine entsprechende Unterteilung der HMG 038 ist daher zu prüfen.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen und Hierarchie 15 „Herz und Atemstillstand“

Die strikteren Hierarchisierungen in der Hierarchie 15 stellen insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung unterschiedlicher Kodiervarianten eine deutliche Verbesserung dar, sie machen das Modell resistenter gegenüber Manipulationen.

Die Unterordnung der HMG 091 „Hypertonie“ unter alle anderen HMG der Hierarchie wirft jedoch Fragen auf: Es wird unterstellt, dass Hypertonie zu keinem der Hierarchiestränge einen zusätzlichen Risikofaktor darstellt. Während an anderen Stellen insbesondere medizinisch-inhaltliche Sachverhalte zu Anpassungen führen, werden diese bei der Einordnung der HMG 091 außer acht gelassen. Begründet wird diese Einordnung ausschließlich mit einer hohen Komorbidität mit anderen Herzerkrankungen und der hohen Überschneidung bei den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Eine ausführliche Komorbiditätsanalyse fehlt jedoch. Es wird lediglich festgestellt, dass 50 % der in der Hierarchie vergebenen Zuschläge auf die HMG 091 entfallen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine Unterordnung der HMG 091 unter medizinischen Gesichtspunkten in einigen Fällen nicht begründbar. Genannt sei hier z. B. die Hierarchisierung der HMGs 86, 87 und 88.

Aus methodischen Gründen halten wir es daher für erforderlich, die vorgeschlagene Hierarchisierung der HMG 091 ‚Hypertonie‘ sowohl unter medizinisch-inhaltlichen als auch medizinisch-empirischen Aspekten (insbesondere Komorbiditätsanalyse) zu überprüfen.

Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Die Anpassungsvorschläge sind zu begrüßen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Arzneimittelauswahl für die DxG 449 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)“ um Aztreonam (J01DF01) zu ergänzen.

Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Die Anpassungsvorschläge sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes positiv zu bewerten. Die systemische Therapie der Psoriasis/Parapsoriasis umfasst neben den aufgeführten Arzneimittel-



**Spitzenverband
der Krankenkassen**

therapien auch die Fototherapie (PUVA), bei deren Anwendung Psoralene eingesetzt werden. Aus diesem Grund sollte die Arzneimittelauswahl für die DxG 836 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation“ um systemische Psoralene (ATC D05AB) ergänzt werden.

III. Änderungen des Berechnungsverfahrens

Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte

In Abschnitt 23 „Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte“ der Erläuterungen zur Festlegung gem. § 31 Abs. 4 RSAV thematisiert das BVA die mögliche Änderung des Annualisierungsverfahrens für verstorbene Versicherte. Im aktuellen Regressionsverfahren werden die Leistungsausgaben für verstorbene Versicherte nicht annualisiert, jedoch mit dem Faktor 1 im Regressionsverfahren gewichtet. Demgegenüber werden die Leistungsausgaben der übrigen Versicherten im Ausgleichsjahr anhand ihrer Versichertenzeiten annualisiert und im Regressionsverfahren mit dem Anteilswert des Jahres, in dem sie versichert waren, gewichtet.

Das BVA legt den Beschluss des Wissenschaftlichen Beirates, der eine Gleichbehandlung aller Versicherten im Rahmen des Regressionsverfahrens vorsieht, ausführlich dar, und führt aus, diesem Beschluss aufgrund der GKV-internen kontroversen Diskussion nicht zu folgen. Weiterhin verweist das BVA diesbezüglich auf rechtliche Bedenken des GKV-Spitzenverbandes zur Änderung der bestehenden Verfahrensregeln.

Zur Frage der rechtlichen Bewertung ist richtigzustellen, dass sich die vom GKV-Spitzenverband im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens für die Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2010 dargelegten rechtlichen Bedenken auf das vom BVA seinerzeit beabsichtigte Verfahren zur Berechnung ganzjähriger Zuweisungen für Verstorbene unabhängig von ihrer tatsächlichen Versicherungszeit bzw. dem Todeszeitpunkt bezogen. Auf den vom wissenschaftlichen Beirat formulierten Beschluss sind die vorgetragenen rechtlichen Bedenken nicht übertragbar. Diese Richtigstellung ändert nichts an der bekanntlich kontroversen Diskussion zur Berücksichtigung von verstorbenen Versicherten.

IV. Zuordnung zur Kostenerstattergruppe (KEG)

Gem. § 31 Abs. 5 Satz 2 RSAV werden bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 SGB V gewählt haben, die Risikogruppen nach § 29 Nr. 1 RSAV durch eine gesonderte Risikogruppe ersetzt. Der vorliegende Entwurf zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV enthält eine dementsprechende Regelung, nach der diesen Versicherten keine hierarchisierten Morbiditätsgruppen, sondern eine Kostenerstattergruppe zugeordnet wird. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 11. Juni 2010 zur Änderung der Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010.



Spitzenverband
der Krankenkassen

Eine zeitnahe Überprüfung der weitergehenden Differenzierung der Kostenerstattegruppe nach § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV ist u. E. mit Vorliegen der Datenmeldung gem. § 30 RSAV für das Berichtsjahr 2009 möglich. Die sich hieraus ergebenden Erkenntnisse sollten dementsprechend in den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2011 Berücksichtigung finden.

V. Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG)

Im vorliegenden Entwurf für die Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV ist die Bildung von 40 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) sowie 6 Krankengelderwerbsminderungsgruppen (K-EMG) vorgesehen. Jeder Versicherte wird anhand der nach § 30 RSAV gemeldeten Daten im Berichtsjahr einer K-AGG zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Erwerbsminderungstagen im Berichtsjahr werden einer entsprechenden K-EMG zugeordnet.

Die Ermittlung der Krankengeld-Gewichtungsfaktoren soll im Rahmen einer Regression auf Grundlage der in der SA 700 gemeldeten Krankengeldausgaben erfolgen.

Das vom BVA im Entwurf der Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 vorgeschlagene Verfahren ist inhaltlich identisch mit seinen Vorschlägen zu Anpassungen und Ergänzungen der Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 vom 10. Mai 2010. Wir verweisen diesbezüglich auch hier auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 11. Juni 2010 sowie auf unser Schreiben vom 15. Juli 2010 und unterstreichen unsere rechtlichen Bedenken bezüglich der vorgeschlagenen Verfahrensänderungen.

Sollte das Bundesversicherungsamt nach wie vor die Durchführung einer Regression für den Bereich Krankengeld für notwendig erachten, sehen wir folgenden Änderungsbedarf am vorliegenden Entwurf:

- a. Der GKV-Spitzenverband stimmt den für das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG vorgesehenen Alters- und Geschlechtsgruppenabgrenzungen nicht zu. Wir sehen es als erforderlich an, die Altersgruppen in 1-Jahres-Schritten, getrennt nach Geschlecht und differenziert nach Erwerbsminderungsstatus, analog zum „RSA-Altverfahren“, als erklärende Variablen der Regression zu verwenden. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 11. Juni 2010, in der wir die Notwendigkeit dieser Alters- und Geschlechtsgruppendifferenzierung ausführlich begründet haben.
- b. Im Falle negativer oder statistisch nicht signifikanter Regressionskoeffizienten ist es erforderlich, für die betroffenen KGG eine abweichende Altersgruppenabgrenzung zu den unter a. genannten KGG unter Beachtung des § 31 Abs. 4 Satz 5 RSAV durchzuführen.
- c. Die Zuordnung zu den K-AGG und K-EMG kann nur für Versicherte mit Krankengeldanspruch erfolgen. Eine entsprechende Klarstellung in der Festlegung ist u. E. erforderlich.
- d. Die Annualisierung der Krankengeldausgaben kann ausschließlich unter Berücksichtigung der Versicherungstage mit Krankengeldanspruch, die im Rahmen der Datenmeldung nach



Spitzenverband
der Krankenkassen

§ 30 RSAV erhoben werden, erfolgen. Die im vorliegenden Entwurf vorgesehene Annualisierung auf Basis der insgesamt gemeldeten Versicherungstage ist nicht sachgerecht. Eine entsprechende Klarstellung ist aus unserer Sicht auch hier erforderlich.

VI. Anlage 4 – Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

In Anlage 4 legt das BVA die einzelnen Berechnungsschritte zur Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2011 ausführlich dar. Hierbei handelt es sich inhaltlich um die Aktualisierung der Anlage 6.1 zur Bestimmung nach § 267 SGB V, die in der aktuellen Fassung für das Jahr 2010 vorliegt.

Grundsätzlich ist die detaillierte Beschreibung des komplexen Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zur Verbesserung der Transparenz und damit auch der Akzeptanz des Morbi-RSA-Verfahrens ausdrücklich wünschenswert. Allerdings erfordert dies u. E. nicht, das diesbezügliche Berechnungsverfahren als Bestandteil der Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV zu fassen. Vielmehr schränkt die Festlegung des komplexen Berechnungsverfahrens in diesem Rahmen Möglichkeiten zu nachträglich notwendigen Justierungen stark ein. Aus diesem Grunde lehnt der GKV Spitzenverband eine Einbeziehung dieser Anlage in die Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV ab und schlägt vor, die entsprechenden Beschreibungen weiterhin in die Bestimmung nach § 267 SGB V zu integrieren.

VII. Redaktionelle Anmerkungen zu den einzelnen Dokumenten

Festlegung

- Unter 1.1.1. „Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten“ der Festlegung sollte „...jeweils im März der Jahre 2010 und 2011 durchgeführt ...“ in „jeweils bis zum 31. März der Jahre 2011 und 2012 durchgeführt“ geändert werden. Diese Formulierung entspricht den aktuell gültigen Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 (vgl. hierzu unsere Stellungnahme vom 11. Juni 2010).
- Der Verweis für die DxG 770 bzw. DxG 771 in der Festlegung unter 1.1.3.2 „Zuordnung anhand der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen“ Punkt 4 ist nicht korrekt und muss von „1.1.3.3.4“ in „1.1.3.4“ geändert werden.
- Unter Punkt 1.1.4 „Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen“ fehlt in der Tabelle die Dominanzbeziehung der HMG 201 zur HMG 112.

Anlage 2 „Aufgreifkriterien“

- Die Anlage 2 ist maschinell nicht verwertbar, da wesentliche Aufgreifkriterien in der Spalte „Kommentar“ aufgeführt sind. Um die Tabelle nutzen zu können, sind umfangreiche manuelle Anpassungsarbeiten notwendig. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es wün-



Spitzenverband
der Krankenkassen

schenswert, die Tabelle um weitere Spalten zu ergänzen, in denen die Sonderregelungen abgebildet sind.

- Der Kommentar für die DxG 770 bzw. DxG 771 sollte die Information gemäß Punkt 1.1.3.4. der Festlegung enthalten.
- Für die DxG 821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen)“ fehlt der Hinweis auf die Notwendigkeit des Dialysekennzeichens in der Satzart 100.
- In der Exceltabelle der Anlage 2 ist für die DxG 826, DxG 827 und DxG 225 in der Spalte Verlauf eine „8“ eingetragen, deren Bedeutung nicht näher erläutert wird.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Pekka Helstelä