



## Spitzenverband der Krankenkassen

GKV-Spitzenverband · Mittelstraße 51 · 10117 Berlin

An das  
Bundesversicherungsamt  
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich  
Friedrich-Ebert-Allee 39  
53113 Bonn

Nur per Email

Dr. Pekka Helstelä

Abteilung Systemfragen

Ansprechpartner/-in: Ansprech-Name  
Ansprechpartner-Funktion

Tel.: 030 206288-Ansprech-Durchwahl  
Fax: 030 206288-Ansprech-Fax

erich.peters@gkv-spitzenverband.de  
ulrike.haack@gkv-spitzenverband.de

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

Berlin, 11. April 2011

### Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich – Vorschlagsverfahren für das Modell im Jahresausgleich 2012

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das BVA das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2011 fest. Im Vorfeld der Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich hat das Bundesversicherungsamt mit Schreiben vom 17. Januar 2011 den GKV-Spitzenverband gebeten, Vorschläge zur Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 zu unterbreiten. Die entsprechenden Ausführungen sollen sich dabei primär auf die Zuordnung von ICD-Kodes zu DxGruppen (DxG), von DxGruppen zu (hierarchisierten) Morbiditätsgruppen (HMG) sowie auf die Zuordnung von Arzneimitteln beziehen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die frühzeitige Einbindung in den Weiterentwicklungsprozess zum Versichertenklassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2012. Unsere Vorschläge zur Anpassung des bestehenden Klassifikationsmodells basieren auf der für das Jahr 2011 gültigen Krankheitsauswahl.

#### 1. Änderungen am Klassifikationsmodell

##### 1.1 Hierarchie 2 – Neubildungen

Durch eine Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln lassen sich die kostenintensiveren Fälle in der HMG 4 (Myeloische Leukämie) selektieren. Die HMG 4 (Myeloische Leukämie) enthält in der zugeordneten DXG 46 (Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. chronisch lymphatische Leukämie) u.a. Diagnosen der chronischen myeloischen Leukämie (CML). Durch den Einsatz einer Arzneimitteltherapie mit den Tyrosinkinasehemmern Imatinib (L01XE01), Dasatinib (L01XE06), Nilotinib (L01XE08) bzw. Interferon alfa (L03AB04,

L03AB05) ist ein Langzeitüberleben mit CML möglich. Eine solche Langzeittherapie ist jedoch mit einem höheren Versorgungsaufwand und entsprechenden Behandlungskosten verbunden.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, eine neue DXG „Chronisch myeloischen Leukämie (CML) mit Dauertherapie“ zu bilden und die Tyrosinkinasehemmstoffe zusätzlich zu den entsprechenden Diagnosen als Aufgreifkriterien für diese DXG zu verwenden. Ob ergänzend zu den Tyrosinkinasehemmstoffen Interferon alfa ebenfalls als Aufgreifkriterium für die DXG berücksichtigt werden soll, ist zu prüfen.

Diese DXG sollte einer entsprechenden HMG „Chronisch myeloischen Leukämie (CML) mit Dauertherapie“ zugeordnet werden, deren Einordnung in die Hierarchie 2 als hierarchisierte oder additive HMG zu prüfen ist.

Für die in der Hierarchie Neubildungen zusammengefassten Erkrankungen ist generell festzustellen, dass Versicherte, die aufgrund ihrer Erkrankung eine Strahlen- und/oder Chemotherapie erhalten haben, höhere Folgekosten aufweisen als solche ohne eine vergleichbare Behandlung. Dieser Sachverhalt sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zukünftig im Klassifikationsmodell Berücksichtigung finden. Die im Entwurf zum Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2011 vorgeschlagene Verwendung von Diagnosen der Gruppe Z51.– als Aufgreifkriterium halten wir jedoch für nicht zielführend. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zu den Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011 vom 27. August 2010.

Damit die in unserer Stellungnahme vorgeschlagene Verwendung von entsprechenden Arzneimittelkennzeichen bzw. Prozedurenschlüsseln als zusätzliches Aufgreifkriterium zur Kostendifferenzierung für zukünftige Klassifikationsmodelle geprüft werden kann, spricht sich der GKV-Spitzenverband dafür aus, eine entsprechende Datengrundlage zu schaffen. Dies könnte beispielsweise durch die Einführung eines Kennzeichens „Strahlen- bzw. Chemotherapietherapie“ in der Satzart 100 erfolgen. Hiermit ließen sich Versicherte kennzeichnen, für die ein entsprechender Prozedurenschlüssel dokumentiert wurde.

## **1.2 Hierarchie 4 – Metabolische Erkrankungen**

In der HMG 21 (Hypopituitarismus, alpha-1-Antitrypsinmangel sowie Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen ohne ERT/SRT) sind 4 Diagnosegruppen zusammengefasst, deren Erkrankungen sich deutlich im Versorgungsaufwand unterscheiden. Eine Analyse der durchschnittlichen Brutto-Leistungsausgaben im Folgejahr ergibt für die DXG der HMG 21 folgendes Bild (siehe Tabelle1):



Tabelle 1: Durchschnittliche Leistungsausgaben der HMG 21 nach DXG\*

HMG	DXG	Anzahl Versicherte in Stichprobe	Anzahl Versicherte in der GKV	durchschnittliche Brutto-LA
21	118	2.010	32.488	10.484 €
21	124	183	2.490	59.120 €
21	137	992	18.603	15.824 €
21	825	166	2.609	58.838 €

\*Verwendung des Klassifikationsmodells 2011 und Daten der Jahre 2008/2009

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, eine Aufteilung der HMG 21 zu überprüfen, um den unterschiedlichen Versorgungsaufwand im Klassifikationsmodell besser zu berücksichtigen.

### 1.3 Hierarchie 5 – Erkrankungen der Leber

Die HMG 28 (Leberversagen, akute Lebererkrankung) umfasst mit der DXG 148 (Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte (Zahnsche Infarkte)) und der DXG 149 (Virushepatiden mit Leberkoma) Leberversagen bzw. akute Lebererkrankungen, die auf unterschiedlichen Grunderkrankungen beruhen, welche sich deutlich im Versorgungsaufwand unterscheiden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Duche Leistungsausgaben der HMG 28 nach DXG\*

HMG	DXG	Anzahl Versicherte in Stichprobe	Anzahl Versicherte in der GKV	durchschnittliche Brutto-LA
28	148	440	18.761	30.135 €
28	149	3	85	9.863 €
29	150	6.051	100.244	7.655 €

\*Verwendung des Klassifikationsmodells 2011 und Daten der Jahre 2008/2009

Aufgrund der deutlichen Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Brutto-Leistungsausgaben schlagen wir vor, eine Verschiebung der DXG 149 in die HMG 29 (Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV)) akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma) zu prüfen.

### 1.4 Hierarchie 7 – Erkrankungen des Muskel- Skelettsystems

Seitens des GKV-Spitzenverbandes wurde die Notwendigkeit einer Differenzierung der HMG 038 (Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewbserkrankungen) sowie deren Hierarchisierung in der Hierarchie 7 bereits in der Stellungnahme zum Entwurf des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011 vom 27. August 2010 thematisiert.

In seinen Erläuterungen zu den Festlegungen für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2011 führt das BVA aus, dass aufgrund der Breite der Zuschlagsgruppen eine tiefgreifende Über-

arbeitung angebracht sei. Angesichts der komplexen Gruppenzusammensetzung seien hierfür jedoch umfassende Auswertungen notwendig, weshalb sich der wissenschaftliche Beirat und das BVA für eine Verschiebung der Anpassungen auf den nächsten Überarbeitungszyklus ausgesprochen haben.

In die Überprüfung des Hierarchiestrangs sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen als zusätzliches erklärendes Kriterium einbezogen werden. In der Hierarchie „Erkrankungen der Haut“ findet eine zusätzliche Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen für Psoriasis bzw. Parapsoriasis bereits statt. Da Versicherte mit Psoriasis unabhängig von der Ausprägung der Erkrankung (Haut/Gelenke) die gleiche Basismedikation erhalten und diese ein entscheidendes Kriterium für den Versorgungsaufwand darstellt, sollte die zusätzliche Berücksichtigung von Medikamenten auch für Versicherte der DXG 207 bzw. 208 zu einer verbesserten Zielgenauigkeit des Modells führen. Für eine Gruppierung in eine entsprechende HMG sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die ATC-Gruppen Selektive Immunsuppressiva (L04AA), Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren (L04AB), Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren (L04AC), Calcineurin-Inhibitoren (L04AD), Andere Immunsuppressiva (L04AX) ausschlaggebend sein.

Auch an rheumatoider Arthritis Erkrankte erhalten eine nahezu identische Basismedikation, die nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes als kostenerklärendes Kriterium im Klassifikationsmodell genutzt werden sollte.

Um die Komplexität des Klassifikationsmodells möglichst gering zu halten, wäre aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes abweichend von der bisherigen Systematik der Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel zu überprüfen, ob Krankenkassen für Versicherte des Hierarchiestrangs neben den bisherigen Zuschlägen dann einen zusätzlichen Zuschlag erhalten, wenn diese eine definierte Mindestmenge von 183 DDD der oben benannten Arzneimittel erhalten haben.

### 1.5 Hierarchie 10 – Alkohol- und Drogenmissbrauch

In der Hierarchie 10 erfolgt die Zusammenfassung von ICD-Codes zu DXG unabhängig von der suchtauslösenden Substanz. Das Ausmaß gesundheitlicher Schäden wie auch therapeutischer Maßnahmen ist jedoch durchaus von der suchtauslösenden Substanz abhängig. Die nachfolgende Auswertung legt nahe, dass die Substitutionstherapie Opiatabhängiger kostenerklärend für den Versorgungsaufwand sein dürfte (siehe Tabelle3). Hierbei wurden Versicherte mit einer Substitutionstherapie selektiert, die neben einer Diagnose der DXG 256, 258 bzw. 259 zusätzlich mindestens 2 relevante Verordnungen aus unterschiedlichen Quartalen aufwiesen (Sonderkennzeichen 9999086 für Methadon-Zubereitungen, ATC N07BC „Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit“).



Tabelle 3: Durchschnittliche Leistungsausgaben der DXG der Hierarchie 10 unter Berücksichtigung einer Substitutionstherapie\*

HMG	DXG	Substitutionstherapie	Anzahl Versicherte in Stichprobe	durchschnittliche Brutto-LA
51	256	nein	743	5.350 €
51	256	ja	3.484	11.377 €
52	258	nein	5.330	5.089 €
52	258	ja	8.918	8.923 €
53	259	nein	3.293	4.367 €
53	259	ja	5.773	9.007 €

\*Verwendung des Klassifikationsmodells 2011 und Daten der Jahre 2008/2009

Aus diesem Grund schlägt der GKV-Spitzenverband vor zu prüfen, zusätzlich zu den vorhandenen HMG eine HMG einzuführen, denen Versicherte mit ICD-Codes aus der Gruppe F11.- (Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide) bzw. F19.- (Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) zugeordnet werden und eine Substitutionstherapie erhalten. Als Aufgreifkriterien wären die entsprechenden Sonderkennzeichen der Technischen Anlage 1 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V für Methadonzubereitungen, Suboxone Einzeldosen, L-Polamidon Einzeldosen, Subutex Einzeldosen, Abrechnung von Diamorphin, (9999086, 2567136, 2567107, 2567113, 2567656) sowie die ATC-Codes von Diamorphin (N01AA09) und Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit (N07BC) zu verwenden. Zu beachten ist, dass bis auf das Sonderkennzeichen 9999086 die weiteren genannten Sonderkennzeichen erst ab dem Berichtsjahr 2009/2010 in der Datenübermittlung vorgesehen sind.

Mit der Einführung einer Schweregraddifferenzierung über Substitutionsarzneimittel ließe sich zukünftig auch die kostenintensive Substitutionsbehandlung von Schwerstabhängigen mit Diamorphin abbilden, die seit 1. Oktober 2010 Bestandteil des Leistungskataloges der GKV ist.

#### 1.6 Hierarchie 14 – Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks

Die Überprüfung der HMGs 067 (Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen), 068 (Querschnittslähmung), 069 (Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks) der Hierarchie 14 wurde vom GKV-Spitzenverband bereits für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2011 vorgeschlagen. Aus zeitlichen Gründen wurde diese jedoch nicht vorgenommen und auf den nächsten Überprüfungszyklus verschoben. Hintergrund ist, dass die aufgeführten HMGs ICD-Codes für Lähmungen sowie Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarks umfassen, die sowohl progressive Erkrankungen, wie z.B. ALS, als auch traumatische Läsionen sowie vollständige und inkomplette Beeinträchtigungen dokumentieren.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die Hierarchie 14 Gegenstand der Überarbeitung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 sein wird.

### 1.7 Hierarchie 15 – Neurologische Erkrankungen

Durch die Einführung einer HMG „Multiple Sklerose mit Immuntherapie“, der Versicherte mit Multipler Sklerose zugeordnet werden, wenn sie eine Behandlung mit Immunmodulatoren erhalten, ließe sich die Erklärungskraft des Klassifikationsmodells voraussichtlich verbessern. Zu berücksichtigen wären die Arzneimittelwirkstoffe Interferon-beta-1b (L03AB08) Interferon beta-1a (L03AB07) Glatirameracetat (L03AX13) Natalizumab (L04AA23) Fingolimod (L04AA27) und evtl. Azathioprin (L04AX01).

Dieser Vorschlag war bereits Bestandteil des Vorschlagsverfahrens zur Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011 und wurde aus zeitlichen Gründen nicht untersucht. Der GKV Spitzenverband geht davon aus, dass eine Überprüfung des Vorschlags im Rahmen der Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 erfolgt.

### 1.8 Hierarchie 16 – Herzerkrankungen

In der DXG 350 (Herzstillstand / Schock) enthält ICD-Codes I46.0 (Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung) sowie I49.0 (Kammerflattern und Kammerflimmern). Die Behandlung dieser Krankheitszustände erfordert zwingend einen stationären Aufenthalt. Aus diesem Grund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, für die DXG 350 das Aufgreifkriterium in „Stationär erforderlich“ zu ändern.

### 1.9 Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge

Die HMG 109 (Chronische obstruktive Bronchitis / Emphysem (Alter > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre)) der Hierarchie enthält u. a. die DXG 451 (Emphysem / Chronische Bronchitis (Alter > 17 Jahre)). Der Behandlungsbedarf von Versicherten mit COPD im Erwachsenenalter unterscheidet sich deutlich vom therapeutischen Geschehen der anderen in der HMG zusammengefassten Diagnosegruppen. Dieses spiegelt sich in den unterschiedlichen Leistungsausgaben der Versicherten im Folgejahr wider (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Durchschnittliche Leistungsausgaben der HMG 109 nach DXG\*

HMG	DXG	Anzahl Versicherte in Stichprobe	Anzahl Versicherte in der GKV	durchschnittliche Brutto-LA
109	451	146.186	2.417.340	7.989 €
109	460	83.767	1.365.014	4.788 €
109	461	133	2.130	2.244 €

\*Verwendung des Klassifikationsmodells 2011 und Daten der Jahre 2008/2009

Zudem wurde in einer ersten Analyse zur Kostenverteilung in der DXG 451 festgestellt, dass sich die Leistungsausgaben von Versicherten der DXG 451 im Folgejahr deutlich voneinander unterscheiden.



Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Ausgliederung der DXG 451 aus der HMG 109 bzw. alternativ die Möglichkeit einer Schweregraddifferenzierung der Versicherten in der DXG 451 zu überprüfen.

Eine Auswertung zur DXG 449 (Mukoviszidose Alter >11) hat gezeigt, dass Versicherte, deren Diagnosen/ Arzneimittel zu einer Gruppierung in die DXG 449 (Mukoviszidose Alter >11) führen deutlich höhere Leistungsausgaben im Folgejahr aufweisen, wenn sie die Arzneimittelwirkstoffe Dornase alpha (R05CB13), Tobramycin (J01GB01) bzw. Colistin (J01XB01) erhalten haben (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Durchschnittliche Leistungsausgaben der HMG 217 nach DXG unter Berücksichtigung der Arzneimittelwirkstoffe Dornase alfa, Tobramycin bzw. Colistin\*

HMG	DXG	Arzneimittelprüfung	Anzahl Versicherte in Stichprobe	durchschnittliche Brutto-LA
		2 VO in unterschiedl. Quartalen		
217	449	Quartalen	207	41.067 €
217	449	ohne Arzneimittel	77	16.254 €
Ist-Zustand				
217	449	ohne Prüfung	284	34.339 €

\*Verwendung des Klassifikationsmodells 2011 und Daten der Jahre 2008/2009

Die Auswertung legt nahe, dass die benannten Arzneimittelwirkstoffe dazu geeignet sind, die Schätzgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu verbessern. Die Berücksichtigung dieser Arzneimittelwirkstoffe als zusätzliches Aufgreifkriterium für eine separate HMG sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes Gegenstand der Anpassungsuntersuchungen für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2012 sein.

### 1.10 Hierarchie 23 Erkrankungen des Auges

Aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl für den Jahresausgleich 2011 wurde die Hierarchie 23 Bestandteil des Klassifikationsmodells. Das BVA hat zur Anpassung der Hierarchie zahlreiche Hierarchievarianten berechnet, die zur derzeitigen Ausgestaltung der Hierarchie geführt haben. Die Analysen auf Ebene der ICD Codes haben gezeigt, dass es hier einige insignifikante Schätzer gab. Diese wurden in der HMG 224 (Andere vaskuläre Retinopathien und Netzhauterkrankungen) als „Restegruppe“ zusammengefasst und den anderen HMG der Hierarchie untergeordnet. Bei der Berechnung der Regressionsgewichte war der Schätzer der HMG 224 insignifikant.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, auf der aktuellen Datenbasis die Ausgestaltung der Hierarchie mit dem Ziel signifikanter HMG zu überprüfen. Aufgrund der bestehenden Komorbidität der HMG 224 mit der Diabeteshierarchie sollte eine Verschiebung des ICD-Codes H35.2 (Sonstige proliferative Retinopathie) zur HMG 223 (Diabetische Retinopathie) in die Überprüfung einbezogen werden, da mit diesem ICD-Code eine Retinopathie dokumentiert wird, wenn eine Diabeteserkrankung des Versicherten nicht bekannt ist.

### **1.11 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. Im aktuellen Klassifikationsverfahren werden diesen Versicherten dementsprechend keine hierarchisierten Morbiditätsgruppen, sondern eine Kostenerstattergruppe zugeordnet. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 11. Juni 2010 zur Änderung der Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 sowie unsere Stellungnahme vom 27. August 2010 zu den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2011.

Wir halten es nach wie vor für erforderlich, eine weitere Differenzierung der Kostenerstattergruppe auf Basis der aktuell vorliegenden Datenmeldung zu prüfen. Die sich hieraus ergebenden Erkenntnisse sollten dementsprechend in den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2012 Berücksichtigung finden.

### **1.12 Stationäre Nebendiagnosen**

Mit Schreiben vom 07. Dezember 2010 hat das BVA nochmals die Thematik möglicher Manipulationen im Bereich der Datenmeldungen nach § 301 SGB V aufgegriffen. Das BVA führte insbesondere aus, dass die nachträgliche Korrektur dieser Datenmeldungen zum Zwecke der Optimierung der MRSA-Zuweisungen rechtlich unzulässig ist.

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. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist daher zu prüfen, inwiefern die Berücksichtigung zusätzlicher Plausibilitätskriterien insbesondere bei der Verwendung stationärer Nebendiagnosen zu einer Verbesserung der Validität und Manipulationsresistenz des MRSA-Klassifikationsmodells beitragen kann.

## **2. Berechnungsverfahren**

### **2.1 Berechnung der Zuweisungsanteile und Angleichungsfaktoren**

Gemäß Anlage 4 der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011 werden die Zuweisungsanteile der standardisierten Leistungsausgaben für AGG-, EMG-, HMG-, KEG und AusAGG-Zuweisungen im Rahmen der Strukturanpassungen unter Verwendung von Angleichungsfaktoren auf die ursprünglichen Zuweisungsanteile, die sich aus der für das Regressionsverfahren nach Anlage 4 Abschnitt B.1 verwendeten Stichprobe ergeben haben, normiert. Diese Stichprobe enthält gemäß Anlage 4, Punkt B.1.b jedoch nur die Daten der Stichprobenversicherten von Krankenkassen, deren in der Satzart 700 gemeldeten Leistungsausgaben im Vergleich zur KJ1 plausible Ausschöpfungsquoten aufweisen. Der Ausschluss unplausibler Datenmeldungen zur Durchführung des Regressionsverfahrens ist sachgerecht und dient der Vermeidung einer Verzerrung der zu ermittelnden Gewichtungsfaktoren durch unplausible Leistungsausgaben. Die Mel-



derung unplausibler Leistungsausgaben lässt jedoch keinen Rückschluss auf die Plausibilität der gemeldeten Morbiditätsinformationen zu. Gleichmaßen ist festzustellen, dass die Verwendung der um Kassenausschlüsse reduzierten im Vergleich zur nicht-reduzierten MRSA-Stichprobe zu Verzerrungen der Zuweisungsanteile führen kann.

Ferner erfolgt die Berechnung der Zuweisungsanteile und in Folge der Angleichungsfaktoren auf Basis der Zahl der Versicherten mit entsprechender Zuordnung von Risikomerkmalen. Da zum Zeitpunkt der Berechnung der Zuweisungsanteile bzw. der Angleichungsfaktoren die Versichertentage je Versicherten vorliegen, sollte u. E. das bestehende Berechnungsverfahren zur Verbesserung der Genauigkeit der zu ermittelnden Zuweisungsanteile und Angleichungsfaktoren auf Basis von Versichertentagen durchgeführt werden.

Dementsprechend schlagen wir vor, die Berechnung der Zuweisungsanteile gem. Abschnitt D.2 der Anlage 4 zu den Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV zukünftig auf Basis der Zuordnung der Regressionskoeffizienten der einzelnen Risikogruppen zu der Zahl der Versichertentage der der jeweiligen Risikogruppe zugeordneten Stichprobenversicherten ohne Berücksichtigung der Kassenausschlüsse nach Abschnitt B.1 durchzuführen.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass bei der Berechnung der Angleichungsfaktoren gem. Abschnitt D.3 der Anlage 4 die Zuweisungen für Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG und AusAGG) um den enthaltenen Anteil der Grundpauschale reduziert werden. Dieses Verfahren entspricht jedoch nicht der Ermittlung der Zuweisungsanteile gem. Abschnitt D.2. Folgerichtig ist es u. E. daher, die Anteile der Grundpauschale, die über AGGs bzw. AusAGG zugewiesen werden, bei der Berechnung der Angleichungsfaktoren zu berücksichtigen.

Dementsprechend schlagen wir vor, die Berechnung der Angleichungsfaktoren zukünftig analog zur Berechnung der Zuweisungsanteile durchzuführen und die entsprechenden Anteile der Grundpauschale bei der Berechnung der Angleichungsfaktoren entsprechend zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Pekka Helstelä