

## **0. Zusammenfassende Stellungnahme**

Die detaillierten Analysen des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA zeigen, dass eine zielgerichtete Weiterentwicklung des MRSA auch im vierten Ausgleichsjahr erfolgen muss. Darauf aufbauend hat der Wissenschaftliche Beirat für folgende Bereiche Änderungen vorgeschlagen:

- Anpassung der Hierarchien
- Schweregraddifferenzierung und Abgrenzung von HMGs
- Verwendung von stationären Nebendiagnosen
- Modifikationen der Kostenerstattungsgruppen (KEG)
- und wie schon im vorangegangenen Jahr: Die Beseitigung des Methodenfehlers aufgrund der Sonderregelung bez. der Leistungsausgaben von Verstorbenen im Regressionsverfahren.

Das BVA hat sämtliche Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats bis auf eine Ausnahme – die Beseitigung des Methodenfehlers aufgrund der Sonderregelung bez. der Leistungsausgaben von Verstorbenen im Regressionsverfahren - in seinen Entwurf übernommen. Dies geschieht nun das zweite Mal in Folge. Das BVA begründet dies damit, dass es sich hierbei um eine Änderung des Verfahrens mit deutlichen finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen handelt. Es wird daher empfohlen, auf Basis des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirates - das bisher der Öffentlichkeit noch nicht zugänglich gemacht wurde - die Beseitigung des Methodenfehlers in einem breiteren Kontext zu behandeln.

Vor diesem Hintergrund ist jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb die Sonderthemen „Berücksichtigung von Krankenhausnebendiagnosen“ und „Kostenerstattung“ nicht ebenfalls im breiteren Kontext der Ergebnisse des Gutachtens behandelt werden, da sicherlich davon ausgegangen werden kann, dass das Gutachten hierzu ausführliche Analysen beinhaltet. Sicherlich ist anzunehmen, dass die finanziellen Auswirkungen dieser beiden Anpassungen auf der Kassenartenebene geringer ausfallen als die Beseitigung des Methodenfehlers, was aber nicht heißt, dass einzelne Krankenkassen hiervon nicht stark betroffen sein können.

Das Argument, dass man den Methodenfehler wegen der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen nicht beseitigt, obwohl das BVA selbst schreibt, dass er zu einer deutlichen systematischen Unterfinanzierung der Behandlungskosten von alten und schwerkranken Menschen (bei Überlebenden und Verstorbenen gleichermaßen) führt, ist nicht akzeptabel.

Denn wenn die Beseitigung des Fehlers finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen hat, dann muss das Festhalten an dem seit 2009 unverändert bestehenden Methodenfehler ebenfalls finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen haben. Der AOK-Bundesverband fordert das Bundesversicherungsamt daher auf, der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats zu folgen und den Methodenfehler endlich mit dem Klassifikationssystem 2012 zu beseitigen.

Das transparente und objektive Verfahren der Entwurfsfassung nebst ausführlichen Erläuterungen durch das BVA ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes auch in diesem Jahr wieder positiv hervorzuheben. Begrüßt wird auch, dass die zentrale statistische

Kenngroße ( $r^2$ ) um weitere ergänzt und auf Basis gutachterlicher Expertise weiter verifiziert wird. Dennoch möchten wir anregen, z. B. auch die Berechnung eines penalized  $r^2$ , auch BIC genannt, zu berücksichtigen (vgl. unsere Anmerkungen unter Punkt II.9).

Zu den einzelnen Inhalten der Festlegung sowie den Erläuterungen nehmen wir wie folgt Stellung.

**I. Verwendung stationärer Nebendiagnosen für die Versichertenklassifikation (zu Punkt 1.3.1 und 1.3.2 des Festlegungsentwurfs i. V. m. Kapitel II der Erläuterungen)**

Gem. Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beabsichtigt das BVA stationäre Nebendiagnosen nur noch dann in gleicher Weise wie Hauptdiagnosen für einen Zuschlag ohne weitere Bestätigung zu berücksichtigen, soweit es sich um Diagnosen handelt, die einer DXG mit Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zugeordnet sind. Alle anderen stationären Nebendiagnosen werden den ambulanten Diagnosen gleichgestellt und müssen die für diese Diagnosen geltenden Aufgreifkriterien erfüllen (Verwendung stationärer Nebendiagnosen gem. Modellvariante 5). Dieser Schritt wird damit gerechtfertigt, dass die Anfälligkeit des Klassifikationsmodells gegen nicht rechtmäßiges Handeln von Krankenkassen in Bezug auf die Meldung von Krankenhausnebendiagnosen beseitigt wird. Diese weitreichende Änderung des Klassifikationsmodells geht allerdings einher mit einem deutlichen Verlust der Erklärungskraft des Modells. Der AOK-Bundesverband hält die konkrete Ausgestaltung dieser Änderung für nicht angemessen, da die Verschlechterung der Erklärungskraft des Modells erneut einhergeht mit einer Benachteiligung von alten, multimorbiden und besonders schwer erkrankten Versicherten. Nebendiagnosen, die im DRG CCL-relevant sind, werden aufgrund der durch sie verursachten Kosten durch die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste der Krankenkassen geprüft und weisen daher dieselbe Diagnosesicherheit auf, wie Hauptdiagnosen. Die Trennung von CCL-relevanten Diagnosen von solchen ohne CCL-Relevanz ist technisch möglich, wenn auch mit einem gewissen Aufwand verbunden. Die Krankenkassen können bei der Datenselektion die CCL-relevanten Diagnosen kenntlich machen. Warum der CCL-basierte Vorschlag der Barmer-GEK als Problemlösungsvariante grundsätzlich ausgeschlossen wird, kann deshalb nicht nachvollzogen werden.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen bei der Verwendung von Krankenhausnebendiagnosen kommt es zu erheblichen Verzerrungen, die nicht versorgungsneutral sind. Folgende Problembereiche sind besonders hervorzuheben:

**(a) DxGs mit Arzneimittelbestätigung mit rezidivierend-akutem Verlauf:**

Erfolgt bei Diagnosen dieser DxGs die Therapie im Krankenhaus und werden sie als Nebendiagnose kodiert, so erscheinen die im Krankenhaus verabreichten Arzneimittel nicht in den Abrechnungsdaten, sondern werden von der Krankenhausapothek e abgegeben und über die DRG vergütet. Bei stationärer Versorgung liegt für die Klassifikation somit eine Diagnose aber kein Arzneimittel vor. Bei ambulanter Versorgung liegen hingegen im gleichen Fall ebenfalls die Diagnose und aber zusätzlich ein Arzneimittel vor. Hierdurch werden diese Erkrankungen bei Behandlung im stationären Sektor nicht mehr für die Versichertenklassifikation berücksichtigt, während sie im ambulanten Sektor weiterhin zu einem Zuschlag führen. Da sämtliche Diagnosen mit Arzneimittelbestätigung mit rezidivierend-akutem Verlauf vom BVA als obligat eingestuft werden, entfällt auch im ambulanten Sektor eine M2Q-Prüfung.

Als Bedingungen für die Kodierung einer Neben- und nicht einer Hauptdiagnose im stationären Sektor sind zu nennen:

- Vorgaben durch die gültigen Kodierrichtlinien
- Bei der Diagnose handelt es sich um eine sogenannte Sterndiagnose, die nicht als Hauptdiagnose zugelassen ist.
- Die akut-rezidivierende Erkrankung tritt während eines stationären Aufenthalts wegen einer anderen Erkrankung auf.

Beispiel Pneumonien bei Patienten mit COPD:

Die Pneumonie führt zu einer schweren Exazerbation der COPD, die COPD wird als Hauptdiagnose kodiert. Ist der Patient stationär, so wird das Antibiotikum über die Krankenhausapotheke bezogen und erscheint nicht in den Abrechnungsdaten, somit kommt es zu keinem Zuschlag im MRSA. Gleiches gilt für andere Konstellationen: Wird während des stationären Aufenthalts eine Herzinsuffizienz mit Lungenstauung festgestellt, die die Pneumonie begünstigt hatte, so wird die Pneumonie als Nebendiagnose kodiert, wenn die Behandlung der Herzinsuffizienz im Vordergrund steht - die Pneumonie führt nicht zum Zuschlag. Tritt die Pneumonie im Rahmen der Behandlung einer anderen Erkrankung auf, so ist sie als Nebendiagnose zu kodieren und führt nicht zum Zuschlag. Gleiches gilt für Patienten mit Pneumonie bei Mukoviszidose. Kann der Patient aufgrund eines leichteren Verlaufs ambulant behandelt werden, so wird die Pneumonie zuschlagsauslösend im MRSA berücksichtigt.

Beispiel Opportunistische Erreger:

Ebenfalls bei Opportunistischen Infektionen, z. B. Zytomegalie oder Kandidose ist eine Bestätigung durch Arzneimittel (10DD) notwendig. Im stationären Sektor erscheint diese Arzneimitteltherapie nicht in den Abrechnungsdaten. Die für die Schwächung des Immunsystems verantwortliche Grunderkrankung wird als Hauptdiagnose kodiert, so dass aufgrund der fehlenden Arzneimittelbestätigung bei Arzneimitteltherapie im Krankenhaus im stationären Sektor kein Zuschlag für die Opportunistischen Infektionen erfolgt, während er im ambulanten Sektor ausgelöst würde.

Daher führt die vom BVA vorgesehene Änderung insgesamt zu einer nicht begründbaren Nichtberücksichtigung dieser Nebendiagnosen. Wenn Nebendiagnosen wie ambulante Diagnosen behandelt werden sollen, so wäre dies nur da zu begründen, wo stattdessen arzneimittelgetriggerte Zusatzentgelte eine Berücksichtigung der stationären Arzneimitteltherapie ermöglichen, um eine Versorgungsneutralität wieder herzustellen. Diese werden jedoch in der Regel durch OPS getriggert, wobei weder die Erhebung von diesen noch der Entgeltschlüssel bislang durch die RSAV gedeckt sind. Eine solche Berücksichtigung von OPS getriggerten Leistungen und Zusatzentgelten wird vom AOK-Bundesverband ausdrücklich empfohlen, da sich so unter anderem bei Patienten mit Hämophilie und Dauertherapie die Gabe von Gerinnungsfaktoren im Krankenhaus berücksichtigen lassen würde und somit dort eine Schwäche des bisherigen Klassifikationssystems behoben werden könnte.

**(b) Kodierrichtlinien der stationären Versorgung bedingte weitere Verzerrungen**

Die im stationären Sektor gültigen Kodierrichtlinien geben vor, welche Diagnosen als Haupt- und welche als Nebendiagnosen zu kodieren sind. Durch diese Regelung ist nicht gewährleistet, dass die Behandlungsdiagnose auch die Hauptdiagnose ist. Hierdurch

kommt es zu einer artifiziellen Ungleichbehandlung bei der Berücksichtigung des MRSA-Zuschlags bei akuten Erkrankungen, je nachdem, ob diese bedingt durch die Kodierrichtlinien als Haupt- oder als Nebendiagnose kodiert werden müssen.

Beispiel DxG 350 Herzstillstand/Schock:

Diese DxG ist nicht obligat stationär, wird aber sicherlich in der Regel zur stationären Aufnahme führen und löst gem. Änderungsvorschlag nur bei Kodierung als Hauptdiagnose einen Zuschlag aus. Tritt ein Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung zum Beispiel im Anschluss auf eine Hüftoperation stationär auf, so wird dieser als Nebendiagnose verschlüsselt und würde erst dann zu einem Zuschlag führen, wenn nochmals in einem anderen Quartal ein Herzstillstand erfolgt. D.h. erleidet ein Patient noch kurz vor der Krankenhausentlassung einen Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung erfolgt kein Zuschlag, erleidet er diesen kurz nach der Entlassung, so erfolgt ein neuer stationärer Aufenthalt mit Hauptdiagnose und damit auch ein Zuschlag. Aber selbst wenn der Herzstillstand zum stationären Aufenthalt führt, ist es möglich, dass zum Beispiel eine zugrundeliegende Herzrhythmusstörung oder andere Herzerkrankungen zu kodieren sind (vgl. auch Ausführungen unter II.5). Nach Berechnungen des AOK-Bundesverbandes führt die geänderte Berücksichtigung der Nebendiagnose Herzstillstand/Schock dazu, dass 28% dieser schwerwiegenden Fälle nicht mehr berücksichtigt werden.

Beispiel Lungenembolie:

Eine Lungenembolie, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zum Beispiel bei einer Hüftoperation auftritt (Lungenembolie als Nebendiagnose zu kodieren), wird anders berücksichtigt als bei einem Patienten, der zu Hause eine Lungenembolie entwickelt und hierfür eingewiesen wird (Lungenembolie als Hauptdiagnose zu kodieren).

Beispiel Endokarditis:

Eine akute Endokarditis erfordert in einem hohen Maße eine Krankenhausbehandlung. Ob sie dort als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert wird, ist u.a. davon abhängig, ob eine Grunderkrankung besteht.

Beispiel Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie:

Akute Verläufe sind durchaus häufig. Treten diese zum Beispiel im Rahmen eines Myokardinfarktes auf, wird diese Diagnose als Nebendiagnose verschlüsselt und bedarf der Bestätigung nach M2Q, ohne erkannte Grunderkrankung führt sie als Hauptdiagnose direkt zum Zuschlag.

Beispiel Störungen der Blutgerinnung, exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel:

Hierunter fallen unter anderem Erworbene Afibrinogenämie, disseminierte intravasale Gerinnung, und das Defibrinisationssyndrom, also Erkrankungen die ohne stationäre Behandlung kaum überlebbar sind. Treten diese Störungen im Rahmen einer anderen stationär behandelten Krankheit auf (Herzinfarkt, Polytrauma etc.), so sind sie als Nebendiagnosen zu kodieren und werden dann nicht im MRSA berücksichtigt.

Beispiel Status asthmaticus:

Führt ein Status asthmaticus zur Krankenhauseinweisung wird eine Hauptdiagnose kodiert, welche zu einem Zuschlag führt. Wird ein Patient an der Hüfte operiert und bekommt einen Status asthmaticus, wird dieser als Nebendiagnose verschlüsselt und führt nicht zum Zuschlag. Kann ein Status asthmaticus ambulant beherrscht werden, so werden die verabreichten Medikamente für die Prüfung der DDD-Mindestmenge vom 183

berücksichtigt (ein Spray hat bereits 40 DDD), erfolgt die Behandlung auch akut stationär, werden die in der Akutbehandlung verwendeten Medikamente nicht berücksichtigt.

Beispiel Respiratorische Insuffizienz:

Die akute respiratorische Insuffizienz wird bei Patienten mit COPD als Nebendiagnose kodiert und benötigt die Bestätigung per M2Q, liegt keine Grunderkrankung vor oder ist diese nicht bekannt, erfolgt die Kodierung als Hauptdiagnose und führt direkt zum Zuschlag.

Beispiel Psychische Störungen mit möglichem akutem Verlauf:

Depressive Episoden, Panikstörungen, reaktive nicht-organische Psychosen und akute psychotische Störungen können als Hauptdiagnose zur stationären Aufnahme führen. Sie können aber auch im Rahmen eines stationären Aufenthalts wegen einer anderen Erkrankung akut auftreten. Häufig führt gerade die Änderung des Lebensumfelds im Rahmen eines stationären Aufenthalts zum Ausbruch z.B. eines hirnorganischen Psychosyndroms. Dann werden diese jedoch als Nebendiagnose kodiert und führen nicht zu einem Zuschlag.

Beispiel Heparininduzierte-Thrombozytopenie (HIT):

Diese Diagnose wird praktisch nur im Krankenhaus diagnostiziert, da dort ein Patient auch Heparin bekommt. In der Regel ist die HIT eine Nebendiagnose, da die Behandlungsdiagnose (z.B. die Hüftoperation) nach Kodierrichtlinien als Hauptdiagnose zu kodieren ist. Damit wird diese in der Krankheitsauswahl enthaltene Diagnose faktisch durch die beabsichtigte Änderung des Klassifikationsmodells wieder ausgeschlossen.

Beispiel Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:

Ein Alkoholentzugssyndrom im Rahmen eines stationären Aufenthalts aus anderem Grund ist häufig, führt als Nebendiagnose jedoch erst nach M2Q zum Zuschlag; bei Aufnahme wegen des Entzugssyndroms wird der Zuschlag ohne diese Bestätigung ausgelöst.

Beispiel Postinfektiöse Gelenkerkrankung:

Wird diese im Rahmen der stationären Behandlung erkannt, muss sie als Nebendiagnose mit M2Q bestätigt werden. Führt sie nach Entlassung zur stationären Aufnahme, wird eine Hauptdiagnose kodiert, welche sofort einen Zuschlag auslöst.

Beispiel Läsion der Cauda equina:

Tritt diese zum Beispiel im Rahmen eines akuten Bandscheibenvorfalles auf, führt sie zu keinem direkten Zuschlag, weil sie als Nebendiagnose zu kodieren ist. Wird die Ursache nicht erkannt, wird sie als Hauptdiagnose kodiert und löst einen Zuschlag aus.

Beispiel Paraplegie:

Ein akuter Verlauf bei Rückenmarkstrauma ist möglich. Dann wird diese Diagnose als Nebendiagnose zum Beispiel zur Halswirbelsäulenverletzung kodiert, bei unbekannter und nicht sicher identifizierbarer Ursache als Hauptdiagnose.

Beispiel Kreuz-Stern-Diagnosen:

Es gilt: Eine Sterndiagnose darf nie die Hauptdiagnose sein.

- Bei einem Patienten, der aufgrund einer diabetesbedingten Arteriosklerose (I79.2\*) mit einem Bypass operiert wird, muss der Diabetes als Hauptdiagnose kodiert werden. Die Arteriosklerose ist nur als Nebendiagnose zulässig. Bei einem Patienten, der aufgrund

seines Nikotinabusus oder Hypertonus eine Arteriosklerose entwickelt wird dagegen die Arteriosklerose als Hauptdiagnose kodiert. Damit würde gem. den Änderungsvorschlägen dieselbe Erkrankung allein aufgrund der Kodierrichtlinien im Zuschlag unterschiedlich behandelt werden.

- I98.3\* Ösophagusvarizen: Die Lebererkrankung muss als Hauptdiagnose verschlüsselt werden, die Behandlungsdiagnosen sind jedoch die blutende Ösophagusvarizen – und das obgleich blutende Ösophagusvarizen eine vitale Gefährdung darstellen. Eine M2Q-Bestätigung ist nicht begründbar, eine nochmalige Blutung wird meist nicht überlebt, während die Vermeidung einer solchen zum Beispiel durch Einlage eines intrahepatischen portosystemischen Shunts über die Jugularvene (TIPPS) und die medikamentöse Therapie mit erheblichen prospektiven Kosten verbunden sind. Damit führt diese Regelung für die blutenden Ösophagusvarizen quasi zu einem Ausschluss aus dem Morbi-RSA.
- Pathologische Frakturen bei andernorts klassifizierten Krankheiten und bei Neubildungen (M90.7x), Wirbelkörper-Kompression bei andernorts klassifizierten Krankheiten (M49.5x) sind Sterndiagnosen und nicht zur Kodierung als Hauptdiagnose zugelassen. Solche Frakturen werden in der Regel stationär behandelt. Durch die beabsichtigte Neuregelung werden diese Diagnosen der DxGs 656, 647, 657, 643 dann jedoch nicht mehr berücksichtigt, wenn die Operation und knöcherne Durchbauung innerhalb eines Quartals abgeschlossen ist, was bei einer durchschnittlichen Durchbauungszeit von sechs Wochen bei der Hälfte der Betroffenen wahrscheinlich wäre. Dieser Effekt kommt einer Änderung der Krankheitsliste gleich.
- Die näher bezeichnete Arthritis psoriatica kann als Sterndiagnose, nicht als Hauptdiagnose kodiert werden. Hierdurch wird sie gegenüber anderen rheumatischen Krankheiten schlechter gestellt, ohne dass dies inhaltlich begründbar wäre.

#### Beispiel Metastasen:

Metastasen werden nach den Kodierrichtlinien als Hauptdiagnose kodiert, wenn sie den Behandlungsanlass bilden, zum Beispiel im Rahmen der Operation einer Lungenmetastase (die hierarchisch höher angesiedelt ist). Der Primärtumor wird dann als Nebendiagnose kodiert. Sind die Metastasen nicht mehr operabel und es erfolgt eine systemische Chemotherapie oder Strahlentherapie, so ist der Primärtumor (zum Beispiel Kolonkarzinom, MRSA-Krankheit 5) nach allgemeinen deutschen Kodierrichtlinien als Hauptdiagnose zu kodieren, die Lungenmetastase (MRSA-Krankheit 12) als Nebendiagnose, so dass eine Bestätigung nach M2Q für den höheren Zuschlag für den metastasierten Tumor notwendig ist. Die artifizielle Trennung nach Haupt- und Nebendiagnose für die Bestätigung einer Erkrankung führt hier somit sogar zu einer Schlechterstellung der schwerwiegenden Fälle im Vergleich zu den noch operablen und damit potentiell kurativ behandelbaren Metastasen. Dasselbe gilt für Tumoren mit multiplen Lokalisationen (C97!). Diese Ungleichbehandlung von Haupt- und Nebendiagnose kann nicht begründet werden.

Noch willkürlicher ist diese Trennung bei Fällen, in denen ein bereits metastasierter Tumor auftritt. Dann steht es dem Arzt frei, ob er die Metastase oder den Primärtumor zur Hauptdiagnose macht. Da dies auch tatsächlich völlig unterschiedlich gehandhabt wird, wäre der Zuschlag nicht von der Krankheitsschwere abhängig, sondern vom individuellen Kodierverhalten des behandelnden Arztes.

Die geänderte Berücksichtigung von Nebendiagnosen führt nach Berechnungen des AOK-Bundesverbandes zu einem nicht durch die Krankheitsschwere begründeten Rückgang von berücksichtigten Fällen um 33% für Lymphknotenmetastasen, um 16% für

Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane und um 12% für Metastasen sonstiger Lokalisationen.

Beispiel Kaposi-Sarkom:

Da diese bösartige Erkrankung praktisch ausschließlich bei AIDS auftritt, ist auch hier die Kodierung als Haupt- bzw. Nebendiagnose abhängig von den Kodierrichtlinien, so dass sie bei gleicher Krankheitsschwere einmal als Haupt- und einmal als Nebendiagnose kodiert wird.

Beispiel Graft-versus-host-Krankheit:

Hierbei ist ein akutes Krankheitsgeschehen möglich. Die Kodierung hängt davon ab, ob die Hauptdiagnose (zum Beispiel Leukämie) kodiert werden muss. Hierdurch wird die gleiche Krankheit nur abhängig von Kodiervorschriften anders berücksichtigt, was nicht begründbar ist.

**Erforderliche Anpassung der Festlegung für das Klassifikationsmodell 2012:**

Die Änderung hinsichtlich der Gleichstellung von stationären Nebendiagnosen, die keiner DxG mit einem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zugeordnet sind, mit ambulanten Diagnosen, wird auf das notwendige Maß zurückgeführt, das zur Beseitigung der vom Bundesversicherungsamt angeführten Anfälligkeit erforderlich ist. Dies kann in der Form erfolgen, dass die CCL-relevanten Nebendiagnosen wie Hauptdiagnosen berücksichtigt werden. Die technischen Voraussetzungen hierfür liegen in den Krankenkassen vor, die die betreffenden Diagnosen als CCL-relevant bei der Datenübermittlung markieren könnten.

Sollte das BVA diesem Vorschlag nicht folgen oder ihn nicht umsetzen können, so müssen zumindest bei folgenden DxGs Nebendiagnosen weiterhin wie Hauptdiagnosen behandelt werden:

- alle DxGs, die mit einer Arzneimitteltherapie **rezidiv-akut** bestätigt werden
- alle DxGs mit akutem Verlauf, die aufgrund von Kodierregeln ansonsten zu willkürlich unterschiedlicher Berücksichtigung einzelner stationärer Diagnosen führen (Beispiele s. o.)
- bei DxGs mit chronischem Verlauf muss zumindest die Arzneimitteltherapie im stationären Sektor insoweit berücksichtigt werden, dass die Mindest-DDD von 183 auf 90 gesetzt wird, wenn diese Diagnose als Nebendiagnose verschlüsselt wird. Ansonsten geht die medikamentöse Therapie über relevante Zeiten unter anderem während des stationären Aufenthalts, der anschließenden Rehabilitation und mögliche weiteren stationären Aufenthalten nicht in die Berechnung ein.

**Dies bedeutet, dass für das Klassifikationsmodell 2012 neben den Diagnosen der DxGs mit Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ auch die Diagnosen, die den DxGs 11, 12, 13, 14, 15, 25, 33, 34, 35, 36, 53, 115, 143, 182, 183, 184, 185, 208, 223, 232, 233, 235, 255, 259, 260, 264, 265, 267, 269, 270, 306, 310, 350, 353, 371, 372, 391, 392, 421, 431, 437, 448, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 471, 490, 554, 618, 641, 643, 647, 648, 655, 656, 657, 686, 689, 748, 763, 817, 818, 819, 838 zugeordnet sind, genauso wie stationäre Hauptdiagnosen behandelt werden müssen.**

Darüber hinaus schlagen wir für die Weiterentwicklung des MRSA vor, im stationären Sektor verabreichte Arzneimittel zu berücksichtigen und hierfür zukünftig auch Informationen aus Operationen- und Prozedurenschlüsseln in das Klassifikationssystem einzubeziehen. Die Erhebung entsprechender Daten sollte in der GKV vorbereitet werden.

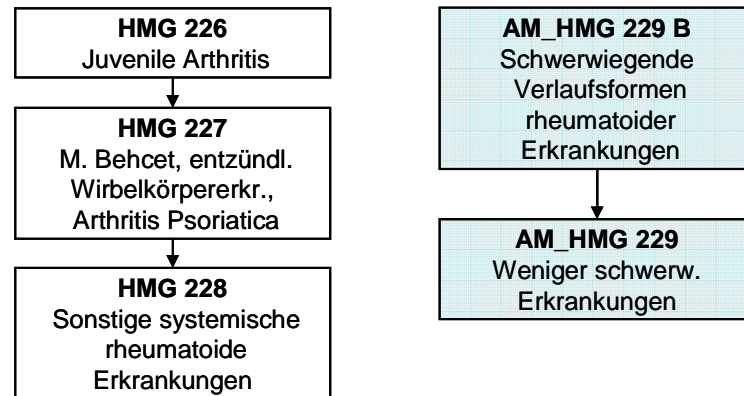
## **II. Anpassung des Klassifikationsmodells (zu Punkt 1.4, Anlagen 1 - 3 des Festlegungsentwurfs i. V. m. Kapitel III der Erläuterungen)**

Zentraler Gegenstand der Anpassung des Klassifikationsmodells für das Jahr 2012 ist die Weiterentwicklung der Hierarchien. Der Wissenschaftliche Beirat und das BVA haben die Hierarchien 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“, 8 „Hämatologische Erkrankungen“, 11 „Psychische Erkrankungen“, 14 „Neurologische Erkrankungen“, 16 „Herzerkrankungen“, 19 „Erkrankungen der Lunge“ und 20 „Erkrankungen der Harnwege“ umfassend untersucht und Änderungsvorschläge erarbeitet. Zu den im Anhörungsverfahren vorgeschlagen Hierarchieänderungen haben wir folgende Anmerkungen.

### **II.1 Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“**

Die vorgeschlagene Neuregelung betrifft die rheumatischen Erkrankungen der Hierarchie. Durch eine zusätzliche, nur durch Arzneimittelbestätigung erzielbare HMG 229 wird eine Schwergraddifferenzierung vorgenommen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist eine arzneimittelbasierte Schwergraddifferenzierung dieser Erkrankungsformen sinnvoll (vgl. auch unser Schreiben vom 1.4.2011), weil die Kodierpraxis die Krankheitsverläufe nicht ausreichend gut abbildet. Gerade auch vor diesem Hintergrund haben wir vorgeschlagen, gesonderte Arzneimittelzuschläge für die Schwergraddifferenzierung zu verwenden. Die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats zeigen, dass dieses Verfahren die besten statistischen Modelleigenschaften aufweist. Deshalb empfehlen wir, die Arzneimittelschwergraddifferenzierung nicht wie im Festlegungsentwurf vorgesehen über eine klassische Hierarchie-HMG abzubilden, sondern zusätzlich über separate Arzneimittel-HMGs. Der Anhörungsentwurf sieht weiter vor, dass die neu gebildete HMG 229 über ein breites Spektrum an Arzneimitteln ausgelöst wird. Neben den besonders teuren Immunsuppressiva werden auch DMARD und Glucocorticoide berücksichtigt. Diese Arzneimittel stehen aber in Verbindung mit geringeren Versorgungskosten, was dazu führt, dass die Zuschläge für die neu eingeführte HMG geringer ausfallen, als in Modellvarianten mit Immunsuppressiva als alleiniges Abgrenzungskriterium. Es ist aber auch zu erkennen, dass über die erweiterten Arzneimittel sinnvoll weitere Versicherte mit schwerwiegenderen Erkrankungsformen identifiziert werden können. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, dass die Hierarchie 7 wie folgt ausgestaltet wird: Die HMGs 226, 227 und 228 werden wie vom BVA vorgesehen gebildet. Zusätzlich werden zwei HMGs 229a und 229b vergeben, wenn bestimmte Arzneimittel vorliegen. Der HMG 229a sind die Immunsuppressiva, der HMG 229b sind die übrigen Arzneimittel des BVA-Vorschlags zugeordnet. Dabei dominiert die HMG 229a die HMG 229b. Dieses Modell erlaubt eine sachgerechtere Schwergraddifferenzierung. Ergebnis dieser Anpassung ist, dass ein Versicherter in Bezug auf diese Erkrankung maximal zwei HMG-Zuschläge erhalten kann (vgl. Abbildung).





Gegenüber dem Anhörungsentwurf führt dies zu einer Zunahme der HMG-Zuschläge im Gesamtmodell um genau einen Zuschlag. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes kann für die Entscheidungsfindung nicht maßgeblich sein, ob nach Anpassung ein HMG-Zuschlag mehr oder weniger vergeben wird (vgl. Erläuterungen zum Festlegungsentwurf, S. 49). Im Rahmen der Anpassung der Hierarchie 11 wird die gem. Änderungsvorschlag erzielbare HMG-Anzahl von eins auf drei erhöht; die Modellverbesserung ist sehr gering.

## **II.2 Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“**

Der Festlegungsentwurf sieht bez. der Hierarchie 8 Anpassungen bei der Diagnosezuordnung sowie den Aufgreifkriterien vor. Analysen des AOK-Bundesverbandes zeigen, dass die Änderung des Aufgreifkriteriums der DXG 224 (neu: stationär nicht erforderlich) i. V. m. der Neuregelung der Verwendung von Krankenhausnebendiagnosen zu Hierarchieverletzungen und damit Zuschlagszusammenlegungen innerhalb der Hierarchie führt. Wir schlagen daher vor, dass die stationären Nebendiagnosen der DXG 224 wie Hauptdiagnosen direkt einen Zuschlag auslösen. Die Wiedereinführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ erscheint wegen der hier enthaltenen zytostatika-induzierten Panzytopenie (D61.10) nicht möglich, da diese häufig auch ambulant kodiert wird. Die geänderte Diagnosezuordnung ist aus unserer Sicht sachgerecht.

## **II.3 Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“**

Die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ wird gem. Festlegungsentwurf deutlich verändert. Während bislang eine klare Ein-Strang-Hierarchie umgesetzt ist, wird eine Aufgliederung vorgeschlagen, die dazu führt, dass einem Versicherten bis zu drei HMGs dieser Hierarchie gleichzeitig zugeordnet werden können (vgl. auch Anmerkung unter II.1). Lediglich die weniger spezifischen Erkrankungen der HMGs 231 und 057 verbleiben in der klaren Hierarchisierung.

Bei dieser neuen Hierarchiegestaltung ergeben sich Fehler, die ein erhebliches Problempotential tragen.

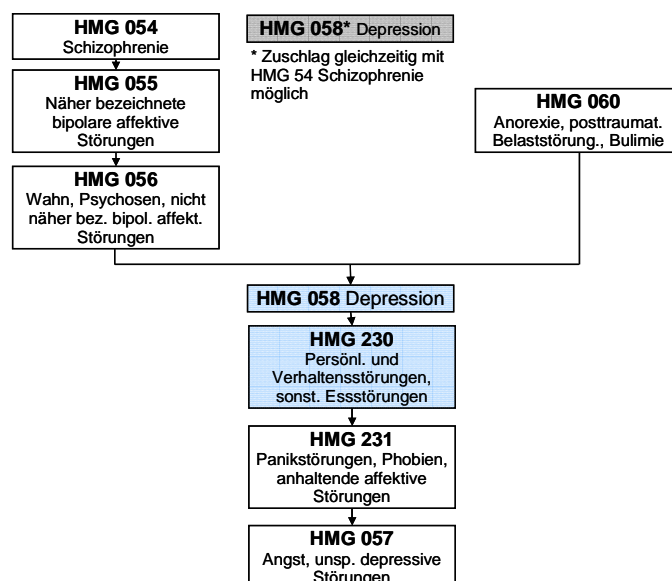
Bipolare affektive Störungen (HMG 055 und HMG 056) und Depression (HMG 058) schließen sich medizinisch aus. Eine depressive Episode im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung muss explizit mit F31.5 kodiert werden; eine Kodierung als depressive Episode (F32) oder als rezidivierende depressive Episode (F33) ist medizinisch falsch, da sie Ausdruck der bipolaren Störung ist. Dennoch gibt es einige Fälle, in denen beide Diagnosecodes vorliegen, was als Kodierfehler zu bewerten ist, der bisher durch die Hierarchisierung kontrolliert wird, nun aber zu einem nicht gerechtfertigten doppelten Zuschlag führt. Außerdem vermindert diese Berücksichtigung von Fehldiagnosen die

Zuschläge für die schwerwiegende bipolare affektive Störung, was dem Ziel der Vermeidung einer Risikoselektion zuwider läuft.

Die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats, die eine Dreigliederung des Hierarchiestrangs nahe legen, zeigen aber auch, dass die HMG 058 „Depression“ neben anderen Erkrankungen der Hierarchie auftreten kann. Aus medizinischer Sicht ist eine Komorbidität von HMG 058 und HMG 230 - wie dargestellt - falsch. Medizinisch begründet ist aber in vielen Fällen die Komorbidität der HMG 054 „Schizophrenie“ und der HMG 058 „Depression“, welche auch in der neugestalteten Hierarchie erstmals zugelassen wird.

Die Parallelstellung der Persönlichkeitsstörung im Hierarchiestrang zu den psychotischen Erkrankungen und zur Depression bietet einen (Fehl-) Anreiz zur zusätzlichen Kodierung einer Persönlichkeitsstörung, was aufgrund der Stigmatisierung der Patienten aber nicht gewünscht sein kann. Das BVA nennt auf S.84 der Erläuterungen selbst Argumente, dass die Persönlichkeitsstörung im Modell 6 nicht dazu führen soll, einen zusätzlichen Kodieranreiz zu setzen. Gem. Änderungsvorschlag ist dies nun aber zu erwarten. Die Parallelstellung der Persönlichkeitsstörung im BVA-Modell ist zudem nicht versorgungsneutral: die zusätzliche Kodierung einer Persönlichkeitsstörung zusätzlich zur Depression erfolgt deutlich häufiger durch Fachärzte und Psychotherapeuten, wodurch Fehlanreize entstehen, die der Versorgungsneutralität zuwider laufen. .

Aufgrund der genannten erheblichen medizinischen Probleme und Fehlanreize lehnen wir die unveränderte Umsetzung der Hierarchieneufassung ab. Anpassungen sind insbesondere auf die Einordnung der HMG 058 „Depression“ i. V. m. der HMG 230 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Sonstige Essstörungen“ zu überprüfen. Wir schlagen vor, die HMG 058 wieder in den Hierarchiestrang einzuordnen, wobei die HMG 058 von der HMG 056 und der HMG 060 dominiert werden soll. Die HMG 230 wird in der Hierarchie unterhalb der HMG 058 eingeordnet. Die medizinisch begründete Komorbidität der HMG 054 „Schizophrenie“ und der HMG 058 „Depression“ wird in der Hierarchie gem. Modell 2011 nicht abgebildet und kann für die Anpassungen 2012 umgesetzt werden, in dem in Ergänzung zu den o. s. Änderungen die Hierarchiebeziehung zwischen HMG 054 und HMG 058 aufgelöst wird. Eine Parallelstellung der HMG 058 isoliert für die HMG 054 wäre eine geeignete Lösung, wenn beabsichtigt ist, für Patienten mit Schizophrenie eine Differenzierung der Patienten mit zusätzlicher Depression zu ermöglichen (vgl. Abbildung).



#### ***II.4 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“***

Die vorgeschlagene Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel ist sachgerecht und soll für das Klassifikationsmodell 2012 umgesetzt werden.

#### ***II.5 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“***

Die Hierarchie 16 soll im Klassifikationsmodell 2012 gegenüber dem Modell 2011 unverändert bleiben. Die dokumentierten Analysen des Wissenschaftlichen Beirats zu den untersuchten Modellvarianten bestätigen dieses Vorgehen. Bezüglich der Berücksichtigung von stationären Diagnosen des Herz- und / oder Atemstillstandes wird auf die Ausführungen zu Punkt I verwiesen.

#### ***II.6 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“***

Die vorgeschlagene Neuregelung der Erkrankungen der Lunge beinhaltet einen Wechsel der Schweregraddifferenzierung über das Versichertenalter hin zu einer ICD-bezogenen Differenzierungsregel, die auf den an der fünften Stelle der ICD J44.XX abgebildeten FEV<sub>1</sub>-Werten basiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die endstellige Kodierung der Schweregrade Voraussetzung für die Zielgenauigkeit dieses Vorschlages ist. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung besteht keine Verpflichtung einer endstelligen Kodierung. Die gem. Änderungsvorschlag maßgeblich endstellige Kodierung kann allerdings als nicht versorgungsneutral gewertet werden, da Hausärzte nur 4-stellig kodieren müssen, Fachärzte hingegen 5-stellig. Der höhere Zuschlag für eine COPD mit höhergradig eingeschränkter Lungenfunktion wird bei gleicher Krankheitsschwere damit nur für den fachärztlichen Sektor ausgelöst. Hierdurch werden Anreize geschaffen für eine grundsätzliche Versorgung bei Fachärzten. Die Höhe der Zuschläge ist somit nicht abhängig von der Krankheitsschwere sondern vom Versorgungssektor.

#### ***II.7 Hierarchie 20 „Erkrankungen der Harnwege“***

Der Änderungsvorschlag sieht für die HMG 130 „Dialysestatus“ nun zwingend den Nachweis von erbrachten Leistungen der extrakorporalen Blutreinigung vor. Diese Änderung ist sachgerecht. Auch die Vereinheitlichung der ATC-Codes für die Arzneimittelvalidierung ist zu begrüßen.

#### ***II.8 Änderungen weiterer Hierarchien***

Im Rahmen des Festlegungsentwurfs wurden die Änderungsvorschläge des AOK-Bundesverbandes in Bezug auf die Hierarchien 2 „Neubildungen“, 4 „Metabolische Erkrankungen“ und 10 „Drogen-/ Alkoholmissbrauch“ nicht geprüft (vgl. unser Schreiben vom 1.4.2011). Wir möchten bitten, diese Vorschläge ebenfalls für die Umsetzung im Klassifikationsmodell 2012 zu berücksichtigen.

In Bezug auf die Hierarchie 3 „Diabetes mellitus“ i. V. m. Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ möchten wir anregen, die HMG-Zuordnung der Diagnose O24.0, die einen TYP I-Diabetes bezeichnet, in der Hierarchie 3 der HMG020 und nicht wie bisher der HMG019 zuzuordnen.

## **II.9 Kostenerstattergruppen (KEG) (zu Punkt 1.7, des Festlegungsentwurfs i. V. m. Kapitel III.13 der Erläuterungen)**

Gem. Festlegungsentwurf beabsichtigt das BVA die bislang bestehende Gruppe der Kostenerstattungsversicherten (KEG) in elf Gruppen aufzugliedern. Gem. der Analysen des Wissenschaftlichen Beirats wird dies mit den im Altersverlauf deutlich unterschiedlichen Leistungsausgaben innerhalb dieser Personengruppe begründet. Es ist für den AOK-Bundesverband unverständlich, warum das Klassifikationsmodell für die GKV-weit sehr geringe Personengruppe der betagten Kostenerstattungsversicherten verbessert werden soll, wohingegen eine Modellverbesserung durch die Abschaffung der Sonderregelung für verstorbene Versicherte nicht umgesetzt werden soll, die für alle betagten GKV-Versicherten wirken. Wir sprechen uns daher gegen die isolierte Umsetzung des Vorschlages aus und lehnen ein Einvernehmen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem BVA, welches für eine Änderung Voraussetzung ist, ab. Die isolierte Umsetzung dieses Vorschlages führt zudem zu einem Rückgang der Zuweisung für alle betagten Versicherten, die nicht als Kostenerstattungsversicherte klassifiziert sind und verschärft damit das durch die o. g. Sonderregelung bestehende Problem. Problematisch ist u. E. auch die vorgenommene Bewertung der Modellanpassung auf Grundlage des  $r^2$  und MAPE. Die Modellverbesserung wird nach unseren Analysen überschätzt, da sie zu einem wichtigen Teil auf die Erhöhung der Anzahl an Variablen im Regressionsverfahren zurückzuführen ist. Berechnet man ein penalized  $r^2$  (BIC), so wird deutlich, dass die Neuregelung nur zu einer marginalen Veränderung führt (vgl. Abbildung).

$r^2$ Status Quo (Erläuterungen, S. 136)		25,5450	Δ
N	Stichprobenversicherte (Erläuterungen S. 31)	4.411.889	
k	Prädiktoren 134 HMGs, 40 AGGs, 6 EMGs und 1 KEG	181	
$r^2$ gem. Anpassung Kostenerstatter (Erläuterungen, S. 138)		25,5476	0,0026
N	Stichprobenversicherte (Erläuterungen S. 31)	4.411.889	
k	Prädiktoren 134 HMGs, 40 AGGs, 6 EMGs und 11 KEGs	191	
Penalized $r^2$ (BIC) Status Quo $RP^2=R^2*\exp(-k(\ln(n)/n)) *$		25,5290	
Penalized $r^2$ (BIC) 11 KEGs $RP^2=R^2*\exp(-k(\ln(n)/n)) *$		25,5307	0,0017

\* TAYLOR, L. (2009): Penalized- $R^2$  Criteria For Model Selection. In: The Manch. School, 77(6), 699 - 717.

Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass die vorgenommene Abgrenzung der Altersklassen der KEG 001 – KEG 010 an die Altersgrenzen der AGG und AusAGG-Gruppen angepasst werden sollte. Auch fehlt eine Regelung, wie mit Versicherten umzugehen ist, die sowohl 183 oder mehr Versichertentage nach § 13 SGB V als auch 183 oder mehr Versichertentage nach § 53 SGB V aufweisen. Hier ist eine Hierarchisierung zwischen einerseits KEG 001 – KEG 010 und der KEG 011 erforderlich.

## **III. Änderungen des Berechnungsverfahrens (zu Punkt 2, Anlage 4 des Festlegungsentwurfs i. V. m. Kapitel IV der Erläuterungen)**

### **III.1 Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten im Regressionsverfahren**

Das Festhalten an der im Regressionsverfahren bestehenden Sonderregelung für Leistungsausgaben verstorbener Versicherte ist nicht begründet. Rechtliche Gründe oder Bedenken, die einer Änderung entgegenstehen, können wir weiterhin nicht erkennen. Die Beibehaltung der Sonderregelung führt zur Diskriminierung alter und kranker Versicherter.

Deshalb kann auch nicht die vom BVA vorgetragene Argumentation gelten, dass die Sonderregelung beibehalten wird, weil die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband unterschiedliche Positionen vertreten bzw. eine Positionierung vermeiden. Die Problematik betrifft alle alten und kranken Versicherten gleichermaßen – unabhängig von der Krankenkasse, bei der sie versichert sind. Soweit argumentiert wird, dass die Abschaffung der Sonderregelung zu „[...] deutlichen finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen [...]“ (Erläuterungen, S. 139) führt, sei darauf hingewiesen, dass die Einführung und Umsetzung dieser Sonderregelung finanzielle Auswirkungen in gleichem Maße bedeutet. Die finanziellen Auswirkungen sind daher als Maßstab und Bewertungskriterium in dieser Frage ungeeignet. Es ist erforderlich, der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats zu folgen und die Sonderregelung abzuschaffen. Soweit dies erst im Rahmen eines „[...] breiteren Kontext [...]“ (Erläuterungen, S. 140) erfolgen kann, wird dringend empfohlen, auch die Änderungsvorschläge zu den Kostenerstattungsversicherten sowie der Verwendung der Krankenhausnebendiagnosen in diesem breiteren Kontext umzusetzen (vgl. Anmerkungen unter Punkt I). Für eine ausführliche Darstellung und Problembeschreibung verweisen wir auf unsere vorangegangenen Ausführungen zu diesem Thema (vgl. unser Schreiben aus dem MRSA-Vorschlagsverfahren 2012 vom 01.04.2011).

### ***III.2 Auslandsversicherte***

Die Beibehaltung der bestehenden Regelung ist sachgerecht.

### ***III.3 Regressionsanteil / Zuweisungsanteile / Angleichungsfaktoren***

Die Änderungsvorschläge sind sachgerecht und geeignet, dass Abschlagsverfahren weiter zu verbessern. Die Umsetzung der Änderungsvorschläge aus Kapitel 16 und 17 der Erläuterungen wird vom AOK-Bundesverband unterstützt. Die unterjährige Neuberechnung der Zuschläge auf der Basis neuer Datengrundlagen muss nach unserer Auffassung allein aufgrund der erforderlichen rechtlichen Änderungen in einem weiteren Kontext der Steuerung des Abschlagsverfahrens erfolgen.

### ***III.4 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben***

Die Neuregelung in Bezug auf die Abgrenzung der sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben wird begrüßt. Davon unbenommen ist u. E. die vorgenommene Differenzierung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben insgesamt nicht durch die Formulierung des § 266 SGB V gedeckt (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 27.08.2010). Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass die wiederholt vorgetragenen Hinweise, dass die hier in Rede stehenden Leistungsausgaben zumindest teilweise einen Morbiditätsbezug aufweisen, richtig sind. Dies ergibt sich bereits aus der gültigen Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss. Danach ist der Morbiditätsbezug maßgeblich für eine Kostenübernahme der Schutzimpfung durch die GKV unter anderem in folgenden Fällen (vgl. [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-505/RL-Schutzimpfung\\_2010-10-21.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-505/RL-Schutzimpfung_2010-10-21.pdf), 30.08.2011):

## **Influenza**

Standardimpfung für Personen über 60 Jahre.

Indikationsimpfung für:

1. Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens - wie z. B.
  - chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD),
  - chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten,
  - Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben sowie weitere in Schwere vergleichbare chronische neurologische Krankheiten, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können,
  - Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion,
  - HIV-Infektion
2. alle Schwangere ab 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab 1. Trimenon
3. Bewohner in Alters- oder Pflegeheimen.

## **Pneumokokken**

Indikationsimpfung für Kinder (ab dem vollendeten 2. Lebensjahr), Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit:

1. Angeborene und erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, wie z. B.:
  - Hypogammaglobulinämie, Komplement- und Properdindekte bei funktioneller oder anatomischer Asplenie
  - bei Sichelzellenanämie
  - bei Krankheiten der blutbildenden Organe
  - bei neoplastischen Krankheiten
  - bei HIV-Infektionen
  - nach Knochenmark-transplantation
  - vor Organtransplantation und vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie.
2. Chronische Krankheiten z. B.:
  - Herz-Kreislauf-Krankheiten
  - Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD)
  - Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselkrankheiten
  - chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom
  - neurologische Krankheiten z. B. Zerebralparesen oder Anfallsleiden
  - Liquorfistel.

Neben diesen bekannten Beispielen gibt es weitere Beispiele für die Indikation von Schutzimpfungen bei chronisch kranken Versicherten.

- Haemophilus influenzae Typ b (Hib)  
Indikationsimpfung für Personen mit anatomischer oder funktioneller Asplenie.
- Hepatitis A (HA)  
Indikationsimpfung für Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen, z. B. Häemophilie oder Krankheiten der Leber/mit Leberbeteiligung sowie Bewohner in psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensgestörte.

- Hepatitis B (HB)  
Patienten mit chronischer Nieren (Dialyse) / Leberkrankheit / Krankheit mit Leberbeteiligung / häufiger Übertragung von Blut (-bestandteilen, z. B. Hämophilie), vor ausgedehnten chirurgischen Eingriffen (z. B. unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine), HIV-positive Patienten sowie Patienten in psychiatrischen Einrichtungen oder Bewohner vergleichbarer Fürsorgeeinrichtungen für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensgestörte sowie Personen in Behindertenwerkstätten.
- Meningokokken  
Indikationsimpfung für gesundheitlich Gefährdete: Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, insbesondere Komplement-/Properdindefekte, Hypogammaglobulinämie, Asplenie.
- Masern  
Seronegative Patienten vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation sowie seronegativer Patienten unter immunsuppressiver Therapie.

Zur Verdeutlichung der Fehlersteuerung der bestehenden Differenzierung muss zudem auf die bei der Influenza-Impfung genannte Altersgrenze von 60 Jahren hingewiesen werden. Damit erfolgt die Influenzaimpfung bei Menschen mit chronischen Erkrankungen oder aber in einem Alter, in dem bereits eine hohe Morbiditätslast besteht. Werden die Ausgaben dieser Impfungen als Ausgaben ohne Morbiditätsbezug im MRSA verrechnet, so werden die Kosten für die Influenzaimpfung pauschal auf alle Versicherten unabhängig von deren Morbidität und Alter verteilt. Der bestehende Morbiditätsbezug wird durch die Regelung zu den sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben vollständig ignoriert. Umso problematischer erachten wir, dass dies für die Jahre 2010 und 2011, für die die Festlegungen nach § 31 RSAV bereits beschlossen sind, nicht berücksichtigt wurde und die Kosten für Schutzimpfungen pauschal und ohne jeden Morbiditätsbezug für die Zuweisungen verrechnet werden. Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass der Anteil der versichertenbezogen abgerechneten Impfstoffe seit 2009 weiter zugenommen hat, empfehlen wir, gänzlich auf die Abgrenzung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu verzichten bzw. den Anteil der zugeordneten Schutzimpfungen weiter zu reduzieren. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Aufhebung der Differenzierung auch nicht dazu führt, dass sämtliche sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ausschließlich über Morbidität verteilt werden. Ein Merkmal des Versichertenklassifikationsmodells ist, dass die Zuweisungen zu ca. 45% auf Grundlage der Morbiditätsmerkmale verteilt werden (vgl. HMG-Anteil der Zuweisungen gem. BVA-Berechnungen zum Schlussausgleich 2009). Das Versichertenklassifikationsmodell selbst nimmt also eine Morbiditätsgewichtung vor, die für alle Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) einheitlich erfolgen muss. Darüber hinaus ist es erforderlich, die als nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben bezeichneten Ausgaben netto – und nicht wie bisher brutto – in die Berechnungen einfließen zu lassen. Punkt 2.1.2 der Festlegung ist daher um folgenden Halbsatz zu ergänzen: „abzüglich der auf die Ausgaben anteilig entfallenden Erstattungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld“. Anlage 4 ist ebenfalls entsprechend anzupassen. Es sei darauf hingewiesen, dass die Differenzierung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben das Berechnungsverfahren verkompliziert und fehleranfällig macht (vgl. auch unsere Anmerkungen unter Punkt IV.1)

### ***III.5 Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren***

Die im Rahmen einer Anpassung erforderlichen empirischen Untersuchungen konnten im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit nicht durchgeführt werden. Wir schlagen daher vor, die Frage der Neuabgrenzung der Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren sowie die vom BVA vorgeschlagene Unterscheidung in solche Beträge mit und ohne Morbiditätsbezug gesondert, z.B. im Festlegungsverfahren für 2013, zu untersuchen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist eine Berücksichtigung der Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren analog den Leistungsausgaben nach Punkt 2.1.2. des Festlegungsentwurfs weiterhin sinnvoll, soweit an der an sich wenig zielführenden Differenzierung in Leistungsausgaben mit und ohne Morbiditätsbezug festgehalten werden soll (s. o.).

### ***III.6 Nivellierungsfaktor***

Der Nivellierungsfaktor kann wie vorgeschlagen entfallen.

### ***III.7 Verwaltungsausgaben – Anrechnung von Erstattungen, sLA-Anteil***

Die vom BVA angeführten Regelungen des § 37 Abs. 1 RSAV sind einschlägig und lassen ohne rechtliche Änderungen keine andere Berücksichtigung von Erstattungen bei Verwaltungskosten zu. Dem Festlegungsentwurf wird zugestimmt. Ebenfalls eindeutig sind die bestehenden rechtlichen Regelungen bezüglich der Aufteilung der Verwaltungskosten. Unabhängig von diesen Vorgaben stehen die Erstattungen für Verwaltungskosten überwiegend nicht mit der Versichertenmorbidität in Verbindung. So entfällt der überwiegende Teil dieser Erstattungen auf den Bereich Beitragseinzug und Erstattungen im Rahmen des Auftragsgeschäfts (Sozialhilfe). Beide Sachverhalte haben zu den Leistungsausgaben zweifelsfrei keinen Bezug. Die mit der pauschalen Verrechnung der Verwaltungskostenerstattungen entstehende Schieflage in Bezug auf die vom Verordnungsgeber vorgesehene 50%ige-Morbiditätsorientierung bei den Verwaltungskostenzuweisungen kann u. E. auch durch eine Erhöhung des Anteils nach § 37 Abs. 1 Nr. 3 RSAV ausgeglichen werden.

## **IV. Anlage 4 „Verfahrensbeschreibung“ zur Festlegung**

IV.1 Änderungen und Erläuterungsbedarf zu den Verfahrensbeschreibungen der Anlage 4:

B.7: Inhaltlich wird ein sog. Erstbescheid (EB) eingeführt. Die Funktion des Erstbescheids ist unklar, zumal unter Kapitel G weiterhin ein Grundlagenbescheid I aufgeführt wird. Es soll darauf geachtet werden, dass gleiche Sachverhalte mit gleichen Begriffen belegt werden. Der „Erstbescheid“ ist durch Grundlagenbescheid I zu ersetzen (GLB I).

C.3.a: Ergänzung, dass die Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2009 auch der Korrekturmeldung entnommen werden (vgl. Formulierung zu EMG und KEG).

C.4: Im Verweis auf die Kontenabgrenzung gem. Anlage 3.1 der RSA-Bestimmung soll das konkrete Bezugsjahr – hier 2011 – ergänzt werden [jeweils erster und zweiter Absatz].

C.4.f [neu]: Ein neuer Erstattungsfaktor für die Ermittlung der Nettobeträge der sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ist wie folgt zu bilden:



Erstattungsfaktor für die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (EfnMRSAbLA.)  
Der EfnMRSAbLA ist gleich den LAoKG abzüglich AR, KR, IVA und EoEKG zuzüglich RVZ und IV-KuR, dividiert durch die LAoKG.

Es gilt:

$$\text{EfnMRSAbLA} = (\text{LAoKG} - \text{AR} - \text{KR} - \text{IVA} - \text{EoEKG} + \text{RVZ} + \text{IVKuR}) / \text{LAoKG}$$

E.2: Bei Berechnung der Zuweisungsanteile werden die sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ausschließlich den AGG zugeordnet. Ein Teil dieser pro Kopf zugewiesenen Ausgaben muss u. E. aber den AusAGG zugeordnet werden. Unter E.2.a sowie E.2.e sind jeweils die auf AGG bzw. AusAGG anzurechnenden nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben anzusetzen. Wir empfehlen, die Kapitelverweise für jeden Verweis zu setzen (vgl. z. B. fehlender Verweis E.2.a zweiter Spiegelstrich)

Q.6.a: Die Formulierung zu Q.6.a ist so zu ergänzen, dass die als sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ausgewiesenen Beträge netto berücksichtigt werden. Hierzu sind die unter Q.6.a genannten Ausgabenpositionen mit dem Erstattungsfaktor nach C.4.f [neu] zu multiplizieren.

S.6.b: Hier fehlt am Satzende der technische Verweis „S.6.a“.

Sonstiges:

(a) Die Bescheidung soll gem. U.2 auf dem Fusionsstand 31. Dezember 2012 erfolgen. Entsprechend der Regelung in der RSA-Bestimmung nach § 276 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V erfolgt die Datenmeldung im Meldejahr 2013 mit Fusionsstand 01.01.2013. Eine Bescheidung mit Fusionsstand 31.12.2012 ist dann nicht mehr möglich, da die Datenmeldung bereits fusioniert erfolgt. Die zum 31.12.2012 bestehenden Einzelkrankenkassen einer Krankenkassenfusion zum 01.01.2013 können nicht mehr separat betrachtet werden (vgl. auch K.0.c).

(b) Wir würden es sehr begrüßen, wenn das BVA seine umfangreiche Dokumentation der Berechnungsverfahren in Anlage 4 ergänzt, um eine Übersicht zu den jeweils für die Grundlagenbescheide berücksichtigten Datengrundlagen zu erhalten (vgl. Anlage 4b der Festlegung für das Jahr 2011).

(c) Die sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben werden im Verfahren zur Berechnung der Zuweisungen sowohl für die Zu- und Abschläge bei den Zuweisungen als auch als pro-Kopf-bezogener Zuweisungsbetrag zugewiesen. GKV-weit führt dies zu Mehrzuweisungen, die das Niveau der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben übersteigen. Wegen der verfahrenstechnisch schwierigen Berücksichtigung dieser Differenzierung empfehlen wir, auf die gesonderte Ausweisung und Verrechnung von sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu verzichten. Ohne Anpassungen im Berechnungsverfahren können die Fehlzugewisungen nicht vermieden werden, u. E. ist das Zusammenspiel der Regelungen von Q.1.b, S.5.d und V.1 zu überarbeiten.

(d) Die Verfahrensbeschreibung zum Jahresausgleich sollte um ein Unterkapitel zur Berechnung der Korrekturbeträge (Saldierung) ergänzt werden [vgl. N.3, O.4, P.3].

## IV.2 Korrekturverfahren Versicherungszeiten im Schlussausgleich

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (IfSGuaÄndG) wurde eine Ermächtigung zur Erhebung von Versicherungszeiten gem. § 30 RSAV für Zwecke der Durchführung eines Korrekturverfahrens für Versicherungszeiten im Schlussausgleich des Folgejahres ergänzt. Die Begründung gibt konkrete Hinweise, welche Informationen der Versicherten im Rahmen der Korrektur gesondert zu aktualisieren sind. Bislang fehlt eine detaillierte verfahrenstechnische Beschreibung zur Umsetzung der Versichertenzeitenkorrekturen. Wir schlagen vor, ein solches Verfahren im Rahmen der Anlage 4 der Festlegung zu dokumentieren und unterbreiten folgende Vorschläge, die bereits ab dem Schlussausgleich 2010 anzuwenden wären. Für die rückwirkende Anwendung der Verfahrensbeschreibung sind die Jahreszahlbezüge entsprechend anzupassen und folgende Abschnitte zu ergänzen:

### **„VIII Korrektur der Versicherungszeiten des Vorjahres im Jahresausgleich**

#### **W. Datengrundlagen und Bestimmung von Korrekturfaktoren**

##### **W.1 Zuordnungsprinzipien**

##### **W.1.a Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen**

Die Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 110 für das Jahr 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG wird wie folgt durchgeführt:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 110 des Jahres 2010 (Meldung zum Korrekturverfahren).
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2010 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30.09.2010 in der für den Schlussausgleich 2011 gültigen Fassung der technischen Anpassung.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand des Geschlechts, des Alters und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 110 des Jahres 2010 (Meldung zum Korrekturverfahren). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den KEGs ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30.09.2010.
- Die Zuordnung zu den AusAGG erfolgt anhand der Tage mit Wohnsitz im Ausland in der SA 110 des Jahres 2010 (Meldung zum Korrekturverfahren).

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

Die Zuordnung der Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 110 für das Jahr 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) gemeldet wurde und Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweist, mit seinen Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den KGG wird wie folgt vorgenommen:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren). Eine Zuordnung erfolgt dann, wenn der Versicherte mindestens 183 Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweist.

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

Die Zuordnung der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 110 für das Jahr 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) gemeldet wurde, mit seinen DMP-Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.

### **W.1.d Zahl der Mitglieder der Krankenkassen**

Die anzusetzende Zahl der Mitglieder der Krankenkassen entspricht solange unverändert dem Wert aus dem Schlussausgleich gem. der amtlichen jahresdurchschnittlichen Statistik KM1 2011, bis eine tagesgenaue Meldung und damit eine Korrekturmöglichkeit der Mitgliederzahlen der Krankenkassen über die Datenmeldung zur Satzart 100 / 110 möglich ist.

### **W.1.e Landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse**

Die landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse erfolgt, indem die Versicherungszeiten nach W.1.a dem Bundesland gemäß der Angabe in der Satzart 110 für das Jahr 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) zugeordnet werden. Hierbei werden die Versichertentage bzw. Versicherten (s. o.) dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 110 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 110 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

## **W.2 Fusionsstand**

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. Januar 2013.

## **W.3 Leistungsausgaben ohne Krankengeld, ohne auf DMP entfallende bLA-Anteile und ohne nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben**

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld, ohne die auf DMP entfallenden bLA-Anteile und ohne die nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben werden gebildet, in dem die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengelds nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V gemindert werden um

- das Nettokrankengeld nach Q.7.a in der Berechnung zum Jahresausgleich 2011
- den Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, berechnet als Produkt aus dem für das Jahr 2011 [Korrekturjahr der Versicherungszeiten gültigen] ermittelten bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.b und den Versichertentagen aller Krankenkassen in der SA110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) und
- das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach Q.6.a in der Berechnung zum Jahresausgleich 2011.

## **W.4 Korrekturfaktor für die Risikomerkmale und AusAGG**

Der Korrekturfaktor für die Risikomerkmale und AusAGG wird berechnet, in dem die Leistungsausgaben ohne Krankengeld, ohne die auf DMP entfallenden bLA-Anteile und ohne nicht morbiditätsbezogene Leistungsausgaben nach W.3 dividiert werden durch das Summenprodukt aus den Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG nach S.5.d in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011, bei AGG und AusAGG gemindert um den Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben je Versichertentag nach Q.6.b in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011 und erhöht um die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011, und den nach W.1.a zugeordneten Versicherungszeiten aller Krankenkassen über alle Risikomerkmale und AusAGG.

## **W.5 Korrekturfaktor für die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben**

Der Korrekturfaktor für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben wird berechnet, indem die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nach Q.6.a des Jahres 2011 durch die Versichertentage aller Krankenkassen in der SA110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) dividiert werden und anschließend durch die im Jahresausgleich 2011 berechneten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben je Versichertentag nach Q.6.b dividiert werden.

## **W.6 Korrekturfaktor für das Krankengeld**

Der Korrekturfaktor für Krankengeld wird berechnet, in dem das Nettokrankengeld nach Q.7.a in der Berechnung zum Jahresausgleich 2011 dividiert wird durch das Summenprodukt der Zuschläge für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch

gem. S.6.c in der Berechnung zum Jahresausgleich 2011 und den Versicherungstagen aller Krankenkassen nach Krankengeldgruppen gem. Feststellung nach W.1.b.

#### **W.7 Korrekturfaktor für die Verwaltungskosten je Versichertentag**

Der Korrekturfaktor für Verwaltungskosten je Versichertentag wird berechnet, indem

- die Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Produktes aus den DMP-Versichertentagen aller Krankenkassen gem. W.1.c und dem für das Jahr 2011 gültigen Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.c, multipliziert mit dem für das Jahr 2011 geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der SA 110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) bestimmt wird und anschließend
- geteilt werden durch die im Jahresausgleich 2011 berechneten Verwaltungskosten je Versichertentag nach Q.2.b

#### **W.8 Neuberechnung der standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben**

Die Neuberechnung der standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben erfolgt, indem

- die Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Produktes aus den DMP-Versichertentagen aller Krankenkassen gem. W.1.c und dem für das Jahr 2011 gültigen Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.c, multipliziert mit dem für das Jahr 2011 geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 RSAV, geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der SA 110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) bestimmt wird und anschließend
- geteilt werden durch die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V gemindert um das Produkt aus den DMP-Versichertentagen aller Krankenkassen gem. W.1.a und der für das Jahr 2011 gültigen DMP-Pauschale für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben gem. A.2.b.

#### **W.9 Korrekturfaktor für die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen**

Der Korrekturfaktor für standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen wird berechnet, indem die Satzungs- und Ermessensleistungen nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V für das Jahr 2011 durch die Versichertentage aller Krankenkassen in der SA110 des Jahres 2011 (Meldung zum Korrekturverfahren) dividiert werden und dann durch die im Jahresausgleich 2011 berechneten standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag nach Q.3.a geteilt werden.

## **X. Neuberechnung der Zuweisungen**

### **X.1 Neuberechnung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben**

Die Neuberechnung der Zuweisungen für eine Krankenkasse erfolgt durch Addition

- des Summenprodukts aus den Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG, nach S.5.d in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011, bei AGG und AusAGG gemindert um den Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben je Versichertentag nach Q.6.b in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011 und erhöht um die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011, und den nach W.1.a der Krankenkasse zugeordneten Versicherungszeiten über alle Risikomerkmale und AusAGG multipliziert mit dem Korrekturfaktor nach W.4
- des Produktes der Versicherungszeiten der Krankenkasse nach W.1.a mit dem Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben je Versichertentag aus Q.6.a. in der Berechnung des Jahresausgleiches 2011 und dem Korrekturfaktor nach W.5 und
- des Summenproduktes der Zuschläge nach S.6.c in der Berechnung des Jahresausgleiches 2011 mit den nach W.1.b der Krankenkasse zugeordneten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch multipliziert mit dem Korrekturfaktor nach W.6.

### **X.2 Neuberechnung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben**

Die Neuberechnung der Zuweisungen für eine Krankenkasse erfolgt durch Addition

- des Produktes aus den für die Krankenkasse Neuberechneten Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben nach X.1 und dem neu berechneten Wert für standardisierte Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben nach W.8 und
- des Produktes aus den Versicherungstagen der Krankenkassen nach W.1.a, dem Wert nach Q.2.b in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011 und dem Korrekturfaktor nach W.7.

### **X.3 Neuberechnung der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen**

Die Neuberechnung der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für die Krankenkasse erfolgt durch Multiplikation der Summe der Versicherungstage der Krankenkasse nach W.1.a, dem Wert nach Q.3.a in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011 und dem Korrekturfaktor nach W.9.

### **X.4 Neuberechnung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme**

Die Neuberechnung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme erfolgt für die Krankenkasse durch Multiplikation der Summe der DMP-Versicherungstage der Krankenkasse nach W.1.c mit der für 2011 gültigen DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.a.

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

Die Mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen wird unverändert aus dem Jahresausgleich 2011 übernommen. Eine Korrekturberechnung ist erst dann möglich, wenn die Informationen zu Mitgliederzeiten über die SA100 / SA110 ermittelt werden.

#### X.6 Neuberechnung der Zuweisungen nach § 272 SGB V

Die Anpassung der Zuweisungen nach § 272 SGB V ergibt sich aus der Multiplikation der landesbezogenen Versicherungszeiten der Krankenkassen nach W.1.e mit den Werten nach T.1.j in der Berechnung für den Jahresausgleich 2011.

### **Y. Ermittlung des Korrekturbetrages**

#### Y.1 Korrekturbetrag je Krankenkasse

Der Korrekturbetrag je Krankenkasse ergibt sich aus dem Saldo der nach V.1 bis V.6 ermittelten Beträge mit den Neuberechneten Zuweisungen gem. X.1 bis X.6.“