

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 05.09.2013

**zum Entwurf der Festlegungen
des Bundesversicherungsamtes
gemäß § 31 Abs. 4 RSAV
für das Ausgleichsjahr 2014**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstr. 30, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien.....	3
III. Anpassung der Aufgreifkriterien	6
IV. Anpassung des Klassifikationsmodells	6
V. Änderungen am Berechnungsverfahren	17

I. Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) legt im Rahmen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs gem. § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die im Ausgleichsjahr 2014 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 2013 fest. Im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens hat das BVA den Entwurf der entsprechenden Festlegung inkl. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf am 31. Juli 2013 mit der Bitte um Stellungnahme an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

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

II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien

Das Bundesversicherungsamt hat im März diesen Jahres die Krankenkassen wie auch in den Vorjahren aufgefordert, Vorschläge zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu unterbreiten. Die in diesem Rahmen übermittelten, teilweise auch aus Vorjahren stammenden Anpassungsvorschläge sowie Anpassungen durch die Aktualisierung der Krankheitsauswahl bilden die Grundlage der für den vorliegenden Festlegungsentwurf untersuchten möglichen Änderungen.

Die vorgelegten Erläuterungen zum Festlegungsentwurf stellen sehr ausführlich die vom BVA durchgeführten Analysen dar. Die hierbei verwendete methodische Vorgehensweise wird eingehend beschrieben.

Zu den einzelnen Aspekten der methodischen Vorgehensweise haben wir folgende Anmerkungen:

Verwendung einer 30%-Stichprobe

Das Bundesversicherungsamt begründet aus unserer Sicht nachvollziehbar die Verwendung einer Zufallsstichprobe von 30% als Grundlage der Untersuchungen zur Anpassung des Klassifikationsmodells. Jedoch halten wir es für erforderlich, diese Stichprobe eingehender statistisch zu beschreiben und mit entsprechenden Maßzahlen der Vollerhebung zu vergleichen. Dies betrifft insbesondere einen Vergleich der Alters- und Morbiditätsstruktur. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass Berechnungsergebnisse auf Basis der Vollerhebung, die entsprechende Berechnungen auf Grundlage der 30%-Stichprobe nicht bestätigen bzw. zu anderen Schlussfolge-

rungen führen, maßgeblich für die Bewertung von Anpassungen des Klassifikationsmodelles sein müssen.

In diesem Zusammenhang halten wir es ebenfalls für notwendig, Analyseergebnisse auf Basis der 30%-Stichprobe weiterhin mit Angaben zur jeweiligen statistischen Signifikanz der einzelnen Regressionskoeffizienten zu dokumentieren.

Einführung von Alterssplits

Das Bundesversicherungsamt erachtet die Prüfung weiterer Alterssplits innerhalb der hierarchisierten Morbiditätsgruppen als sinnvoll und hat hierfür eine entsprechende Methodik ausgearbeitet, die exemplarisch an den Erkrankungen *Mukoviszidose* und *Bronchiektasen* angewendet wird. Eine mögliche Unterteilung einer Morbiditätsgruppe wird hierbei vor allem auf Grundlage der Verteilung der Deckungsbeiträge untersucht. Bei Identifizierung eines möglichen Alterssplits werden eine Reihe von Kriterien dargestellt, die bei der Einführung von Alterssplits zu berücksichtigen seien.

Eine generelle Untersuchung der HMGs auf mögliche Alterssplits unter Verwendung von Deckungsbeiträgen der einzelnen Altersgruppen ist u. E. jedoch nicht zielführend, da weitere mögliche Differenzierungsmerkmale innerhalb einer Morbiditätsgruppe als Erklärungen für eine auffällige Verteilung der Deckungsbeiträge hiermit systematisch außer Acht gelassen werden (Behandlungsformen im Krankheitsverlauf, Arzneimitteldifferenzierungen etc.).

Weiterhin können die vom Bundesversicherungsamt aufgeführten Kriterien für die Einführung von Alterssplits nicht in allen Fällen sachlogisch hergeleitet werden. So ist nachvollziehbar, dass eine medizinische Begründung der Auftrennung einer Diagnose- bzw. Morbiditätsgruppe gegeben sein sollte. Warum jedoch eine Gruppe im Regelfall in maximal 3 Einzelgruppen unterteilt werden sollte und die Höchstgrenze für Alterssplits bei 65 Jahren liegt, bedarf jeweils einer nachvollziehbaren Begründung. Dies trifft auch auf die Aussage zu, dass Grenzen für Alterssplits auf bestehende AGG-Grenzen fallen sollten. Die Kriterien, dass der Kostenschätzer einer teureren Gruppe den der günstigsten um mindestens den Faktor 1,5 übersteigen muss sowie der absolute Abstand zwischen zwei Kostenschätzern bei 500 Euro liegen soll, erscheinen vor dem Hintergrund ansonsten möglicher komplexitätssteigernder Anpassungen des Klassifikationsmodelles ohne faktische Zuweisungsrelevanz sinnvoll. Jedoch sollte auch hier der konkrete Grenzwert begründet werden. Ferner ist klarzustellen, unter welchen Mindestvoraussetzungen die Einführung von Alterssplits möglich sein sollte. Die Aussage des BVA, bei „überwiegender“ Erfüllung der genannten Kriterien sei die Einführung eines Alterssplits möglich, reicht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

nicht aus. Die Einführung eines Alterssplits muss u. E. grundsätzlich in allen Fällen medizinisch begründbar sein. Dieses trifft auf die bestehenden Alterssplits des Klassifikationsmodelles zu. Eine generelle Überprüfung aller Morbiditätsgruppen auf Grundlage der vom BVA vorgestellten Methodik wird vom GKV-Spitzenverband daher abgelehnt.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass eine Vergrößerung der Komplexität des Klassifikationsmodells mit einer signifikanten Verbesserung der Zielgenauigkeit einhergehen muss. Beobachtete, lediglich marginale Verbesserungen der Gütemaße in Zusammenhang mit der Einführung von Alterssplits entstehen auch durch die Erhöhung der Zahl erklärender Variablen im Regressionsmodell. Die im aktuellen Festlegungsentwurf vorgeschlagene Erhöhung der Anzahl der HMGs um 32 und die der Hierarchiebeziehungen um 131 führt nicht zu einer entsprechenden Verbesserung der Zielgenauigkeit, kann jedoch die Gefahr partieller IST-Kostenausgleiche in selten besetzten HMGs mit sich bringen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten aus Gründen der Modellstabilität insbesondere auch Analysen zu möglichen Zusammenlegungen von Morbiditätsgruppen durchgeführt werden, wenn entsprechende ökonomische Kriterien innerhalb einer Hierarchie, wie z.B. sehr geringe Abstände einzelner Schätzer, dies nahelegen.

Isolierte Prüfung der Anpassungen

Auch wenn aufgrund der Vielzahl vorgeschlagener und vom BVA geprüfter Anpassungen des Klassifikationsmodelles auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine individuelle Analyse aller möglichen Wechselwirkungen als nicht realisierbar betrachtet werden kann, erscheint es uns doch erforderlich, sachlogisch wahrscheinliche bzw. mögliche Wechselwirkungen einzelner Änderungen zu prüfen.

III. Anpassung der Aufgreifkriterien

Die Art und Weise der Berücksichtigung von Arzneimitteln wird im vorliegenden Festlegungsentwurf nicht grundsätzlich geändert. Lediglich in der Hierarchie 4 Metabolische Erkrankungen und Hierarchie 8 Hämatologische Erkrankungen erfolgt ein Übergang von Verordnungsquartalen auf Behandlungstage (siehe hierzu unsere Anmerkungen unter IV.).

Bezüglich der Bildung unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen zur Schweregraddifferenzierung verweist das BVA auf einen vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen vertieften fachlichen Austausch mit dem GKV-Spitzenverband. Dieser wird von uns grundsätzlich begrüßt. Jedoch ist festzustellen, dass GKV-intern derzeit der entsprechende Abstimmungsprozess zu dieser Thematik noch nicht abgeschlossen ist.

IV. Anpassung des Klassifikationsmodells

Hierarchie 2b: Neubildungen der soliden Tumore

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens hat der GKV-Spitzenverband angeregt, die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung für die HMG 268 bis 280 zu überprüfen. Der Vorschlag wurde im Rahmen des Anpassungsprozesses für das Klassifikationsmodell 2014 nicht überprüft, eine Begründung hierfür fehlt.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass der Vorschlag aus zeitlichen Gründen nicht überprüft werden konnte und eine Untersuchung des Vorschlags im nächsten Anpassungszyklus erfolgen wird.

Hierarchie 4: Metabolische Erkrankungen

Das BVA hat die Ausgestaltung der Hierarchie Metabolische Erkrankungen umfangreich geprüft. Die für die DXG 826 *Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT* bzw. DXG 827 *Sphingolipidosen mit ERT/SRT* vorgeschlagene Umstellung bei der Berechnung der Mindestmenge an berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen von Verordnungsquartalen zu Behandlungstagen wird in der vorgeschlagenen Form abgelehnt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die bisher gewählte Mindestgrenze des Sonderfalls 1 von 183 Behandlungstagen bei Erwachsenen und 92 Behandlungstagen bei Kindern zur Selektion Ver-

sicherter mit einer Dauertherapie gut begründet und hat sich bewährt. Ein Abweichen hiervon sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nur in Einzelfällen erfolgen und muss medizinisch begründbar sein. Gibt es wie bei einer Enzyersatztherapie gewichtige Gründe, von der bisher regelhaft festgelegten Menge von 183/92 an Behandlungstagen bei der Arzneimitteldifferenzierung abzuweichen, so sollte die Festlegung einer alternativen Mindestgrenze unter Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte wie Dosierungsempfehlungen erfolgen, die empirisch zu überprüfen und ggf. anzupassen sind.

Im ersten Untersuchungsschritt findet für die DXG 826 *Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT* bzw. DXG 827 *Sphingolipidosen mit ERT/SRT* eine Umstellung auf die standardmäßig im Sonderfall I festgelegten Mindestmengen von 183 /92 BT statt. Als Ergebnis wird die Anzahl der selektierten Versicherten der HMG 202 *Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT* bei nur leicht steigendem Schätzer deutlich verringert. Versicherte mit hohen Folgekosten werden der niedriger bewerteten HMG 286 *Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose, Typ II* zugeordnet, deren Kostenschätzer sich mehr als verdoppelt. Das BVA kommt zu dem Schluss, dass die bisher standardmäßig festgelegte Grenze von 183/92 BT im Falle einer Therapie mit SRT/ERT zu hoch und damit ungeeignet erscheint.

Die Prüfung der Absenkung der bisher standardmäßig festgelegten Mindestmenge an Behandlungstagen bzw. die Betrachtung einer Gruppe mit weniger BT in einem weiteren Analyseschritt ist vor dem Hintergrund einer gewichtsabhängigen Dosierung dieser Arzneimittelwirkstoffe nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist hingegen die Festlegung von 10/5 BT. Dies ergibt sich weder aus der in Abbildung 9 dargestellten Verteilung der Behandlungstage noch ist sie medizinisch begründbar, da es sich bei der Behandlung mit ERT/SRT um eine Dauertherapie chronischer Erkrankungen und nicht um die Therapie eines akuten Krankheitsgeschehens handelt. Des Weiteren werden die Ergebnisse des zweiten Analyseschrittes (Modell MI2.) nicht hinterfragt: Aufgrund der immensen Kosten einer ERT/SRT wäre zu erwarten gewesen, dass sich die Kostenschätzer der beiden Gruppen HMG 202 *ERT/SRT Dauermedikation* und HMG024 *ERT/SRT Bedarfsmedikation* deutlicher voneinander unterscheiden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes lässt sich der vergleichsweise geringe Unterschied zwischen den beiden Gruppen damit erklären, dass der größte Teil der Versicherten die Grenze von 183/92 BT nur knapp verfehlt. Statt einer inhaltlichen Bewertung der Ergebnisse des Modells MI2. wird mit der Feststellung, dass sich die Kostenschätzer nur geringfügig unterscheiden, die Zusammenlegung der beiden Morbiditätsgruppen in einem dritten Analyseschritt (MI3.) geprüft sowie die Mindestmenge an BT auf 10/5 festgelegt. Aufgrund der Modellkennzahlen wird im Ergebnis vorge-

schlagen, das Modell MI3. umzusetzen. Eine Bewertung der Auswirkung der vorgeschlagenen Änderung auf die Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells wird nicht vorgenommen.

Aufgrund der zu niedrig festgelegten Mindestmenge an berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen von 10/5 BT lehnt der GKV-Spitzenverband die für die DXG 826 bzw. 827 vorgeschlagene Umstellung von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage ab. Wie oben bereits ausgeführt, sollte die Festlegung einer alternativen Mindestgrenze unter Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte wie Dosierungsempfehlungen erfolgen, die empirisch zu überprüfen und ggf. anzupassen sind. Zudem fehlt eine Bewertung hinsichtlich möglicher Fehlanreize, die u. E. bei einer Festlegung von 10/5 BT gegeben sind. Der GKV-SV schlägt daher vor, die Umstellung mit einer unter medizinischen Gesichtspunkten festgelegten Mindestmenge an Behandlungstagen erneut empirisch zu überprüfen.

Redaktionelle Hinweise: Es werden in der Darstellung zur Umstellung von Ordnungsquartalen auf Behandlungstage für die DXG 826 *Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen und Mukopolysaccharidosen mit ERT/SRT* bzw. DXG 827 *Sphingolipidosen mit ERT/SRT* ausschließlich 10 zu erreichende Behandlungstage beschrieben. Da im Entwurf der Festlegung für diese beiden Diagnosegruppen jedoch für Kinder 5 Behandlungstage definiert sind, ist anzunehmen, dass diese Unterscheidung auch bei den Berechnungen getroffen wurde. Dies ist klarzustellen und entsprechend zu dokumentieren.

Weiterhin wurde die Umbenennung der HMG202 in *Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT* in der Anlage 1 nicht durchgeführt.

Hierarchie 8: Hämatologische Erkrankungen

Ausgestaltung der Schweregraddifferenzierung für die Hämophilie mit Dauermedikation

Zur Vereinheitlichung der Sonderfälle bei der Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln wird für die der HMG 035 *Hämophilie mit Dauermedikation* zugeordneten Diagnosegruppen eine Überführung des Sonderfalls II (Differenzierung über Ordnungsquartale) in Sonderfall I (Differenzierung über 183/92 Behandlungstage) überprüft. Gleichzeitig wird die Einführung einer zusätzlichen HMG für Hämophilie mit Bedarfsmedikation vorgeschlagen. Eine Bewertung, ob sich die Einführung einer HMG *Hämophilie mit Bedarfsmedikation* mit 10/5 Behandlungstagen an berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen negativ auf die Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells auswirkt, wird nicht vorgenommen.

Im ersten Untersuchungsschritt wird zunächst die Umstellung von Sonderfall II hin zu Sonderfall I geprüft. Im Ergebnis steigt der Kostenschätzer der HMG 35 *Hämophilie mit Dauermedikation* zwar deutlich an, gleichzeitig werden aber Versicherte mit recht hohen Folgekosten nicht mehr erfasst und den entsprechenden DXG/HMG ohne Dauermedikation zugeordnet. Hierdurch verschlechtert sich das Modell deutlich.

Die standardmäßig festgelegte Anzahl von 183/92 Behandlungstagen scheint wie bereits bei der Umstellung in der Hierarchie 4 *Metabolische Erkrankungen* das Versorgungsgeschehen nicht adäquat abzubilden. Als Begründung wird angeführt, dass in Abhängigkeit von der Form der Hämophilie eine Bedarfs- oder Dauermedikation mit Gerinnungsfaktoren zur Behandlung angezeigt ist, diese Versorgungsrealität jedoch nicht abgebildet wird. Daher wird im Anschluss die Einführung einer zusätzlichen HMG *Hämophilie mit Bedarfsmedikation* geprüft und hierfür die Mindestmenge von 10/5 Behandlungstagen berücksichtigungsfähiger Arzneimittelwirkstoffe als Aufgreifkriterium festgelegt.

Die Festlegung von 10/5 BT für Hämophilie mit Bedarfsmedikation erfolgt ebenfalls mit dem Hinweis, dass keine zusätzlichen Sonderfälle geschaffen werden sollen. Dieses Argument ist aus unserer Sicht in diesem Fall nicht sachgerecht, vielmehr muss eine Festlegung von Behandlungstagen unter medizinischen Gesichtspunkten erfolgen. Die Abgrenzung einer Hämophilie mit Dauermedikation bzw. Bedarfsmedikation nach Behandlungstagen ist aufgrund der gewichtsabhängigen Dosierung der Gerinnungsfaktoren jedoch nicht möglich. Dennoch ist es nachvollziehbar, dass eine abgestufte Abbildung der *Hämophilie mit Gerinnungsfaktoren* nach Behandlungstagen zu einer Verbesserung des Modells führt.

Bei der Erklärung der Ergebnisse des ersten Analyseschrittes (Modell MI1a) sind nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes zwei weitere Punkte zu berücksichtigen, die diese Ergebnisse erklären und u. E. zwingend bei der Festlegung von Behandlungstagen berücksichtigt werden müssen: Zum einen werden Hämophilieprodukte in Abhängigkeit vom Körpergewicht dosiert, d. h., wie bei der Therapie der *Gangliosidosen/Sphingolipidosen mit ERT/SRT* scheint die Grenze von 183/92 BT aufgrund der DDD-Systematik nicht zu passen. Zum anderen werden zur Behandlung der Hämophilie A auch Präparate eingesetzt, die neben dem Gerinnungsfaktor VIII einen geringen Anteil an von-Willebrand-Faktor enthalten und damit richtigerweise dem ATC-Code B02BD06 zugeordnet sind. Aufgrund der von der WHO festgelegten und angewendeten Berechnungssystematik bei Kombinationspräparaten weisen diese Produkte bei gleicher Menge an Gerinnungsfaktor VIII einen deutlich geringeren DDD-Wert auf. Diese Produkte sind jedoch teilweise ausschließlich zur Be-

handlung von hederetärem Faktor VIII-Mangel zugelassen. Dies hat zur Folge, dass ein Versicherter, der bei gleicher Menge an Faktor-VIII mit einem Arzneimittel aus der ATC-Gruppe B02BD06 behandelt wird, eine größere Anzahl an Packungen benötigt um eine festgelegte Mindestgrenze an Behandlungstagen zu erreichen als ein an Hämophilie Erkrankter, dessen Therapie mit einem Arzneimittel aus der Gruppe B02BD02 erfolgt.

Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die vorgeschlagenen Mindestmengen von 183/92 bzw. 10/5 Behandlungstagen zu überprüfen. Analog der Darstellung zur Hierarchie 04 *Metabolische Erkrankungen* ist es u. E. notwendig, von der bisher für die Dauermedikation festgelegten Grenze von 183/92 Behandlungstagen abzuweichen. Die Festlegung einer alternativen Mindestgrenze sollte unter Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte wie z. B. Dosierungsempfehlungen erfolgen, die empirisch zu überprüfen und ggf. anzupassen sind.

Sollte sich im Rahmen der Untersuchungen zur Festlegung einer alternativen Menge an Behandlungstagen ergeben, dass eine nach Behandlungstagen abgestufte Abbildung im Bereich der Gerinnungsstörungen zielführend ist, so sollten bei der Entscheidungsfindung neben den empirischen Erkenntnissen Aspekte der Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells berücksichtigt werden.

Ausschluss von Frauen aus der DxG/HMG Hämophilie mit Bedarfsmedikation

Im Zuge der Analysen zur Einführung einer Morbiditätsgruppe Hämophilie mit Bedarfsmedikation wird für diese Gruppe zunächst das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, akut-rezidiv“ festgelegt. Bisher diente dieses Aufgreifkriterium der Verifizierung ambulanter Diagnosedaten mit Arzneimitteln und nicht zur Schweregraddifferenzierung. Kinder von unter 12 Jahren sind von dieser Prüfung ausgenommen und müssen für eine Gruppierung alternativ zwei Diagnosen der Krankheit aus unterschiedlichen Quartalen aufweisen. Die Anwendung dieses Aufgreifkriteriums ist u. E. jedoch nicht geeignet, um eine Analyse zur Anpassung einer Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln durchzuführen. Hierbei geht es ja gerade auch für Kinder um eine Differenzierung über eine entsprechende Arzneimitteltherapie. Zudem sind die sich durch den Ausschluss der Frauen zeigenden Modellverbesserungen nicht auf einen geschlechtsspezifischen Effekt zurückzuführen, sondern vielmehr mit dem Ausschluss von M2Q-Diagnosen zu erklären. Die Verringerung der Anzahl an Versicherten von Modell M1b zu Modell M1c (AM obligat, akut-rezidiv, nur Männer) ist vergleichbar mit dem Verlust an männlichen M2Q-Diagnosen mit der Umstellung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat, akut-rezidiv“. Es ist jedoch zu erwarten, dass auch Frau-

en mit Bedarfsmedikation vergleichbare Folgekosten aufweisen wie Männer und sich das Modell mit der Zulassung von Frauen zur DXG 236 bzw. HMG 36 *Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)* weiter deutlich verbessert, da diese im vorgeschlagenen Modell ungerechtfertigter Weise der HMG 046 *Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen), Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen* zugeordnet werden.

Der Ausschluss von Frauen aus der HMG 036 *Hämophilie mit Bedarfsmedikation* ist aus unserer Sicht dem gewählten Anpassungsprozess geschuldet und lässt sich ebenso wie eine entsprechende Begrenzung der HMG 036 *Hämophilie mit Bedarfsmedikation (Männer)* nicht begründen.

Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung beim Willebrand-Jürgens-Syndrom

Die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung beim Willebrand-Jürgens-Syndrom (WJS) wird begrüßt. Im Zuge der Überarbeitung wurde jedoch nicht untersucht, ob Versicherte mit WJS ohne Dauer- bzw. Bedarfsmedikation aufgrund ihrer geschätzten Folgekosten weiterhin der HMG 046 zugeordnet werden sollten. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachzuholen.

Die unterschiedliche ATC-Abgrenzung der Gruppen mit WJS nach Dauer- und Bedarfsmedikation hinsichtlich der Arzneimittelwirkstoffe Desmopressin wird nicht näher erläutert. Desmopressin wird ausschließlich im Rahmen eines operativen Eingriffs zur kurzfristigen Erhöhung der Gerinnungsfaktoren eingesetzt. Dies ist vermutlich der Grund dafür, warum Desmopressin ausschließlich der DXG 238 *WJS mit Bedarfsmedikation* zugeordnet wurde.

Wie oben bereits ausgeführt ist eine Unterscheidung von Bedarfs- bzw. Dauermedikationen auf Basis von Behandlungstagen nicht möglich und damit u. E. die alleinige Zuordnung von Desmopressin zur DXG 238 *WJS mit Bedarfsmedikation* nicht schlüssig.

Vor diesem Hintergrund sollte die Zuordnung von Desmopressin zur DXG 237/238 *WJS mit Dauer bzw. Bedarfsmedikation* überdacht werden.

Überprüfung der Zuordnung des ICD-Codes D68.31 *Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII*

Der ICD-Kode D68.31 *Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII* wird bei fehlender Dauer- oder Bedarfsmedikation der DXG 232 *Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen* zugeordnet. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, die Zuordnung des ICD-Codes D68.31 analog der anderen Hämophilie-Diagnosen D66,- bzw. D67,- vorzunehmen und ihn neben den Diagnosegruppen Hämophilie mit Dauer- bzw. Bedarfsmedikation den DXG 815 *Hämophilie ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation (Männer)* bzw. der DXG 816 *Hämophilie ohne Dauermedikation (Frauen)* zuzuordnen.

Redaktionelle Hinweise:

- In Tabelle 63 ist die neu geschaffene DXG 237 *Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation 183/92 BT* nicht aufgeführt.
- In Tabelle 64 fehlt die DXG 233 *Sekundäre Thrombozytopenien, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren*, weshalb die vorgeschlagenen Änderungen nicht anhand der Ergebnisse nachzuvollziehen sind.
- In Tabelle 68 wird für Modell M2g eine im Vergleich zu Modell M2f um 3.608 Versicherte geringere Zuordnung zur HMG 046 angegeben. Den in diesem Modell neu eingeführten DxG 240 und 241 werden jedoch lediglich 22 bzw. 102 Versicherte zugeordnet. Versicherte, die nicht die zur Zuordnung in diese beiden DXG erforderliche Menge an Arzneimittelverordnungen aufweisen, müssten bei einer Schweregraddifferenzierung jedoch weiterhin der HMG 46 zugeordnet werden.

Hierarchie 16: Herzerkrankungen

Einführung einer Arzneimittelvalidierung für die DXG 392 *Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie*

Auf den ersten Blick scheint eine Arzneimittelvalidierung der Paroxysmalen ventrikulären Tachykardie medizinisch vertretbar. Nicht ausreichend berücksichtigt hat das BVA bei der Festlegung des Aufgreifkriteriums jedoch den Sachverhalt, dass die Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie in vielen Fällen mit einer Implantation eines kardialen Defibrillators behandelt wird. Eine Arzneimitteltherapie mit Antiarrhythmika ist dann nicht mehr in jedem Fall notwendig.

Durch die Einführung einer obligaten Arzneimittelvalidierung würden die Diagnosen von Versicherten mit einem implantierten kardialen Defibrillator wegen der fehlenden Arzneimitteltherapie nicht mehr zur Gruppierung zugelassen. Die Festlegung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat“ diene bisher ausschließlich der Verifizierung ambulanter Diagnosedaten und sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wie bisher nur dann getroffen werden, wenn eine Arzneimitteltherapie für alle Versicherten mit einer entsprechenden Krankheit alternativlos und zwingend

notwendig ist. Wird mit der vorgeschlagenen Regelung jedoch eine Kostendifferenzierung bzw. die Selektion klinisch relevanter Fälle beabsichtigt, so müssen die dafür zur Verfügung stehenden Aufgreifkriterien verwendet werden.

Vor diesem Hintergrund wird die Festlegung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat“ für die DXG 392 *Paroxysmalen ventrikuläre Tachykardie* abgelehnt.

Verschiebung von ICD-Codes aus der Hierarchie 24 medizinische Komplikationen in die Hierarchie 16 Herz

Die vorgenommenen Änderungen aufgrund notwendiger Anpassungen in Folge der Krankheitsauswahl 2014 bzw. neuer ICD-Codes der Version 2013 und die Anpassungen zur Beseitigung der Hierarchieverletzung sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar.

Kritisch sehen wir jedoch Anpassungen in der Hierarchie, die sich durch die Verschiebung von ICD-Codes aus der Hierarchie 24 *Medizinische Komplikationen* ergeben. Die Bewertung der einzelnen Analyseschritte erfolgt ausschließlich unter empirischen Gesichtspunkten. Eine Bewertung unter medizinisch-inhaltlichen Gesichtspunkten fehlt an vielen Stellen ebenso wie eine Bewertung möglicher negativer Auswirkungen auf die Kodierpraxis.

Bei der Ausgestaltung der Hierarchie wurde nicht beachtet, dass unspezifische ICD-Codes nicht zu höheren Zuschlägen führen sollten als spezifische. So führt der unspezifische ICD-Code T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen* in die gleichnamige DXG/HMG mit einem Kostenschätzer von 5.674 €, während der spezifische ICD-Code T82.2 *Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate* in die HMG 91 führt, deren Regressionsgewicht im Vergleich nur 261 € beträgt. Das Gleiche gilt für den ICD-Code T82.7 *Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen* und dem spezifischen Diagnoseschlüssel T82.6 *Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese*. In diesem Fall beträgt der Unterschied in den Kostengewichten 8.166 €.

Weiterhin ist u. E. die Einrichtung von DXGs/HMGs, die nur einen ICD-Code enthalten, problematisch. Dies betrifft die neuen DXG 989/HMG 320 *Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen* sowie die DXG 987/HMG 318 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen*. Beide Gruppen umfassen lediglich einen ICD-Viersteller. Nicht beachtet wurde der medizinische Zusammenhang zwischen der neuen HMG 320 bzw. HMG 318 zum linken Hierar-

chiestrang, die u. a. die angeborenen Herzfehler und erworbenen Erkrankungen der Herzklappen umfasst.

Wie zu vermuten war, gestaltet sich die organbezogene Verschiebung von ICD–Codes der Hierarchie medizinische Komplikationen als komplex, eine Zuordnung zu bereits existierenden DXG/HMG ist vielfach nicht möglich. Dies zeigen die auftretenden Schwierigkeiten im Falle der neu der Hierarchie Herz zugeordneten ICD–Codes aus der Gruppe T82.–.

Vor diesem Hintergrund lehnt der GKV–Spitzenverband die Verschiebung der ICD–Codes T82.– in die Hierarchie 16 *Herz* ab. Die ICD–Codes aus der Gruppe T82.– sind weiterhin in der Hierarchie 24 *Medizinische Komplikationen* zu belassen.

Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge

In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf des BVA werden die Analysen zu Alterssplits der Erkrankungen *Mukoviszidose* und *Bronchiektasen* ausführlich dargelegt. Danach werden vom BVA für die untersuchten Modelle „2“ (Mukoviszidose mit Alterssplit bei 11/12 u. 44/45 Jahren) bzw. „br2“ (Bronchiektasen mit Alterssplit bei 44/45 Jahren) „deutliche“ Verbesserungen der statistischen Gütemaße festgestellt. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes stellt eine Veränderung des R2–Wertes um 0,0031%, des CPM um 0,0014% und des MAPE um –0,03€ (Modell 2 Mukoviszidose) allenfalls eine als marginal zu bezeichnende Veränderung dar, die zudem faktisch nicht verteilungsrelevant für das MRSA–Verfahren sein dürfte. Gleiches gilt für die Ergebnisse der untersuchten altersdifferenzierten Modelle der Erkrankungen *Bronchiektasen*. Eine abschließende Betrachtung der Auswirkungen der Änderungen hinsichtlich der Deckungsquoten erfolgt nicht. Die vorgefundenen Unterdeckungen können im Falle der Bronchiektasen auch durch eine Komorbidität mit Mukoviszidose bzw. COPD erklärt werden. Zudem ist für Mukoviszidose davon auszugehen, dass die derzeit gewählten Aufgreifkriterien zu einer Unterdeckung in jüngeren Jahren verantwortlich sein könnten. Insofern sollte für die Erkrankung Mukoviszidose vielmehr untersucht werden, ob die Berücksichtigung unterschiedlicher Behandlungsaufwände zu schlüssigeren und eindeutigeren Ergebnisse führt. Bei dem derzeit definierten Aufgreifkriterium der Erkrankung Mukoviszidose „Arzneimittel obligat“ wird für Kinder nur das Kriterium „M2Q“ verlangt; durch Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung Mukoviszidose mit/ohne Dauermedikation unabhängig vom Alter könnte ein schlüssigeres Ergebnis erreicht werden.

Aus den oben genannten Gründen wird die vorgeschlagene Altersdifferenzierung von Mukoviszidose bzw. der Bronchiektasen ausdrücklich abgelehnt.

Hierarchie 20: Erkrankungen der Harnwege

Die in der Hierarchie 20 vorgenommenen Anpassungen aufgrund der geänderten Krankheitsauswahl sind in Gänze nachvollziehbar. Kritisch gesehen werden müssen jedoch die vorgeschlagenen Änderungen, die sich durch die Verschiebung von ICD-Codes aus der Hierarchie 24 Medizinische Komplikationen ergeben. Wie bereits in unseren Anmerkungen zur Hierarchie 16 *Herz* ausgeführt, gestaltet sich die organbezogene Eingliederung von ICD-Codes der medizinischen Komplikationen schwierig. Dies führt zur Einführung von Morbiditätsgruppen, die nur einen ICD-Code umfassen und ist daher abzulehnen. Hiervon betroffen sind HMG 139 sowie die HMG 143 mit vergleichsweise unspezifischen ICD-Codes.

Die vom BVA in Tabelle 119 dargestellte organbezogene Aufteilung der ICD-Codes ist nicht alternativlos. Wählt man zur Zusammenfassung der Komplikationen die für die Erkrankung notwendige Behandlung als Zuordnungskriterium, ist es durchaus sinnvoll, die Infektionen und mechanischen Komplikationen getrennt voneinander zu betrachten.

Weiterhin wird die Einbeziehung der neurogenen Blase in den neuen Hierarchiestrang der medizinischen Komplikationen des Harntraktes nicht näher begründet. Ausschlaggebend ist allein die Modell-Stringenz, ein Kriterium, das nicht näher erläutert wird. Medizinisch ist die Einbeziehung der neurogenen Blase in den rechten Hierarchiestrang der medizinischen Komplikationen des Harntraktes nicht begründbar. Eine neurogene Blase ist Folge einer Schädigung des Nervensystems, weshalb die Einbeziehung von Erkrankungen der entsprechenden Hierarchie 13 hier zu überlegen wäre. Der fehlende medizinische Zusammenhang zu den medizinischen Komplikationen des Harntraktes wird durch die Aussage des BVA verdeutlicht, dass es nahezu keine Überschneidungen zwischen den medizinischen Komplikationen und der neurogenen Blase gibt. Obwohl sich das Modell geringfügig verschlechtert, wird dennoch eine Dominanzbeziehung zwischen den HMG der medizinischen Komplikationen des Harntraktes und der HMG 133 *Neurogene Blase* eingeführt.

Zudem ist die Ausgestaltung der Hierarchie 20 hinsichtlich einer fehlenden Dominanzbeziehung zwischen der HMG 132 zur HMG 137 unbefriedigend, da sie die Gefahr von Hierarchieverletzungen birgt. Gleichmaßen ist es nicht zielführend, von vornherein eine HMG mit einem negativen Kostenschätzer (HMG 139) einzuführen.

Die Eingliederung der ICD-Codes aus der Hierarchie 24 *Medizinische Komplikationen* lässt sich aus unserer Sicht nicht befriedigend lösen. Sie führt in der vorgeschlagenen Anpassung zu Morbiditätsgruppen mit nur einem ICD-Viersteller, dem Risiko von Hierarchieverletzungen und negativen Kostenschätzern. Vor diesem Hintergrund sollten die ICD-Codes der medizinischen Kompli-

kationen in der Hierarchie 24 *Medizinische Komplikationen* verbleiben. Sollte das BVA dennoch an seinem Ziel festhalten, die ICD-Codes der medizinischen Komplikationen der Hierarchie zuzuordnen, sollte analog der Eingliederung medizinischer Komplikationscodes in die Hierarchie 7 *Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems* alternativ die Einführung einer HMG mit den ICD-Codes der mechanischen Komplikationen sowie einer HMG mit den ICD-Codes der Infektionen nach medizinischen Maßnahmen geprüft werden.

Zudem kann die Einführung einer Dominanzbeziehung zwischen den Morbiditätsgruppen der medizinischen Komplikationen des Harntraktes (HMG 144 bzw. 143) und der HMG 133 *Neurogene Blase* aus den oben genannten Gründen nicht nachvollzogen werden und wird abgelehnt.

Hierarchie 24 Medizinische Komplikationen

Aus der Hierarchie 24 *Medizinische Komplikationen* wurden eine Reihe von ICD-Codes organbezogen in die entsprechenden Hierarchien verschoben. Der Prozess konnte aus Zeitgründen jedoch noch nicht abgeschlossen werden. Demnach ist zu erwarten, dass im Anpassungsprozess für das Ausgleichsjahr 2015 für weitere ICD-Codes eine organbezogene Verschiebung überprüft wird.

Aufgrund der sich in diesem Anpassungszyklus gezeigten Schwierigkeiten bei einer solchen Verschiebung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Notwendigkeit einer Verschiebung generell zu überprüfen.

V. Änderungen am Berechnungsverfahren

Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Das Bundesversicherungsamt definiert die sogenannten „nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben“ als Ausgaben, die aufgrund der nicht versichertenbezogenen Erfassung im Rahmen der Datenmeldungen nach § 30 RSAV nicht gemeldet werden können und daher nicht im Rahmen des MRSA-Regressionsverfahrens Verwendung finden.

Mit Vorliegen der Vollerhebung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im MRSA-Verfahren hat das BVA nunmehr eine entsprechende Analyse der „nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben“ auf Grundlage der bereits im Anhörungsverfahren zu den Festlegungen des Ausgleichsjahres 2012 vorgestellten Methodik durchgeführt. Hierbei wurde untersucht, inwieweit sich die Zielgenauigkeit der jeweiligen Zuweisungen verändert, wenn diese pauschal anhand von Versichertentagen oder aber entsprechend den standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld erfolgen. Als Maß der Zielgenauigkeit dienen die quadrierten Abweichungen zwischen den entsprechenden Zuweisungen und Ausgaben.

Untersucht wurden die Konten bzw. Kontenarten

- KA 407 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467),
- KA 467 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467),
- KA 482 Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht,
- KA 513 Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (nur Zuschuss),
- KA 514 Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (ohne Zuschuss),
- Kto 5155 Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 a SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20b SGB V,
- Kto 5186–5188 Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 3 SGB V – Regelleistungen – Arzneimittel – Impfstoffe,
- KA 527 Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 63b SGB V)
- KA 590 Medizinischer Dienst und

- Kto 5160–5162 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe).

Auf Basis seiner Analysen kommt das BVA zu dem Ergebnis, dass für die Leistungsausgaben der Kontenarten KA 407, 513, 527 bzw. Konten 5186–5188 eine Zuweisung je Versichertentag eindeutig zielgenauer ist. Gleichermäßen führt es aus, dass entsprechende Zuweisungen für die Kontenarten 467 und 514 sowie die Konten 5155 und 5160–5162 eindeutig adäquater über die Hochrechnung der Leistungsausgaben ohne Krankengeld erfolgen sollten. Die Zuweisungen für die Kontenarten 482 und 590 sollen trotz nicht eindeutiger empirischer Ergebnisse über alle drei betrachteten Ausgleichsjahre weiterhin je Versichertentag erfolgen.

Das BVA fokussiert in seinen Analysen ausschließlich die Verbesserung der Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens.

Das zur Prüfung der Zuordnung der ausgewählten Konten/Kontenarten in den Bereich der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben verwendete Untersuchungsverfahren kann nicht überzeugen. Letztlich zeigt die Betrachtung der Zielgenauigkeit der alternativen Zuweisungsverfahren über drei Ausgleichsjahre, dass einerseits nicht in allen Fällen das gleiche Verfahren für jedes Ausgleichsjahr präferiert werden kann und andererseits auch die eindeutige Zuordnung über alle drei betrachteten Ausgleichsjahre zu einem Verfahren aufgrund teilweise relativ geringer Abweichungen nicht belastbar ist. Schließlich kann auch das Argument, dass die dargelegten Ergebnisse lediglich Ausdruck von Scheinkorrelationen sind, nicht widerlegt werden. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 06. September 2011.

Uns ist jedoch kein empirisches Verfahren bekannt, dass alternativ zu dem vom BVA durchgeführten empfohlen werden könnte. Damit bleibt u. E. nur die Schlussfolgerung, formalen Kriterien der Entscheidungsfindung für die Zuordnung zu den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben Vorrang einzuräumen. Hierbei kann es sich sachlogisch nur um

- a) eine überwiegend nicht-versichertenbezogene Erfassung der Leistungsausgaben und
- b) um einen fehlenden Zusammenhang zwischen Morbiditätslast der Krankenkassen und den betroffenen Leistungsausgaben handeln.

Nur wenn beide Kriterien vollständig erfüllt werden, ist die Zuordnung der entsprechenden Konten/ Kontenarten in den Bereich der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben sinnvoll. Anderenfalls ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Leistungsausgaben durch das Berechnungs- bzw. Regressionsverfahren adäquat Berücksichtigung finden.

Wir betrachten beide Kriterien als erfüllt für folgende Konten/ Kontenarten:

KA 407 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467) und KA 467 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 407):

Mit Erlass vom 13.01.2013 wurden die Kontenarten 407 und 467 in der Kontenart 528 „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG“ zusammengefasst. Die Konten 5280 bis 5282 tragen die Bezeichnung „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG – ambulanter Bereich“, die Konten 5283 bis 5285 die Bezeichnung „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG – stationärer Bereich“. Der Versichertenbezug ist nicht gegeben. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligen sich an den Ausgaben der Arztpraxen und Krankenhäuser für die Weiterbildungsstellen zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Für diese Ausgaben kann kein Versichertenbezug hergestellt werden. Allein weil im Kontenrahmen die Aufteilung der Ausgaben nach Mitglieder/Familienversicherte/Rentner gefordert wird, werden die Ausgaben hilfsweise nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personenkreise verteilt.

KA 513 Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (nur Zuschuss) und KA 514 Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (ohne Zuschuss):

Die Förderung erfolgt als pauschaler Zuschuss oder als Projektförderung. Ein Versichertenbezug kann nicht hergestellt werden. Die Ausgaben werden ebenfalls nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personenkreise verteilt.

Kto 5155 Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 a SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20b SGB V:

Ein Versichertenbezug kann nicht hergestellt werden. Die Ausgaben werden nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die entsprechenden Personenkreise verteilt.

KA 482 Umlage bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht:

Die Kosten für Sachleistungen, die deutsche Krankenkassen nach zwischenstaatlichem Recht an im Ausland versicherte Personen zu gewähren haben, werden in der Regel vom ausländischen Kostenträger erstattet. Es kann aber auch zwischen den Staaten Erstattungsverzicht vereinbart werden. Die dadurch den Kassen entstehenden Ausgaben werden per Umlage auf

alle Kassen verteilt. Durch diesen Kostenausgleich soll erreicht werden, dass die aushelfenden Kassen nicht unverhältnismäßig hoch belastet werden.

KA 590 Medizinischer Dienst

Unter der Kontenart 590 wird ausschließlich die Umlage zur Finanzierung des medizinischen Dienstes gebucht (Umlagefinanzierung nach Anzahl der Mitglieder). Die Ausgaben werden nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personenkreise verteilt.

Konten 5160–5162 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

Hier wird die Umlage für die Landesarbeitsgemeinschaften Zahngesundheit gebucht. Die Umlage wird nach Mitgliedern erhoben. Die Ausgaben werden nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personenkreise verteilt.

Konten 5186–5188 Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 3 SGB V – Regelleistungen – Arzneimittel – Impfstoffe:

Auf diesen Konten wird die Umlage der Sprechstundenbedarfsverordnungen für Impfstoffe gebucht. Die Umlage erfolgt bezogen auf Mitglieder oder Inanspruchnahme. Eine Übersicht der verschiedenen bundesweiten Umlagevereinbarungen liegt nicht vor. Ein direkter Versicherten- und/oder Morbiditätsbezug kann nicht unterstellt werden.

KA 527 Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 63b SGB V)

Unter der Kontenart 527 wird die mitgliederbezogene Umlage zur Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung gebucht. Ein direkter Versicherten- und/oder Morbiditätsbezug kann nicht unterstellt werden.

Aufgrund der Eigenart der o. g. Leistungsausgaben ist davon auszugehen, dass für die auf diesen Konten gebuchten Leistungsausgaben kein direkter Zusammenhang zwischen Höhe der Leistungsausgaben und Morbiditätsstruktur einer Krankenkasse unterstellt werden kann.

Abschließend möchten wir jedoch darauf hinweisen, dass die Definition der sogenannten „nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben“ durch das BVA und das verwendete Zuweisungsverfahren für diese Leistungsausgaben innerhalb der GKV umstritten sind. Insbesondere wird von einem Teil unserer Mitglieds-kassen die Zulässigkeit eines separaten Zuweisungsverfahrens für diesen Teil der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Frage gestellt. Das BVA vertritt

hingegen die Ansicht, da keine (unter-)gesetzliche Regelung zur Standardisierung solcher nicht versichertenbezogen erfassten Ausgaben existiere, sei eine entsprechende Festlegung der Form der Standardisierung auf Grundlage des § 31 Abs. 4 RSAV nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes möglich. Diesbezüglich halten wir es für erforderlich, eine abschließende Klarstellung des Sachverhaltes durch das Bundesministerium für Gesundheit herbeizuführen.

Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

Das Bundesversicherungsamt stellt in seinen Erläuterungen zur Festlegung für das Jahr 2014 hinsichtlich des Umgangs mit unvollständigen Versichertenepisoden dar, dass wie in den Vorjahren unterschiedliche Vorschläge der Kassen und Kassenarten vorliegen. Daraus hätten sich aus Sicht des BVA keine neuen Aspekte bzw. Argumente ergeben.

Allerdings hat sich gegenüber dem Vorjahr eine veränderte Rechtslage insofern ergeben, als das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen am 4. Juli 2013 für das Ausgleichsjahr 2013 entschieden hat, dass das Berechnungsverfahren zu ändern sei. Die Urteile sind jedoch bisher noch nicht rechtskräftig. Ob das BVA Revision einlegen wird, ist offen und wird vermutlich erst nach Vorlage der Urteilsbegründung entschieden werden. Das BVA verweist darauf, dass die Bundesregierung vor diesem Hintergrund unverändert an ihrer bekannten Position festhält. Von daher beabsichtigt das BVA, an der bestehenden Regelung festzuhalten und keine Änderung beim Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden vorzunehmen.

Das BVA verweist zudem darauf, dass der Wissenschaftliche Beirat seine Empfehlung zur Korrektur der unvollständigen Versichertenzeiten am 23.07.2013 wiederholt hat.

Wie im vergangenen Jahr wird der vom Beirat identifizierte Korrekturbedarf vom GKV-Spitzenverband in Übereinstimmung mit der weit überwiegenden Mehrheit seiner Mitglieder anerkannt. Unterschiedliche Auffassungen bestehen allerdings bei unseren Mitgliedern darüber, wie mit diesem Korrekturbedarf umgegangen werden soll. Einerseits wird gefordert, festgestellte Fehler umgehend zu beseitigen, andererseits wird eine Veränderung nur im Gesamtpaket (mit Krankengeldzuweisungen und Auslandsversicherten) als sinnvoll angesehen. Im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 benannte Defizite, die nicht Gegenstand der Festlegungen zum Klassifikationsverfahren 2014 sind, werden hier nicht erneut vorgebracht. Da der Risikostrukturausgleich ein Nullsummenspiel darstellt und damit jede Veränderung Gewinner und Verlierer zur Folge hat, muss sich der GKV-Spitzenverband zu dieser Frage wettbewerbsneutral verhalten.

Angesichts der noch nicht rechtskräftigen Urteile des LSG NRW erscheint es dem GKV-Spitzenverband jedoch notwendig, die Folgen einer Entscheidung für oder gegen eine Veränderung darzustellen.

Legt das BVA keine Revision ein, werden die Urteile rechtskräftig und müssen sofort für das Ausgleichsjahr 2013 sowie die Folgejahre (mit einer Umverteilungswirkung von jährlich rd. 400 bis 450 Mio. Euro) umgesetzt werden. Legt das BVA Revision ein, so müssen die voraussichtlich durch eine Umstellung des Verfahrens belasteten Krankenkassen dies ab dem Jahr 2013 aufgrund des Vorsichtsprinzips im Umfang der prognostizierbaren Veränderung ihrer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (d. h. in der genannten Größenordnung) durch entsprechende Verpflichtungsbuchungen erfolgswirksam berücksichtigen. Aufgrund des Imparitätsprinzips können allerdings die Krankenkassen, die bei Umstellung des Verfahrens für die Ausgaben der Verstorbenen höhere Zuweisungen erwarten dürfen, diese allenfalls quotiert ergebniswirksam bilanzieren. Insofern sehen diese Kassen einen Wettbewerbsnachteil über den Zeitraum des Verfahrensgangs bis zu einer höchstrichterlichen Entscheidung.

Im Ergebnis ergeben die bilanziellen Wirkungen der erstinstanzlichen Entscheidung des LSG NRW, dass jedenfalls für die Jahre ab 2013 eine Kumulation von Belastungen durch rückwirkende Korrekturen und einer damit einhergehenden Überforderung einzelner belasteter Krankenkassen, nun nicht mehr gegeben ist; zugleich gilt damit, dass denkbare risikoselektive Anreize zulasten älterer Versicherter für die Zukunft deutlich reduziert werden.

Eine Kumulation von Belastungen, die sich aus den beklagten Jahresausgleichen 2009 – 2012 ergeben könnten, ist dagegen nicht ausgeschlossen. Hierauf hat das Bundesversicherungsamt aber keinen Einfluss, da es in diesen Fällen allein entscheidend ist, ob die einzelnen klagenden Krankenkassen von ihrem Recht, mögliche Rechtsmittel einzulegen, Gebrauch machen oder nicht.