

Bestimmung des GKV–Spitzenverbandes zur Auswertung der Daten nach § 6 Abs. 7 Coronavirus–Impfverordnung (CoronaImpfV)

Durch die CoronaImpfV vom 11.03.2021 wird der GKV–Spitzenverband beauftragt, eine Zuordnung zwischen den Diagnoseschlüsseln aus der Abrechnung ambulanter und stationärer Leistungen zu den in § 3 Abs. 1 Nr. 2 lit. a bis j und § 4 Abs. 1 Nr. 2 lit. a bis h CoronaImpfV genannten Erkrankungen vorzunehmen. Mit dieser Zuordnung können die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen diejenigen Versicherten ermitteln, für die entsprechende Diagnosen vorliegen und sie darüber informieren, dass aufgrund der vorliegenden Abrechnungsdiagnosen ein möglicher Anspruch auf eine priorisierte Schutzimpfung mit hoher (§ 3 CoronaImpfV) oder erhöhter (§ 4 CoronaImpfV) Priorität vorliegt.

Im Gegensatz zur Coronavirus–Schutzmasken–Verordnung handelt es sich nicht um eine bundesweit einheitlich verpflichtende Aufgabe der Krankenkassen. Die oberste Landesgesundheitsbehörde kann für ihren Zuständigkeitsbereich bestimmen, dass die Information der Krankenkasse als ärztliches Zeugnis über das mögliche Vorliegen einer Erkrankung gilt, die zu einem Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher oder erhöhter Priorität führt. In diesem Fall hat das Informationsschreiben der Krankenkasse eine große Bedeutung für den Anspruch des Versicherten auf eine Schutzimpfung.

Macht die oberste Landesgesundheitsbehörde von dieser Befugnis Gebrauch, teilt sie dies dem Landesverband der Krankenkassen und der Ersatzkassen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unverzüglich mit. In diesem Fall haben die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen in ihrer Information an die Versicherten auf diesen Tatbestand (Information gilt als ärztliches Zeugnis) hinzuweisen.

1. Offene Punkte, die ggf. mit der obersten Landesgesundheitsbehörde geklärt werden sollten:

1. Die Verordnung macht zwar Vorgaben, bis zu welchem Alter der Versicherten die entsprechende Datenselektion durchzuführen ist. Es fehlt aber eine Begrenzung nach unten, so dass bei Auslegung nach dem Wortlaut auch Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Erkrankungen zu informieren wären. Allerdings gibt es für sie derzeit noch keine zugelassenen Impfstoffe. So sind die Impfstoffe der Hersteller Pfizer/Biontech ab dem Alter von 16 Jahren, die von AstraZeneca und Moderna erst ab 18 Jahren zugelassen. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint deshalb eine Information der unter 16–Jährigen wenig sinnvoll. Da für die Organisation der Impfungen das jeweilige Bundesland zuständig ist, empfehlen wir Ihnen

zur Klärung dieser Frage mit der Obersten Gesundheitsbehörde Kontakt aufzunehmen und eine Abstimmung herbeizuführen, sofern diese die Geltung der Information der Krankenkasse als ärztliches Zeugnis nach § 6 Abs. 4 Nr. 3 gemäß § 6 Abs. 7 erklärt hat. In der vom GKV-Spitzenverband erstellten ICD-10-Tabelle sind aufgrund des Wortlauts der Verordnung auch die relevanten Diagnosen für Kindererkrankungen enthalten.

2. Die Verordnung legt fest, bis zu welchem Alter der Versicherten (70 bzw. 60 Jahre) die entsprechende Datenselektion durchzuführen ist. Es fehlt eine eindeutige Stichtagsregelung. Vorstellbar wäre hierfür das Datum des Inkrafttretens der Verordnung oder das aktuelle Datum des geplanten Versands der Information an die Versicherten. Wir haben in unserer Bestimmung letztere Lösung gewählt, ggf. wäre hierüber vor Ort sicherheitshalber Einvernehmen mit der obersten Landesgesundheitsbehörde anzustreben.

2. Bestimmung für das Nähere zur Ermittlung der Versicherten nach § 6 Absatz 7 CoronaimpfV

Für alle Versicherten wird anhand aller für den Zeitraum ab 01.07.2019 verfügbaren ambulanten und stationären Abrechnungsdaten bestimmt, ob sie die Kriterien für die Aufnahme in die Gruppe „hohe Priorität (§ 3 CoronaimpfV)“ oder/und für die Gruppe „erhöhte Priorität (§ 4 CoronaimpfV)“ erfüllen.

2.1 Auswahl der Versicherten unter 70 Jahren gemäß § 3 (hohe Priorität)

Die Auswahl erfolgt auf Basis der als Anlage 2 beigefügten ICD-10-Schlüsselnummern, für die die Spalte *Gruppe* den Wert ‚§ 3‘ oder den Wert ‚Krebs § 3‘ hat. Versicherte, die das 70. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aussendung noch nicht vollendet haben und für die im Auswertungszeitraum ab 01.07.2019 mindestens eines der drei Kriterien erfüllt ist, fallen in die Gruppe „hohe Priorität“ (§ 3 CoronaimpfV):

- Es liegt mindestens eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose mit einer der ICD-10-Schlüsselnummern (Anlage 2) vor, für die die Spalte *Gruppe* den Wert ‚§ 3‘ oder den Wert ‚Krebs § 3‘ hat.
- Es liegt mindestens eine ambulante Diagnose mit Zusatzkennzeichen ‚G‘ oder ‚Z‘ für die Diagnosesicherheit und mit einer der ICD-10-Schlüsselnummern (Anlage 2) vor, für die die Spalte *Gruppe* den Wert ‚§ 3‘ hat.
- Es liegt mindestens eine ambulante Diagnose mit Diagnosesicherheit ‚G‘ und mit einer der ICD-10-Schlüsselnummern (Anlage 2) vor, für die die Spalte *Gruppe* den Wert ‚Krebs § 3‘ hat. (Siehe Hintergrundinformationen unter 3.4.)

2.2 Auswahl der Versicherten unter 60 Jahren gemäß § 4 (erhöhte Priorität)

Die Auswahl erfolgt auf Basis der als Anlage 2 beigefügten ICD-10-Schlüsselnummern, für die die Spalte *Gruppe* den Wert ‚§ 4‘ oder den Wert ‚Krebs § 4‘ hat. Versicherte, die das 60. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aussendung noch nicht vollendet haben und für die im Auswertungszeitraum ab 01.07.2019 mindestens eines der drei Kriterien erfüllt ist, fallen in die Gruppe „erhöhte Priorität“ (§ 4 CoronaimpfV):

- Es liegt mindestens eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose mit einer der ICD-10-Schlüsselnummern (Anlage 2) vor, für die die Spalte *Gruppe* den Wert ‚§ 4‘ hat.
- Es liegt mindestens eine ambulante Diagnose mit Zusatzkennzeichen ‚G‘ oder ‚Z‘ für die Diagnosesicherheit und mit einer der ICD-10-Schlüsselnummern (Anlage 2) vor, für die die Spalte *Gruppe* den Wert ‚§ 4‘ hat.
- Es liegt mindestens eine ambulante Diagnose mit Diagnosesicherheit ‚Z‘ und mit einer der ICD-10-Schlüsselnummern (Anlage 2) vor, für die die Spalte *Gruppe* den Wert ‚Krebs § 4‘ hat. (Siehe Hintergrundinformationen 3.4.)

3. Hintergrundinformationen zum Vorgehen und zu methodischen Limitationen

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass in den Daten der Krankenkassen die Information nicht enthalten ist, ob Versicherte bereits eine Impfung oder einen Impftermin über andere Auswahlmechanismen erhalten haben. Insofern sollte in der Information der Versicherten immer eine Aussage enthalten sein, die klarstellt, dass das Schreiben dann entsprechend als gegenstandslos zu betrachten ist.

Aufgrund einer Reihe von methodischen Problemen ist außerdem die exakte Abbildung des in der Verordnung genannten und durch Erkrankungen definierten Personenkreises nur eingeschränkt möglich. Ziel ist eine zumindest annähernd zielgenaue Auswahl der anspruchsberechtigten Versicherten aus den Datenbeständen.

Nicht alle in der Verordnung genannten Kriterien sind zuverlässig über Diagnoseangaben aus den Abrechnungsdaten zu erfassen. Dies hat zur Folge, dass einerseits über die vorliegenden Daten nicht sämtliche Anspruchsberechtigte identifiziert werden können (Untererfassung), andererseits aber aufgrund der teilweise nur eingeschränkt aussagekräftigen Daten zu den Krankheitsstadien und den Krankheitsverläufen auch Versicherte als anspruchsberechtigt nach den §§ 3, 4 CoronaimpfV identifiziert werden, die nicht unter die Gruppe „hohe“ oder „erhöhte“ Priorität fallen (Übererfassung). Nach den Darlegungen in der Begründung zur CoronaimpfV ist sich der Verordnungsgeber dieser Möglichkeit (Unter- und Übererfassung) aber bewusst gewesen.

In Bezug auf die Datenbestände der gesetzlichen Krankenkassen sind für die Diagnoseauswahl insbesondere folgende konkrete Limitationen zu beachten:

1. Die vollständigen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten liegen bei den Krankenkassen in der Regel erst sechs bis neun Monate nach der Behandlung vor. Weniger groß ist der Zeitverzug für die Diagnosen aus stationären Behandlungen, die in der Regel wenige Wochen nach Krankenhausentlassung auswertbar vorliegen.
2. Die übermittelten Diagnosen enthalten insbesondere im vertragsärztlichen Bereich nur teilweise detaillierte Angaben zu Schweregraden und Krankheitsstadien.
3. Insbesondere im vertragsärztlichen Bereich enthalten die Abrechnungsdiagnosen auch Diagnoseangaben, die nicht zwingend auf einen aktuellen Behandlungsbedarf und damit das Vorliegen einer relevanten und mit einem signifikant erhöhten Risiko verbundenen Erkrankung schließen lassen.
4. Bei den Krebserkrankungen unterscheidet die Verordnung zwischen „behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen“ (hohe Priorität) und „Personen mit behandlungsfreien in Remission befindlichen Krebserkrankungen“ (erhöhte Priorität). Diese Information ist aus den Abrechnungsdaten nicht trennscharf zu entnehmen. In der Begründung zur Verordnung wird hierfür ein konkretes Verfahren genannt. Die Unterscheidung soll aufgrund des Zusatzkennzeichens G „gesicherte Diagnose“ (hohe Priorität) und Z „Zustand nach“ (erhöhte Priorität) erfolgen. Dies wurde von uns in die Bestimmung übernommen. Diese Zusatzkennzeichen sind nur im vertragsärztlichen Bereich anzuwenden. Bei stationären Diagnosen wird davon ausgegangen, dass eine stationäre Diagnose immer auf eine Behandlungsbedürftigkeit hinweist.
5. Bei der Adipositas wird in der Verordnung unterschieden zwischen einer Gruppe mit Body-Mass-Index (BMI) über 40 (hohe Priorität) und einer Gruppe mit Body-Mass-Index (BMI) über 30 (erhöhte Priorität). Eine Zuordnung in die Gruppe mit „hoher Priorität“ erfolgte in dieser Bestimmung nur dann, wenn in den Abrechnungsdiagnosen eine konkrete Angabe enthalten war, die auf einen BMI über 40 schließen lässt („Adipositas Grad III“). Alle anderen Personen (Angabe Adipositas Grade I, II oder keine Angabe) wurden der Gruppe „erhöhte Priorität“ zugeordnet.
6. Beim Diabetes unterscheidet die Verordnung nach dem Vorhandensein von Komplikationen. Eine Zuordnung in die Gruppe mit „hoher Priorität“ erfolgte in dieser Bestimmung nur dann, wenn in den Abrechnungsdiagnosen eine konkrete Angabe enthalten war, die auf das Vorliegen von Komplikationen schließen lässt (z. B. „mit peripheren vaskulären Komplikationen“). Alle anderen Personen wurden der Gruppe „erhöhte Priorität“ zugeordnet.
7. Die ICD-Legendierung benennt Krankheitsentitäten, die verschiedenen Gruppen zugeordnet werden könnten. Als Beispiel sei die „hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz“ genannt. Diese Erkrankung könnte sowohl als „arterielle Hypertonie“, „Herzinsuffizienz“ oder „chronische Nierenerkrankung“ klassifiziert werden. In allen vergleichbaren Fällen wurde in dieser Situation immer die Einordnung gewählt, die zur

höchsten Priorisierung führt, in diesem Fall als chronische Nierenerkrankung mit „hoher Priorität“.

8. Mehrere Krankheitsgruppen in der Verordnung sind nicht präzise abschließend definiert:
- Unter § 3 Nr. 2c werden die Demenz, die geistige Behinderung und schwere psychiatrische Erkrankungen, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression, aufgeführt. Die Formulierung „insbesondere“ führt dazu, dass auch andere hier nicht explizit genannte Diagnosen, die potenziell schwere psychiatrische Erkrankungen darstellen können, mit zu berücksichtigen waren.
 - Unter § 3 Abs. 1 Nr. 2e werden neben explizit genannten Diagnosen auch „ähnlich schwere chronische Lungenerkrankungen“ aufgeführt.
 - Unter § 3 Abs. 1 Nr. 2f werden neben Personen mit Muskeldystrophien auch „vergleichbare neuromuskuläre Erkrankungen“ aufgeführt.
 - Unter § 3 Abs. 1 Nr. 2h werden neben Personen mit Leberzirrhose auch „andere chronische Lebererkrankungen“ aufgeführt.
 - Unter § 4 Abs. 1 Nr. 2d werden neben Personen mit zerebrovaskulären Erkrankungen und Apoplex auch „andere chronische neurologische Erkrankungen“ aufgeführt.
 - Es finden sich teilweise eher allgemeine Beschreibungen von größeren Krankheitsgruppen, z. B. „Autoimmunerkrankungen oder rheumatologische Erkrankungen“ unter § 4 Abs. 1 Nr. 2b.

In allen genannten Fällen ist die Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes so ausgestaltet, dass soweit möglich keine berechtigten Personen übersehen werden. Dafür wurde bewusst in Kauf genommen, dass auch Personen erfasst werden, die bei einer medizinischen Einzelfallbetrachtung unter Berücksichtigung aller vorhandenen Informationen nicht in eine der beiden genannten Priorisierungsgruppen fallen würden. Eine Einzelfallprüfung kann durch die Krankenkassen nicht erfolgen.

Die Vorgehensweise des GKV-Spitzenverbandes entspricht der Intention des Ordnungsgebers. Gemäß der Begründung zu § 6 Abs. 7 hat die Information der Versicherten lediglich über das mögliche Vorliegen einer Erkrankung zu erfolgen, die zu einer Schutzimpfung gegen das Corona Virus SARS-CoV-2 mit einer hohen oder einer erhöhten Priorität berechtigt. Außerdem wird in der Begründung darauf hingewiesen, dass bei Unklarheiten, welcher der beiden Prioritätsgruppen Versicherte zuzuordnen sind, mitzuteilen ist, dass Angaben zu beiden Prioritätsgruppen vorliegen. In Bezug auf mögliche Untererfassungen wiederum wird in der Begründung zur Verordnung auch darauf hingewiesen, dass in diesen Fällen die Möglichkeit besteht, die Anspruchsberechtigung durch ein ärztliches Zeugnis beizubringen.