

Stellungnahme der BARMER GEK
zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells
nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011

09. April 2010

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Vor diesem Hintergrund gibt das BVA den Krankenkassen und deren Verbänden die Möglichkeit, frühzeitig Kritikpunkte, Anregungen und Verbesserungsvorschläge zur Gruppierungslogik der RSA-Versichertenklassifikation zu äußern. Die BARMER GEK kommt dieser Möglichkeit gerne nach.

I Grundsätzliche Vorbemerkung

Zeitlich parallel findet die Anhörung zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 statt, so dass zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Stellungnahme noch nicht über die in 2011 verwendete Krankheitsauswahl entschieden ist. Um Unklarheiten zu vermeiden, sei deshalb vorangestellt, dass sich alle Vorschläge auf das in 2010 gültige Klassifikationsverfahren und grundsätzlich auf die in 2010 verwendete Krankheitsauswahl beziehen.

Für die zukünftigen Anhörungsverfahren halten wir es für sachgerechter, erst über die berücksichtigungsfähigen Krankheiten zu entscheiden und anschließend das Klassifikationsverfahren für das kommende Ausgleichsjahr zu diskutieren.

In den folgenden Abschnitten 1 bis 4 wird auf notwendige Weiterentwicklungen auf den verschiedenen Ebenen des Klassifikationsverfahrens hingewiesen. Von entscheidender Bedeutung sind für die BARMER GEK zudem die in Abschnitt 5 vorgebrachten Vorschläge der Einführung eines Hochrisikopools und der nachträglichen Anpassung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte an deren Ausgaben. Diese beiden Punkte sind unerlässlich, um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (M-RSA) zielgerichteter auszugestalten.

Ungeachtet des anhaltenden Verbesserungsbedarfs möchten wir nochmals bekräftigen, dass wir den mit der Einführung und Weiterentwicklung des M-RSA eingeschlagenen Weg für richtig und dazu geeignet halten, einen fairen Kassenwettbewerb zu ermöglichen.

II Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens

1. Änderungen, die die Zuordnung von Diagnosen zu DxGruppen betreffen

1.1. Neue Krankheitsabgrenzung Hämophilie

Wie bereits in unserer Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2011 aufgeführt, schlagen wir vor, die bessere Abbildung der Koagulopathien und hämorrhagischen Diathesen aus der vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Krankheitsabgrenzung im Klassifikationsverfahren für 2011 zu berücksichtigen.

Dazu empfehlen wir die ICDs D68.0, D68.1, D68.2 und D68.4 in der Zuordnung der DxGruppen und HMG zu separieren. Die o.g. ICDs sollten aus der DXG 232 „Störungen der Blutgerinnung, exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel“ entfernt werden und in einer eigenen DxGruppe mit bzw. ohne Dauermedikation, analog der Hämophilie A bzw. B, jedoch ohne Differenzierung nach Geschlecht abgebildet werden. Damit werden nicht nur die häufigsten angeborenen Hämostasestörungen in einer Gruppe zusammengefasst, sondern durch die Zusammenführung mit der ICD D68.4 (Erworbener Mangel an Gerinnungsstörungen) wird auch die Kostenintensität bei der klinischen Versorgung insbesondere bei akuten Blutungsphasen berücksichtigt.

Die Vererbung erfolgt nicht x-chromosomal, daher ist eine geschlechtsspezifische Differenzierung entbehrlich.

Die Blutungsneigung ist von der jeweiligen Faktoraktivität im Blut abhängig, daher sind Versicherte, die zwar erkrankt sind, aber aufgrund einer ausreichend hohen Faktoraktivität nicht zu Blutungen neigen, von denen zu separieren, die eine dauerhafte Substitution mit entsprechenden Medikamenten benötigen. Für die Validierung der DxGruppen mit Dauermedikation empfehlen wir mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen des 5stelligen ATC-Codes B02BD (obligate Arzneimittel). Die DxGruppen ohne Dauermedikation sollten über stationäre oder ambulante gesicherte Diagnosen mit M2Q validiert werden.

Die Eingruppierung der neuen DxGruppen mit bzw. ohne Dauermedikation in neue (oder bereits bestehende) HMG der Hierarchie hämatologischer Erkrankungen sollte unter strikter Beachtung der Kostenhomogenität erfolgen.

1.2. ADHS und Persönlichkeitsstörungen zusammenführen

Da bei älteren Betroffenen die behandelnden Ärzte zum Teil nicht mehr ADHS verschlüsseln, sondern auf andere Diagnosen wechseln, kommt es bei Betroffenen aus höheren Altersgruppen häufig zu Komorbiditäten aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen. Etwa ein Viertel der Versicherten mit ADHS haben weitere HMG. Bei den HMG, die ADHS-Erkrankte am häufigsten parallel haben, handelt es sich unter anderem um die HMG056: Wahn, Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen, HMG057: Depressive Episoden (nicht näher bezeichnet) und HMG058: Depression. Eine eindeutige Abgrenzung zu Diagnosen aus den genannten HMG ist nicht gegeben, insbesondere nicht zu den Diagnosen aus der DxGruppe 268: Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen. Diese ist

Bestandteil der HMG056: Wahn, Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen. Es erscheint daher aus Gründen der Manipulationssicherheit sinnvoll, die Diagnosen der ADHS der DxGruppe 268 und der Krankheit „Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen“ zuzuordnen (vgl. Stellungnahme zur Krankheitsauswahl vom 30.03.2010).

1.3. Transplantationen

Zusätzlich zur Differenzierung der Hierarchie „Transplantationen“ nach Organgruppen befürworten wir eine Berücksichtigung der Registrierung von Transplantationen über Eurotransplant. Da die Zahlungen an Eurotransplant von den Kassen selbst geleistet werden, können wir die Versicherten, die in 2009 bei Eurotransplant registriert wurden, genau bestimmen. Die sich ergebende Zahl liegt bei der BARMER GEK etwas über 700 und passt sehr gut zu der gemeinsam von Eurotransplant und dem GKV-SV geschätzten Fallzahl.

Da die Registrierung bei Eurotransplant zwar mit der Kasse abgerechnet wird, aber ausschließlich von einem Arzt vorgenommen werden kann und ein gut dokumentierter Verwaltungs- und Zahlungsprozess ist, schlägt die BARMER GEK vor, in den Versichertenstammdaten (SA100) ein Feld „Zahlung einer Registrierungspauschale im letzten oder laufenden Jahr“ vorzusehen und dessen Füllung im Klassifikationsverfahren zu berücksichtigen. Hierdurch wird sichergestellt, dass alle Registrierungsfälle im M-RSA während der im Durchschnitt 12-18 monatigen Wartezeit gleich behandelt werden. Eine Differenzierung der Registrierungsfälle nach Organen kann nicht erfolgen. Es wird daher empfohlen, eine separate HMG unabhängig von den HMG zur Organtransplantation zu bilden.

Ein ähnliches Verfahren erfolgt bereits bei der Zuordnung bei fortgeschrittener chronischer Niereninsuffizienz durch die Verwendung des Dialysekennzeichens.

2. Änderungen, die die Zuordnung von DxGruppen zu Morbiditätsgruppen betreffen

2.1. HMG 044: Myelodysplastisches Syndrom und andere schwerwiegende hämatologische Erkrankungen (Wiederholung eines offenen Punktes aus dem Anhörungsverfahren für 2010)

Die Versicherten in der DxG 224: Aplastische Anämie weisen Durchschnittskosten auf, die mehr als doppelt so hoch sind wie die der Versicherten der drei anderen beteiligten DxGruppen. Die kostenintensive allogene Stammzelltransplantation stellt derzeit die effektivste Therapie bei der aplastischen Anämie dar. Sie ist aber keine Behandlungsoption bei den anderen DxGruppen, die Teil der HMG sind. Wir schlagen daher vor, die HMG 044 in zwei HMG aufzuspalten, wobei eine HMG nur aus der DxG 224 besteht und eine HMG aus den restlichen DxGruppen der alten HMG 044.

2.2. HMG 067, 068 und 069 (Wiederholung eines offenen Punktes aus dem Anhörungsverfahren für 2010 mit aktualisierten Daten)

Die oben genannten HMG beschreiben Lähmungen sowie Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarks. Sie enthalten sowohl progressive Erkrankungen wie ALS, als auch traumatische

Läsionen. Außerdem sind vollständige und inkomplette Beeinträchtigungen erfasst. Die Durchschnittskosten der DxGruppen innerhalb jeder der drei HMG variieren sehr stark. Wir regen daher an, die Zuordnung der beteiligten DxGruppen zu HMG zu überarbeiten. Dabei sollte der ausgelöste Behandlungsbedarf im Vordergrund stehen.

Die Durchschnittskosten der beteiligten DxGruppen sind in der folgenden Tabelle als Vielfaches der Durchschnittsausgaben der Versicherten mit DXG 305 ausgedrückt.

MG	MG Bez	DXG	DXG Bez	Ø Ausgaben
67	Quadruplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	299	Motoneuronerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien	1,9
67	Quadruplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	301	Quadruplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet	1,7
67	Quadruplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	302	Quadruplegie, (C1-C7), vollständig	2,8
67	Quadruplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	303	Supranukleär deafferentierter Zustand (Locked-in-Syndrom)	5,7
67	Quadruplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	304	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion (C1-C7)	10,4
68	Querschnittslähmung	305	Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie	1,0
68	Querschnittslähmung	306	Paraplegie	1,8
68	Querschnittslähmung	307	Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)	3,6
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	308	Spinozerebellare Erkrankungen, einschließlich Friedreich-Ataxie	1,0
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	309	Syringomyelie, vaskuläre, andere / nicht näher bezeichnete Erkrankung des Rückenmarks	1,1
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	310	Läsionen der Cauda equina	1,2
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	311	Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems	1,0
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	315	Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks	2,7
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	316	Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion	1,4
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	317	Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion	4,3

2.3. HMG 159: Pathologische Fraktur des Humerus, der Schulter, der Tibia oder Fibula und HMG 162: Femur- und Beckenfraktur, andere pathologische Frakturen

Eine Analyse der Durchschnittsausgaben der beteiligten DxGruppen hat auch in diesem Fall gezeigt, dass die Zusammensetzung der HMG noch nicht optimal ist. In der folgenden Tabelle sind die Durchschnittsausgaben als Vielfaches der Durchschnittsausgaben der Versicherten mit DXG 657 ausgedrückt.

MG	MG Bez	DXG	DXG Bez	Ø Ausgaben
159	Pathologische Fraktur des Humerus, der Schulter, der Tibia oder Fibula	647	Pathologische Fraktur des Humerus / der Schulter	1,9
159	Pathologische Fraktur des Humerus, der Schulter, der Tibia oder Fibula	648	Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula	1,6
162	Femur- und Beckenfraktur, andere pathologische Frakturen	643	Pathologische Hüftfraktur	2,1
162	Femur- und Beckenfraktur, andere pathologische Frakturen	645	Femurfraktur	1,7
162	Femur- und Beckenfraktur, andere pathologische Frakturen	656	Sonstige, nicht näher bezeichnete pathologische Frakturen	1,3
162	Femur- und Beckenfraktur, andere pathologische Frakturen	657	Pathologische Frakturen des distalen Radius und der Ulna	1,0

In der Hierarchie 23 steht die HMG 159 über der HMG 162. Diese Anordnung führte bei jeder bisherigen Berechnung zu einer Hierarchieverletzung, so dass die HMG 159 und 162 gleich bewertet wurden. Eine neue Zuordnung der DxGruppen zu den HMG unter dem Gesichtspunkt der Kostenhomogenität könnte diesen systematischen Fehler beheben.

2.4. HMG 13: Sonstige ernste bösartige Neubildungen

Die HMG 13 enthält insgesamt 17 DxGruppen, die sich in Bezug auf die Behandlungsintensität stark unterscheiden. Die mit hohen Behandlungskosten verbundene DxGruppe 44: Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura ist ebenso enthalten, wie die deutlich weniger kostenintensive DxGruppe 67: Bösartige Neubildung der Prostata. Die Ausgaben von Versicherten der DxGruppe 44 bleiben durch die gewählte Konstruktion um 30% hinter den Ausgaben zurück. Wir regen daher an, eine Trennung der HMG 13 in drei, mindestens jedoch zwei HMG unter Beachtung der Kostenhomogenität vorzunehmen.

2.5. Nach dem Alter der Betroffenen getrennte HMG

Bei diversen Erkrankungen wird auf DxGruppen-Ebene eine Trennung in minderjährige und volljährige Versicherte vorgenommen. Diese Trennung ist häufig auch ökonomisch sinnvoll, wird aber dennoch bei der Bildung von HMG nicht fortgeführt. Eine Aufspaltung der HMG in Abhängigkeit vom Alter der Betroffenen ist insbesondere in den folgenden drei Fällen geboten:

- § HMG 45 Agranulozytose und andere Störungen des Immunsystems: Hier übersteigen die durchschnittlichen Ausgaben für minderjährige Betroffene die der Erwachsenen um ca. 60%.
- § HMG 70 Muskeldystrophie: Die Ausgaben für Versicherte unter 18 sind um ca. 70% höher als die für Versicherte ab 18.
- § HMG 107 Mukoviszidose: In diesem Fall sind die durchschnittlichen Ausgaben für Minderjährige um 40% geringer.

3. Änderungen, die die Aufgreifkriterien betreffen

3.1. Schweregraddifferenzierung bei Sphingolipidosen

Wir regen an zu prüfen, ob eine Ausweitung der arzneimittelbasierten Differenzierung in kostenintensive und weniger kostenintensive Fälle auch für die Sphingolipidosen begründet ist. In der HMG 021: Sehr schwere Stoffwechselstörungen sind die DxG 124: Näher bezeichnete Sphingolipidosen, DxG 137: Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Stoffwechsel der Plasmaproteine und DxG 118: Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs zusammengefasst. Die DxG 124 enthält unter anderem Versicherte mit Morbus Gaucher und Morbus Fabry, deren Durchschnittskosten die der anderen Versicherten um ein Vielfaches überschreiten, da für sie medikamentöse Behandlungen existieren, die Enzyersatztherapie (ERT) und die Substratreduktionstherapie (SRT).

Die Versicherten mit Morbus Gaucher und Morbus Fabry lassen sich nicht aus der DxGruppe separieren, da die Diagnose E 75.2: sonstige Sphingolipidosen insgesamt 7 Erkrankungen abbildet:

Morbus Fabry

Morbus Gaucher

Metachromatische Leukodystrophie
Morbus Krabbe
Morbus Niemann-Pick Typ I (A+B)
Morbus Farber
Sulfatasemangel

Von diesen Erkrankungen ist neben Morbus Gaucher und Morbus Fabry noch Morbus Niemann-Pick Typ I (A+B) mittels ERT oder SRT behandelbar. Die SRT-Therapie findet auch Anwendung bei Erkrankungen, die mit E75.0 und E75.1 verschlüsselt werden:

GM1-Gangliosidose
Morbus Tay-Sachs
Morbus Sandhoff

Sie sind Bestandteil der DxGruppe 119 und damit der HMG 23: Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen. Seit der Einführung von Myozyme würde auch Morbus Pompe, gegenwärtig ebenfalls in der HMG 23, ökonomisch besser in diese neu gebildete HMG passen.

Die Einführung einer HMG: Sehr schwere Stoffwechselstörungen mit obligaten Arzneimitteln der Enzyersatztherapie würde die Abspaltung der sehr teuren Fälle liefern, die durch die Diagnosen allein in diesem Fall nicht geleistet werden kann. Die Kosten der ERT betragen durchschnittlich ca. 230.000 € jährlich, die der mit etwa 10 % ungleich selteneren SRT ca. 80.000 €

3.2. Schweregraddifferenzierung von Multipler Sklerose

Wir regen an zu prüfen, ob eine Ausweitung der arzneimittelbasierten Differenzierung in kostenintensive und weniger kostenintensive Fälle auch für die Multiple Sklerose begründet ist. Im Fall der Multiplen Sklerose wird mit der Gabe von Medikamenten zur Immunmodulation zu erreichen versucht, dass sich das Fortschreiten der Entzündung im Zentralnervensystem verlangsamt. Wenn ein definierter Behinderungsgrad erreicht ist, ist das Verordnen dieser Medikamente hingegen auf Grund der Nebenwirkungen in der Regel nicht mehr geboten. Eine Identifizierung der Versicherten mit Behandlung durch Medikamente zur Immunmodulation und ihre Zuordnung zu einer eigenen HMG kann mit hoher Wahrscheinlichkeit die Erklärungskraft des Klassifikationssystems verbessern. Zu berücksichtigende Wirkstoffe sind beta-Interferone, Glatiramercetat und Natalizumab.

3.3. Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs

Die bisher nur durch eine stationäre Diagnose auslösbare DxG 687: Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs sollte auch für ambulante Diagnosen zugelassen werden, da derartige Komplikationen auch in Folge ambulanter Operationen auftreten können und auch nicht zwingend stationär behandelt werden müssen. Hinreichend viele Fälle erfüllen das M2Q-Kriterium.

Die Einschränkung auf stationäre Diagnosen erfolgte auf Basis des Anhörungsverfahrens im letzten Jahr. Entgegen der Darstellung in 05_Erlaeuterungen_zur_Festlegung_JA2010.pdf, S.40, hatte die

BARMER GEK im letzten Jahr nicht die Einschränkung auf stationäre Diagnosen angeregt und lehnt sie ab.

4. Änderungen, die die Hierarchien betreffen

4.1 Überarbeitung der Hierarchie Herz (Wiederholung eines offenen Punktes aus dem Anhörungsverfahren für 2010)

Der Hierarchiebaum der Herzerkrankungen sollte nach Ansicht der BARMER GEK überprüft werden. Während bei einer Gesamtbetrachtung aller Versicherten auffällt, dass mit steigender Anzahl von HMG der Deckungsgrad der Kosten abnimmt, verhält es sich bei Versicherten mit einer Mehrzahl von HMG-Zuordnungen aus der Herzhierarchie genau umgekehrt. Des Weiteren haben wir festgestellt, dass einzelne Arzneimittel zwar eigentlich nur für die Krankheitszustände aus einzelnen Hierarchiesträngen taugen (Digitoxin z.B. für Herzinsuffizienz und Arrhythmien (HMG80 bzw. HMG92)), gerade diese Gruppen jedoch in vielen Fällen gar nicht angegeben sind, sondern andere Gruppen aus der genannten Gesamthierarchie (beim Digitoxin ca. 20 %). Der Differenzierungsgrad der Herzkrankheiten scheint uns daher unangemessen groß und nicht der Kodierrealität entsprechend. Dies eröffnet Anreize zur kassenindividuellen Beeinflussung des Kodierverhaltens (sog. „rightcoding“). Für eine ausführliche Darstellung zur Überarbeitung der Herzhierarchie verweisen wir auf die Stellungnahme der BARMER vom 15.04.2009.

5. Notwendige Ergänzungen des Klassifikationsverfahrens

5.1. Ausgabenbezogener Spitzenausgleich als Ergänzung

Trotz der hohen Zielgenauigkeit des M-RSA stehen den Kosten insbesondere für sehr teure Versicherte keine vergleichbaren Zuweisungen gegenüber. In Simulationen auf Daten der BARMER GEK sind beispielsweise die Kosten der 100 teuersten Versicherten nur zu ca. 8% gedeckt, die der 1000 Teuersten zu ca. 14%. Andere Kassen berichten von vergleichbaren Werten.

Die Ursache hierfür liegt nicht in einer mangelhaften Ausgestaltung, sondern ist im mathematischen Ansatz selbst begründet. Ein Regressionsverfahren ist grundsätzlich nicht dazu geeignet, extrem teure Fälle gut abzubilden, da es auf der Bildung von Durchschnittswerten basiert. Das Problem kann daher nicht auf dem Weg einer detaillierteren Ausgestaltung gelöst werden. Ein Wechsel der Prävalenzgewichtung in der Krankheitsauswahl auf die logarithmierte Anzahl, wie ursprünglich vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagen, könnte die Unterdeckung dennoch abmildern. Die mangelnde Deckung hat auch nicht mit der Beschränkung auf eine begrenzte Anzahl von Krankheiten zu tun, sondern ist systematisch. Daher muss dem Klassifikationsverfahren ein Verfahren ergänzend zur Seite gestellt werden, das den Deckungsgrad der Extremfälle verbessert. Ein geeignetes Verfahren ist die Bildung eines Hochrisikopools. In Simulationen hat sich die BARMER GEK an den Vorschlägen zur Ausgestaltung eines Hochrisikopools lt. Gutachten von IGES aus dem Jahr 2004

orientiert. Es zeigte sich, dass sich das R^2 durch die Einführung eines Hochrisikopools sehr stark auf etwas über 30% verbessert.

Die Wiedereinführung eines derartigen Spitzenausgleichs hätte auch den Vorteil, die Anzahl der notwendigen Änderungen des Gruppierungsalgorithmus dauerhaft zu vermindern, da sich der ökonomische Druck, sehr teure, aber seltene Krankheiten optimal auszugleichen, verringert. Eine ständige Erhöhung der Komplexität des Klassifikationsverfahrens könnte so vermieden werden. Darüber hinaus ist ein ergänzender Spitzenausgleich internationaler Standard und wird beispielsweise auch in den Niederlanden praktiziert.

5.2. Ausgaben und Zuweisungen von im Ausland lebenden Versicherten

Die BARMER GEK weist erneut darauf hin, dass den Zuweisungen für Versicherte im Ausland keine vergleichbaren Leistungsausgaben gegenüberstehen. Für die Versicherten mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland (im Abschlagsverfahren gemäß der nicht-versichertenbezogenen KM6) erhalten die Krankenkassen die sogenannten „AusAGG- Zuschläge“, die dem altersklassenbezogenen Durchschnitt aller HMG-Zuweisungen entsprechen. In dieser Berechnungsweise kommen damit ca. 400 Mio. € zu jenen ca. 200 bis 300 Mio. € hinzu, welche die Kassen für die Betroffenen ohnehin bereits als reine Alters- und Geschlechtsbeträge erhalten.

Vergleicht man diese Beträge mit den Leistungsausgaben der Jahresrechnung in der Kontenart 480 (unter 350 Mio. €) und berücksichtigt, dass es sich bei einem großen Teil dieser Ausgaben nicht um Pauschalzahlungen für dauerhaft im Ausland Befindliche handelt, sondern um Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand für Urlauber, erweisen sich diese als deutlich überhöht. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass sich das Problem bei dem im Jahresausgleich praktizierten Verfahren (Ermittlung echter Versicherungstage im Ausland) verringert.

Wir regen daher nochmals an, eine retrospektive Anpassung der insgesamt für diesen Personenkreis ausgezahlten Zuweisungen an die gebuchten Leistungsausgaben im Schlussausgleich vorzunehmen.