

AOK-BUNDESVERBAND GbR | POSTFACH 11 02 46 | 10832 BERLIN

An den
GKV-Spitzenverband
Mittelstr. 51

10117 Berlin

nachrichtlich:

Bundesversicherungsamt
Referat VII 2 - Risikostrukturausgleich
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

- vorab per Email -

GESPRÄCHSPARTNER

Herr Schillinger

Herr Paulus

DURCHWAHL

030/34646-2646

030/34646-2417

ABTEILUNGSTELEFAX

030/34646-2724

030/34646-2722

E-MAIL

Gerhard.Schillinger@bv.aok.de

Timm.Paulus@bv.aok.de

ZEICHEN / DOKU

FI 2 PAU

DATUM

31.03.2011

Vorschlagsverfahren zum Klassifikationsmodell im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für den Jahresausgleich 2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 17. Januar 2011 hat das Bundesversicherungsamt im Vorfeld der Anhörung zum Klassifikationsmodell 2012 im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich die Spitzenorganisationen und Patientenverbände auf Bundesebene gebeten, Weiterentwicklungsvorschläge einzureichen. So soll durch die Einbeziehung externer Experten eine Steigerung der Zielgenauigkeit und Stärkung der Manipulationsresistenz des aktuellen Klassifikationsmodells erreicht werden. Hierzu möchten wir die nachfolgenden Vorschläge unterbreiten, die sich insbesondere auf die Abgrenzung von und die Zuordnung zu Morbiditätsgruppen (HMGs, DXGs), auf das Berechnungsverfahren der Zu- und Abschläge sowie die Ermittlung der sonstigen Zuweisungen beziehen.

1. Anpassung von Hierarchien und Änderung der Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen

Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“

Die HMG 21 „Hypopituitarismus, alpha-1-Antitrypsinmangel sowie Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen ohne ERT/SRT“ umfasst unter anderem die Patienten mit Hypopituitarismus ohne Somatotrophintherapie [DXG 118]. Die Behandlung der Unterfunktion des Hypophysen-

vorderlappens ist abgesehen von dem Wachstumshormonmangel durch Substitution der wirksamen Hormone der von der Hypophyse gesteuerten endokrinen Drüsen möglich, so dass nur geringe Kosten entstehen. Dem stehen sehr hohe Kosten für die anderen beinhaltenen Erkrankungen gegenüber. Auch die Behandlung der Störung des Plasmaprotein-stoffwechsels verursacht nur geringe Behandlungskosten. Patienten mit Erkrankungen der DXGs 124 und 825 weisen im Vergleich zu Patienten mit Hypopituitarismus oder anderen Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels einen deutlich erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf auf. Um diese Unterschiede besser im Klassifikationsmodell abzubilden, schlagen wir vor, die HMG 21 aufzuteilen. Dabei werden die Diagnosen der DXGs 124 und 825 in eine neue HMG 21a überführt. Die DXGs 118 und 137 verbleiben in der bisherigen HMG 21. Für die Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“ wird die neue HMG 21a der HMG 21 übergeordnet.

Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“

In Bezug auf die Hierarchie 7 möchten wir zunächst auf unseren Vorschlag zur klinischen Unterteilung der HMG 38 hinweisen, dessen Prüfung durch den Wissenschaftlichen Beirat im Rahmen der Erläuterungen zur Festlegung vom 30.9.2010 in Aussicht gestellt wurde. Darüber hinaus schlagen wir vor, die Hierarchie 7 um eine ergänzende HMG 938 zu erweitern. Diese zusätzliche HMG 938 wird vergeben wenn zu den HMGs 38, 206 oder 207 ein besonderer Schweregrad aufgrund der Arzneimitteltherapie in Form von Immunsuppressiva identifiziert werden kann. Um die Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu erhöhen, ist es erforderlich diese besonders kostenintensive Therapieform des schweren Erkrankungsbildes durch einen zusätzlichen Zuschlag abzubilden. Dieser zusätzliche Zuschlag soll immer dann gewährt werden, wenn der Versicherte einen Zuschlag der HMG 38, 206 oder 207 erhält und zusätzlich Arzneimittel des ATC L04A (Immunsuppressiva) mit annualisierter DDD-Mindestmenge größer gleich 183 aufweist. Die HMG 938 soll als ergänzende (additive) HMG vergeben werden und ist nicht in den Hierarchiestrang einzugliedern. Je nach Schweregrad der Erkrankung und der medizinisch notwendigen Arzneimitteltherapie erhalten Versicherte der Hierarchie 7 zukünftig entweder eine HMG 38, 206 oder 207 oder – bei Nachweis einer Arzneimitteltherapie mit Wirkstoff ATC L04A – eine HMG 38 und 938 oder HMG 206 und 938 oder HMG 207 und 938.

Hierarchie 10 „Drogen und Alkoholabhängigkeit“

Für die Behandlung schwerstabhängiger Patienten wurde zum 1.10.2010 die Substitutionstherapie mit Diamorphin als GKV-Leistung zur Behandlung von Opiat-Abhängigkeiten eingeführt. Diese neue Therapieform wird nur für schwerstabhängige Patienten angewendet und ist im Vergleich zur Therapie niedrigerer Abhängigkeitsschweregrade deutlich kostenintensiver. Die Behandlung mit Diamorphin soll zudem erst dann erfolgen, wenn die Behandlung mit klassischen Behandlungsmethoden (orale Substitutionsmittel) erfolglos abge-

geschlossen oder abgebrochen wurde. Wir schlagen daher vor, für das Klassifikationsmodell 2012 die Hierarchie 10 "Drogen und Alkoholmissbrauch" um eine gesonderte HMG 51a zu erweitern. Versicherte, für die eine halbjährige Diamorphientherapie i. V. m. mit einer Diagnose aus der DXG 256 oder 258 dokumentiert ist, werden einer neuen DXG 256a / HMG 051a zugeordnet, die gegenüber der HMG 51 vorrangig (Hierarchisierung). Als Arzneimittelaufgreifkriterium werden Medikamente mit dem ATC N02AA09 [Diamorphin] berücksichtigt.

Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Die HMG 109 „Chronische obstruktive Bronchitis / Emphysem (Alter > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre)“ umfasst neben dem Asthma bronchiale [DXG 460, 461] auch die chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) erwachsener Patienten [DXG 451]. Patienten mit Diagnosen der DXG 451 weisen im Vergleich zu den übrigen Versicherten der HMG 109 aber deutlich verschiedene Merkmale in Bezug auf das Patientenalter als auch in Bezug auf die medizinische Therapie und den Versorgungsbedarf auf. Die betroffenen Patienten stammen aus unterschiedlichen Altersgruppen (COPD typischerweise ab einem Alter von 50 Jahren, Asthma bronchiale typischerweise schon bei jungen Erwachsenen) und weisen deutlich unterschiedliche Erkrankungsverläufe auf. Während bei Patienten mit COPD aufgrund von Exazerbationen der Erkrankung die stationären Einweisungen häufig sind, sind durch die modernen Therapien mit inhalativen Medikamenten die stationären Notaufnahmen von Patienten mit Asthma bronchiale heute sehr selten. Um diese Unterschiede zielgenauer für die Zuweisungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich abzubilden, schlagen wir vor, die HMG 109 aufzuteilen. Dabei werden die COPD-Diagnosen der DXG 451 in eine neue HMG 109a überführt. Die DXGs 460 und 461 verbleiben in der bisherigen HMG 109. Für die Hierarchie 19 „Erkrankung der Lunge“ wird die neue HMG 109a der HMG 109 übergeordnet. Eine noch höhere Einordnung der HMG 109a in der Hierarchie 19 soll empirisch geprüft werden.

HMG 217 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)“

Der HMG 217 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)“ sind ausschließlich die Diagnosen der DXG 449 zugeordnet. Die Schwere der Erkrankung kann allein auf Basis der diagnostischen Informationen in Verbindung mit den zur Diagnosebestätigung festgelegten Arzneimitteln nicht ausreichend abgebildet werden. Die Identifikation besonders schwer betroffener Patienten ist allerdings über die Arzneimittel Tobramycin, Colistin und Dornase alpha möglich. Wir schlagen daher vor, besonders schwer erkrankten Patienten zusätzlich zur HMG 217 eine weitere HMG 217a zuzuordnen. Die HMG 217a wird immer dann zugewiesen, wenn der Versicherte die HMG 217 erhält und zusätzlich eine Arzneimitteltherapie mit Wirkstoff der ATCs J01GB01, J01XB01 oder R05CB13 in mindestens zwei Quartalen nachgewiesen ist. Es erfolgt dabei keine Prüfung auf eine DDD-Mindestmenge. Die HMG

217a soll als ergänzende (additive) HMG vergeben und nicht in den Hierarchiestrang eingegliedert werden. Hierdurch können die standardisierten Leistungsausgaben für die besonders kostenintensive Therapieform des Erkrankungsbildes zielgenauer ermittelt werden.

HMG 4 „Myeloische Leukämie“

Der HMG 4 „Myeloische Leukämie“ sind die Diagnosen ausschließlich der DXGs 38 und 44 zugeordnet. Die Schwere der Erkrankung kann allein auf Basis der diagnostischen Informationen bislang nicht ausreichend abgebildet werden. So weisen Patienten dieser DXGs und HMG z. T. deutliche Ausgabenunterschiede auf. Die Identifikation besonders schwer erkrankter Patienten der DXG 44 ist über die Arzneimittel möglich. Mit Einsatz der Medikamente Imatinib, Dasatinib oder Nilotinib ist es möglich die Thyrosinkinase ABL spezifisch zu hemmen. Deren Überexpression bei der Chronischen Myeloischen Leukämie resultiert aus der typischen Translokation 9,22 mit resultierendem BCR-ABL-Fusionsprotein, das ursächlich für die Erkrankung ist. Durch die spezifische Hemmung ist ein Langzeitüberleben der betroffenen Patienten unter Therapie mit diesen Medikamenten möglich. Dabei handelt es sich um eine für das Überleben notwendige Dauertherapie mit Jahrestherapiekosten von etwa 40.000 €. Wir schlagen daher vor, zusätzlich zur HMG 4 eine HMG 4a immer dann für die Zuweisungen zu berücksichtigen, wenn für den Patienten in mindestens zwei Quartalen o. g. Arzneimittel verordnet wurden. Die Arzneimittel werden über die ATCs L01XE01, L01XE06 oder L01XE08 identifiziert.

HMG 225 Hypopituitarismus mit Somatropingabe

Die Somatotropintherapie ist nicht nur auf den hypophysären Kleinwuchs begrenzt, dessen Diagnosen bislang für die DXG 840 berücksichtigt werden, sondern schließt auch das mit etwa 2.000 bis 2.500 Geburten pro Jahr häufige Ullrich-Turner-Syndrom (ICD Q96.9) und das Prader-Willi-Syndrom (ICD Q87.1) mit ein, bei denen regelmäßig eine Therapie mit Somatotropin erfolgt. Daher wird angeregt, für die DXG 840 / HMG 225 auch die Diagnosen Q96.9 und Q87.1 zu berücksichtigen.

2. Änderung der Aufgreifkriterien

- Arzneimittel -

Hinsichtlich einer umfangreicheren Bestätigung von ambulanten Diagnosen durch Arzneimittel verweisen wir auf unsere bisherigen Vorschläge vom 6.4.2009 sowie 12.4.2010. In Ergänzung zu diesen Hinweisen schlagen wir vor, folgende Arzneimittelaufgreifkriterien für die Anpassung des Klassifikationsmodells zu berücksichtigen:

...

- Da ein manifester M. Parkinson in der Regel der medikamentösen Therapie bedarf, ist die Zuordnung zur DXG 326 „Idiopathischer Morbus Parkinson“ mittels einem Arzneimittel der ATC-Gruppe N04 zu bestätigen.
- Patienten mit Diagnosen der DXG 38 „Akute myeloische Leukämie“ werden bislang ohne Arzneimittelbestätigung der HMG 4 „Myeloische Leukämie“ zugeordnet. Damit erhalten auch solche Patienten einen Zuschlag, die keiner aktiven Arzneimitteltherapie bedürfen. Wir schlagen daher vor, für die DXG 38 eine Arzneimittelbestätigung über die Wirkstoffe der Chemotherapeutika mit ATC L01 sowie die Sonderkennzeichen-PZNs 9999092 und 9999152 einzuführen. Chemotherapeutika sollen auf DDD-Mindestmenge 10 geprüft werden. Bezüglich der Sonderkennzeichen-PZN ist die Dokumentation einer entsprechenden PZN zur Erfüllung des Aufgreifkriteriums ausreichend.

- stationär erforderlich -

- Der HMG 79 „Herzstillstand / Schock“ sind in der DXG 350 die Diagnosen ICD I46.0 „Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung“ und I49.0 „Kammerflattern / - flimmern“ zugeordnet. Beide Diagnosen beschreiben medizinische Komplikationen, bei denen überlebende Patienten unweigerlich stationär eingewiesen werden. Daher ist die DXG 350 [ICD I46.0 und I49.0] ohne Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ nicht sinnvoll definiert. Wir schlagen vor, die Zuordnung zur DXG 350 nur dann vorzunehmen, wenn für den Patienten eine stationäre Diagnose I46.0 oder I49.0 dokumentiert ist.

3. Erweiterte Aufgreifkriterien und ergänzende Schwergraddifferenzierung

Gem. Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2011 sollte für bestimmte bösartige Neubildungen eine Schwergraddifferenzierung in Abhängigkeit von der Durchführung einer Strahlen- oder Chemotherapie erfolgen und durch einen gesonderten Zuschlag im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ausgedrückt werden. Im Rahmen des Anhörungsverfahrens wurde von diesem zielführenden Vorschlag mit Verweis auf die möglicherweise unzureichende Kodierqualität bei Strahlen- und Chemotherapie wieder abgesehen. Die Bewertung der Kodierqualität erfolgte dabei auf Vergangenheitsinformationen zu Diagnosen und Therapien. Betrachtet man die Entwicklung der Kodierqualität, so ist eine kontinuierliche Verbesserung – übrigens unabhängig von der Gewährung eines entsprechenden Zuschlags im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – zu beobachten. Wir gehen davon aus, dass die Kodierqualität in Bezug auf die Z-Diagnosecodes bei Strahlen- und Chemotherapie für Diagnosen des Jahres 2011 ausreichend gesichert ist, um den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates umzusetzen. Wir schlagen daher vor, dass Klassifikationsmodell 2012 um ergänzende HMGs für Strahlen- und Chemotherapie bei Patienten mit bösartigen Neubildungen zu erweitern. Unabhängig von der Diskussion um die Qualität der für die Schwergraddifferenzierung Chemo- und Strahlentherapie erforderlichen Diagnosecodes (vgl. Erläuterungen zur Festlegung nach

§ 31 Abs. 4 RSAV vom 30.09.2010) ist festzuhalten, dass eine solche Schweregraddifferenzierung auch diagnoseunabhängig auf der Basis von Operationen- Prozedureninformationen, die eindeutig die Durchführung einer entsprechenden Therapie dokumentieren, erfolgen kann. Wir schlagen daher vor, für die Versichertenklassifikation im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zukünftig auch die Information nach § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V zu berücksichtigen. Die Erhebung dieser Daten ist bereits heute durch die Vorgaben des § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV möglich, allerdings wegen fehlendem Anwendungsfall in der Versichertenklassifikation ausgesetzt (vgl. § 26 Abs. 2 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V). Für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2012 ist daher zu prüfen, ob die oben beschriebene Schweregraddifferenzierung, die nach den bisher vorliegenden Analysen des Wissenschaftlichen Beirats die Zielgenauigkeit des Verfahrens verbessert, alternativ auch mit den Operationen- und Prozedurenschlüsseln umgesetzt werden kann.

Die Umsetzung in der Praxis erfordert die Meldung der Operationen- und Prozedurenschlüsseln gemäß § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV. Soweit die Nutzung dieser Information auf o. g. Schweregraddifferenzierung begrenzt ist, kann die Selektion dieser Daten auf entsprechende Schlüsselnummern begrenzt oder ein Verfahren angewendet werden, wonach Versicherte, bei denen entsprechende Operationen- und Prozedurenschlüssel dokumentiert sind, in der Meldung der Versichertenstammdaten gesondert gekennzeichnet werden (vgl. auch Verfahren zur Meldung der Informationen nach § 30 Abs. 1 Nr. 3 RSAV). Auf diese Weise kann die Meldung weiterer Massendaten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich begrenzt werden. Zugleich stehen die für die Versichertenklassifikation benötigten Informationen im erforderlichen Umfang zur Verfügung.

4. Sicherstellung der Versorgungsneutralität des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Das Klassifikationsmodell für die Versichertenklassifikation im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, das gem. § 31 Abs. 4 RSAV durch das Bundesversicherungsamt festgelegt wird, muss der Funktionserwartung an den Ausgleich gerecht werden. Der morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – und damit das Verfahren der Versichertenklassifikation – soll insbesondere auch die „Anreize zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung“ erhöhen [vgl. BR-Drucksache 716/06 vom 13.10.2006]. Es soll konkret ein Beitrag leisten, „medizinisch nicht indizierte Leistungsausweitungen (Medikalisierung oder Hospitalisierung) zu vermeiden“ [Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006]. Versorgungsverträge der Krankenkassen, die diesem Ziel entsprechen, sind häufig dadurch charakterisiert, dass Leistungen, die bislang stationär erbracht wurden, zunehmend in ambulante und/oder integrierte Versorgungsformen überführt werden. Dies entspricht dem in §§ 39 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. 73 Abs. 4 SGB V formulierten Prinzip, dass die Behandlung vorrangig ambulant erfolgen soll. Die Vorgaben des Klassifikationsmodells i. V. m. der Sys-

tematik der Datenmeldungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich stehen immer dann in Konflikt mit den Zielen der Wirtschaftlichkeit und der Leistungserbringung „ambulant vor stationärer“, wenn die Überführung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor dazu führt, dass Versicherte, die die gleichen Erkrankungen aufweisen, im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unterschiedlich behandelt werden. Hierbei ist völlig unschädlich, dass das Klassifikationsmodell bei einzelnen DXGs eine stationäre Diagnose als zwingende Voraussetzung für eine Zuweisung definiert. In diesen Fällen werden hierüber besonders schwere Erkrankungen abgebildet, die nach heutigem Stand der medizinischen Versorgung einen stationären Aufenthalt auch zwingend erfordern. In Bezug auf diese Erkrankungen besteht auch für die Frage ambulant vor stationär kein Entscheidungsspielraum. Bei allen anderen DXGs erfolgt eine systematisch andere Behandlung von stationären und ambulanten Diagnosen. Während stationäre Diagnosen i. d. R. immer zu einem Zuschlag führen, gilt bei ambulanten Diagnosen, dass diese entweder in zwei verschiedenen Quartalen nachgewiesen und / oder zusätzlich durch Arzneimittel bestätigt werden müssen. Durch die einschlägigen Vorgaben zur Meldung von Diagnoseinformationen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind als stationären Diagnosen nur solche Diagnosen zulässig, die von einem nach § 108 SGB V zugelassen Krankenhaus stammen.

Diagnosen von Leistungen, die nun aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nicht mehr stationär in einem Krankenhaus sondern ambulant bzw. in Praxiskliniken niedergelassener Ärzte erbracht werden, müssen im Rahmen der Versichertenklassifikation nun andere Bedingungen erfüllen. Dies kann dazu führen, dass Erkrankungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nicht mehr berücksichtigt werden oder – den Anforderungen zuwiderlaufend – wirtschaftliche Selektivverträge, bei denen die ambulante Leistungserbringung die Krankenhausversorgung substituiert, vor diesem Hintergrund nicht vereinbart werden.

Um die Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nicht zu beeinträchtigen, muss bei einer Lösung dieses Konfliktes sichergestellt werden, dass nur Diagnosen aus solchen, neu ambulant erbrachten Leistungen im Klassifikationsmodell analog stationärer Diagnosen behandelt werden, die in Verbindung mit operative Eingriffen und oder intensivmedizinischer Versorgung stehen. Wir schlagen daher vor zu prüfen, unter welchen Bedingungen Diagnosen von ambulant oder im Rahmen der Integrierten Versorgung erbrachten Leistungen analog stationärer Diagnosen für die Versichertenklassifikation berücksichtigt werden können. Hierzu kommt u. E. eine Regelung in Frage, bei der solche ambulante Diagnosen bereits im Rahmen der Datenmeldungen nach § 30 RSAV gesondert gekennzeichnet werden, die einer stationärsersetzenden operativen oder intensivmedizinischen Leistung oder einer Leistung im Sinne der §§ 115b oder 116b SGB V entsprechen.

5. Gültigkeit der Diagnosekodes gem. ICD-Version für die Versichertenklassifikation

Änderungen des Diagnosekataloges und der Arzneimittelklassifikation werden durch Neufestlegung gem. § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV für das Klassifikationsverfahren berücksichtigt. Dabei gilt bislang, dass für die Versichertenklassifikation die im jeweiligen Berichtsjahr gültigen ICDs berücksichtigt werden. Darüber hinaus werden aufgrund von Krankenhaus-Jahresüberliegerfällen bei stationären Diagnosen auch die ICDs, die in dem dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr Gültigkeit besitzen, aber im eigentlichen Berichtsjahr nicht mehr zur Schlüsselung zu gelassen sind, für die Versichertenklassifikation anerkannt. Trotz der jahresscharfen Abgrenzung des ICD-Kataloges werden ICD-Kodes aus Vorjahren auch im ambulanten Bereich z. T. im Folgejahr weiter verwendet. Dies trifft besonders dann zu, wenn es sich um umfassendere Änderungen an der ICD-Systematik handelt. Zudem ist in Einzelfällen auch zu beobachten, dass ambulante Abrechnungsfälle mit den ICDs des Leistungsjahres erst in einem späteren Kalenderjahr abgerechnet werden. Für diese Fallkonstellation ist es erforderlich, dass auch die ambulanten ICDs, die in dem dem Berichtsjahr vorausgegangenen Jahr zur Schlüsselung zugelassen waren, für die Versichertenklassifikation berücksichtigt werden. Wir schlagen vor, dass die für stationäre Diagnosen bestehende Sonderregelung ebenfalls für ambulante Diagnosen gilt. Diese Änderung soll rückwirkend auch für das Klassifikationsmodell 2010 Anwendung finden. Diagnosen, deren Gültigkeit in den Anlagen zur Festlegung des Klassifikationsmodells sowie den Aktualisierungen gem. § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV z. Z. mit „J“ [§ 301 SGB V] markiert sind, werden in jedem Fall für die Versichertenklassifikation berücksichtigt, unabhängig davon, ob es sich um eine ambulante oder stationäre Diagnose handelt [neu: § 295 SGB V = J].

6. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren

Keine Sonderbehandlung von Verstorbenen im Regressionsverfahren des MRSA - ungerechtfertigte Zuweisungen begradigen -

Mit der Festlegung des Klassifikationsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2012, ist es zwingend erforderlich, dem Beschluss des wissenschaftlichen Beirates vom 16.09.2009 zu folgen, die bisher angewandte Sonderregelung für die Berücksichtigung von Verstorbenen im Regressionsverfahren außer Kraft zu setzen, da diese sich als Konstruktionsfehler im MRSA erweist.

Dass dieser Beschluss bisher nicht umgesetzt werden konnte, beruht darauf, dass der Wirkungsmechanismus dieser Sonderregelung aufgrund der Komplexität von zahlreichen Akteuren im Gesundheitssystem nicht erkannt wurde. Hierdurch wurde der fachliche Umgang mit diesem Thema durch bewusst oder unbewusst falsche Äußerungen und Beschuldigungen erschwert. In der Folge mutierte das Thema von einem rein fachlichen zu einem rein politischen Thema. Die Politisierung dieses Themas führte sogar letztendlich dazu, dass der

GKV-Spitzenverband sich - entsprechend seiner Darstellungen zum Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsverfahren 2011 - aufgrund der unterschiedlichen Positionen und Argumente der von ihm vertretenen Krankenkassen bisher nicht in der Lage gesehen hat, keine andere Empfehlung auszusprechen, als den Beschluss des Wissenschaftlichen Beirates vor einer Entscheidung nochmals einer vertieften Analyse zu unterziehen und die Argument methodisch (was soll der MRSA leisten) und empirisch (was bewirkt er tatsächlich) einer näheren Überprüfung zu unterziehen.

Da uns bisher solche Analysen weder vom GKV-Spitzenverband noch vom Bundesversicherungsamt vorgestellt wurden, haben wir mit AOK-Daten entsprechende Analysen durchgeführt, um zu einer Versachlichung des Themas und einer rein fachlichen Beurteilung beizutragen. Um weitere Missverständnisse auszuschließen, werden daher im Folgenden das derzeitige Verfahren und seine Wirkungen beschrieben.

Wie funktioniert das Verfahren?

Ermittlung der Zuschläge

Das im MRSA angewandte Regressionsverfahren setzt voraus, dass jeder Versicherte unabhängig davon wie lange er tatsächlich in der GKV versichert war, so in der Regression berücksichtigt wird, als wäre er ein ganzes Jahr in der GKV versichert gewesen. Um sicherzustellen, dass es hierdurch nicht zu einer Unterbewertung der in die Regression einfließenden Ausgaben kommt, werden diese nach dem gleichen Verfahren auf ein Jahresvolumen hochgerechnet wie die Versichertenzeiten. Diesen Rechenschritt bezeichnet man als Annualisierung.

Eine Annualisierung wird also immer dann durchgeführt, wenn die Versichertenzeiten eines Versicherten weniger als 365 Tage betragen. Versichertenzeiten mit weniger als 365 Tagen können durch folgende Sachverhalte entstehen:

- bei Wechsel zwischen GKV und PKV (in beide Richtungen)
- bei Wanderungsbewegungen zwischen dem Ausland und Deutschland (in beide Richtungen, ohne sog. Auslandsversicherte)
- bei Geburt
- bei Tod
- bei Unterbrechung der RSA-Versicherungszeit (z. B. Wehrdienst)

Bei der Annualisierung handelt es sich um ein in der Wissenschaft im Umgang mit Gruppen übliches Verfahren, allerdings werden hierbei immer beide Größen - Versicherungszeit und Ausgaben – synchron auf ein volles Jahr hochgerechnet. Beim derzeit angewandten Annualisierungsverfahren handelt es sich jedoch um eine **unvollständige Annualisierung**.

Tabelle 1: Versicherungszeiten mit weniger als 365 Tagen

Gründe	Hochrechnung der Versicherungszeiten auf ein Jahr	Hochrechnung der Leistungsausgaben auf ein Jahr
Wechsel zwischen PKV u. GKV	ja	ja
Wanderungsbewegungen GKV und Ausland	ja	ja
Unterbrechung der Versicherung	ja	ja
Geburt	ja	ja
Tod	ja	nein

Unvollständig deshalb, weil für eine Gruppe der Versicherten - die Verstorbenen - anders als für alle übrigen Versicherten, die weniger als ein Jahr versichert sind, keine synchrone Hochrechnung der Versicherungszeiten und Leistungsausgaben erfolgt. Bei den Verstorbenen geschieht dies nur für die Versicherungszeiten, die Leistungsausgaben bleiben jedoch unverändert.

Tabelle 2: Beispiele für das Verfahren der unvollständiges Annualisierung

	IST- GKV- Versicher- tenzeit	Annualisie- rung Versiche- rungszeiten	Versicher- tentage im Regressions- verfahren	Ist- Aus- gaben	Annuali- sierung Ausga- ben	Ausgaben im Regres- sions- verfahren
Vers. A am 30.6. verstorben	181	181 Tage x 365/181	365	1.000 €	nein	1.000 €
Vers. B am 1. 7. zur PKV	181	181 Tage x 365/181	365	1.000 €	1.000 € x 365/181	2.017 €

Die unvollständige Annualisierung für den verstorbenen Versicherten A führt dazu, dass seine Ausgaben je Tag von ursprünglich 5,52 € auf 2,74 € gekürzt werden. Beim Versicherten B bleiben die Ausgaben je Versicherten vor und nach der Annualisierung auf dem gleichen Niveau von 5,52 € je Tag.

Derzeitiges Verfahren führt zur Kürzung von HMG- und AGG-Zuschlägen (Relativgewichten)

Diese künstliche Kürzung der Ausgaben von Verstorbenen im Regressionsverfahren in Verbindung mit einer weiteren zusätzlichen Sonderbehandlung wirkt sich senkend auf die Höhe der HMG-Zuschläge aus, die

- a) aufgrund der Erkrankungsart mit einer hohen Letalität einhergehen (s. Tabelle 3) oder
- b) überwiegend in einem Alter auftreten, in dem die Sterblichkeit naturgemäß hoch ist (s. Tabelle 4).

Bei der oben genannten weiteren Sonderbehandlung von Versicherten, die im Ausgleichsjahr versterben, handelt es sich um die abweichende Gewichtung der Versicherungszeiten im Regressionsverfahren. Bei allen übrigen Versicherten wird das Gewicht mit dem die Daten eines Versicherten in die Regression eingehen gebildet, indem die Ist-Versichertentage des Berichtsjahres durch 365 dividiert werden. Dies führt dazu, dass der PKV-Wechsler aus dem obigen Beispiel mit einem Gewicht von 0,5 in das Regressionsverfahren eingeht. Der verstorbene Versicherte A aus dem obigen Beispiel geht unabhängig davon, wieviele Tage er im Ausgleichsjahr in der GKV versicherte war mit dem Gewicht 1 in die Regression ein. Dies führt dazu, dass die durch das unvollständige Annualisierungsverfahren gekürzten Ausgaben überproportional in die Regression eingehen, was zu einer zusätzlichen Verstärkung der Absenkung der HMGs und AGGs führt. Die Auswirkung dieser Sonderbehandlung wird in den Tabellen 3 und 4 sichtbar.

Tabelle 3: a) Relativgewichte für Erkrankungen mit überwiegend letalem Verlauf:

HMG-Bezeichnung		mit Sonderbehandlung	ohne Sonderbehandlung	Anteil HMG-Zuschlag ohne Sonderbehandlung mit Sonderbehandlung
HMG002	Sepsis/Schock	0,26	0,47	54,5%
HMG008	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	5,73	8,49	67,5%
HMG011	Bösartige Neubildung des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas	2,08	2,76	75,5%
HMG009	Metastasen sonstiger Lokalisation, Kaposi-Sarkom	4,18	5,56	75,2%
HMG025	Terminale Lebererkrankung	0,81	1,04	77,7%
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	1,91	2,48	77,1%
HMG026	Leberzirrhose	0,37	0,46	80,0%
HMG031	Ileus	0,56	0,70	80,4%
HMG010	Lymphknotenmetastasen	3,30	3,84	86,0%

Tabelle 4: b) Relativgewichte für Erkrankungen, die überwiegend im Alter auftreten

HMG-Bezeichnung		mit Sonderbehandlung	ohne Sonderbehandlung	Anteil HMG-Zuschlag ohne Sonderbehandlung mit Sonderbehandlung
HMG049	Sonstige Demenzerkrankungen	0,17	0,32	54,7%
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	0,17	0,28	60,5%
HMG112	Sonstige Pneumonien, Empyem, Lungenabszess, Pleuritis, pulmonale Insuffizienz	0,36	0,53	68,3%
HMG047	Morbus Alzheimer, normotensiver Hydrozephalus	0,39	0,56	70,3%
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	0,23	0,30	78,6%
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	1,02	1,23	83,0%
HMG080	Herzinsuffizienz	0,38	0,43	87,4%
HMG095	Zerebrale Blutung	1,08	1,24	87,0%

...

Sowohl bei den überwiegend letal verlaufenden Erkrankungen als auch bei den Erkrankungen, die überwiegend im Alter auftreten, zeigt sich, dass die HMG-Zuschläge aufgrund der Sonderbehandlung der Verstorbenen gegenüber einem Verfahren ohne Sonderbehandlung um bis zu 45 % reduziert werden. Dies hat zur Folge, dass die Zuweisungen die Ausgaben nicht decken.

Da der Anteil der Verstorbenen mit dem Alter ansteigt, nimmt der Anteil der Versicherten, für die die Ausgaben im Regressionsverfahren aufgrund der Sonderbehandlung künstlich gekürzt werden, stetig zu. D.h. mit steigendem Alter gehen die von der GKV finanzierten Behandlungskosten immer unvollständiger in das Verfahren zur Ermittlung der Zuschläge ein. Dies wirkt sich nicht nur wie oben beschrieben auf die Höhe der HMG-Zuschläge, sondern auch auf die Höhe der AGG-Zuschläge aus.

Ermittlung der Zuweisungen für Versicherte

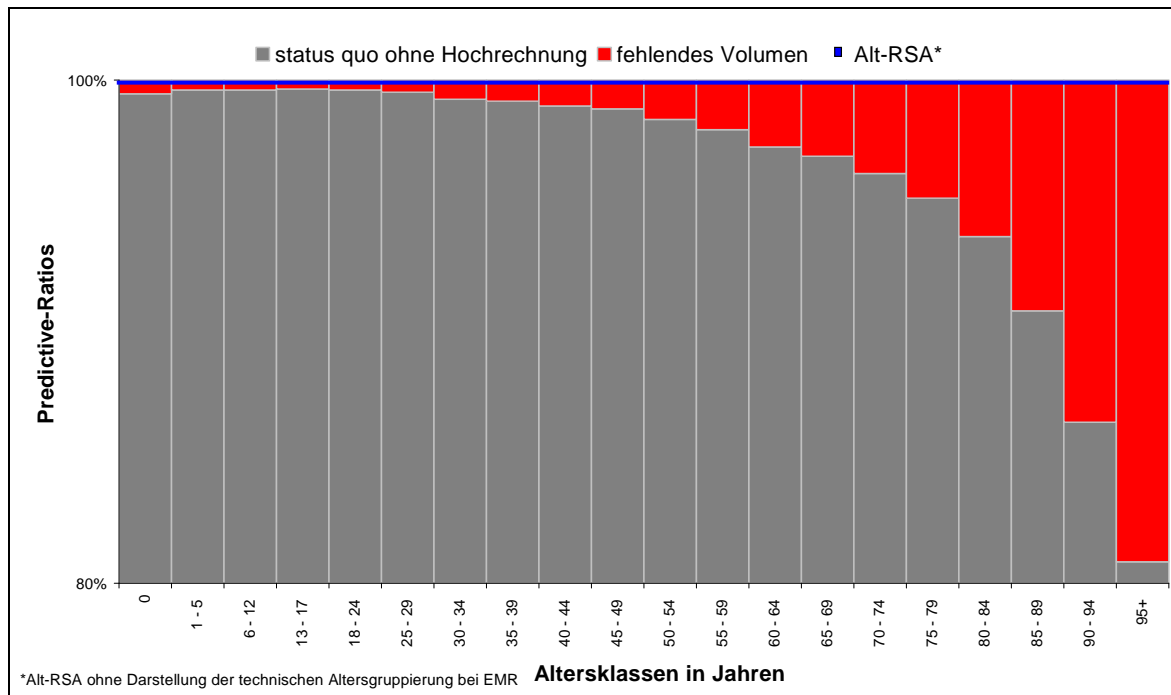
Anders als im Regressionsverfahren, wo die Versicherungszeiten auf 365 Tage hochgerechnet werden, geschieht dies bei der Ermittlung der Zuweisungen für einen Versicherten nicht. Hier wird richtigerweise nur die Anzahl der Versichertentage herangezogen und mit den GKV-durchschnittlichen Zuschlägen pro Tag multipliziert, an denen er tatsächlich bei einer Krankenkasse versichert war. Für den PKV-Wechsler und den Verstorbenen aus dem obigen Beispiel mit jeweils 181 Tage. Dies ist völlig sachgerecht und entspricht auch dem im Alt-RSA praktizierten Verfahren.

GKV-weites Zuweisungsvolumen

Da bei der Ermittlung des Zuweisungsvolumens auf der einen Seite nur die realen Versicherungszeiten, auf der anderen Seite bei der Ermittlung der Zuschläge im Regressionsverfahren aufgrund der künstlichen Kürzung der Ausgaben der Verstorbenen jedoch nicht alle in der GKV finanzierten Versorgungskosten in die Berechnung eingehen, entspricht das GKV-weite Volumen der Zuweisungen nicht dem GKV-Ausgabenvolumen. Werden die Versicherungszeiten mit den so ermittelten Zuschlägen ausmultipliziert, stellt man fest, dass das Zuweisungsvolumen rd. 3% niedriger liegt als die Ist-Ausgaben der GKV. Überträgt man diese 3% auf die GKV-Ausgaben 2011, so beträgt der Kürzungsbetrag 2011 rd. 5 Mrd. €. Ohne Korrektur des Zuweisungsvolumens auf das Niveau der GKV-Ist-Ausgaben ergeben sich folgende Deckungsgrade (predictive-ratios) je Altersgruppe:

...

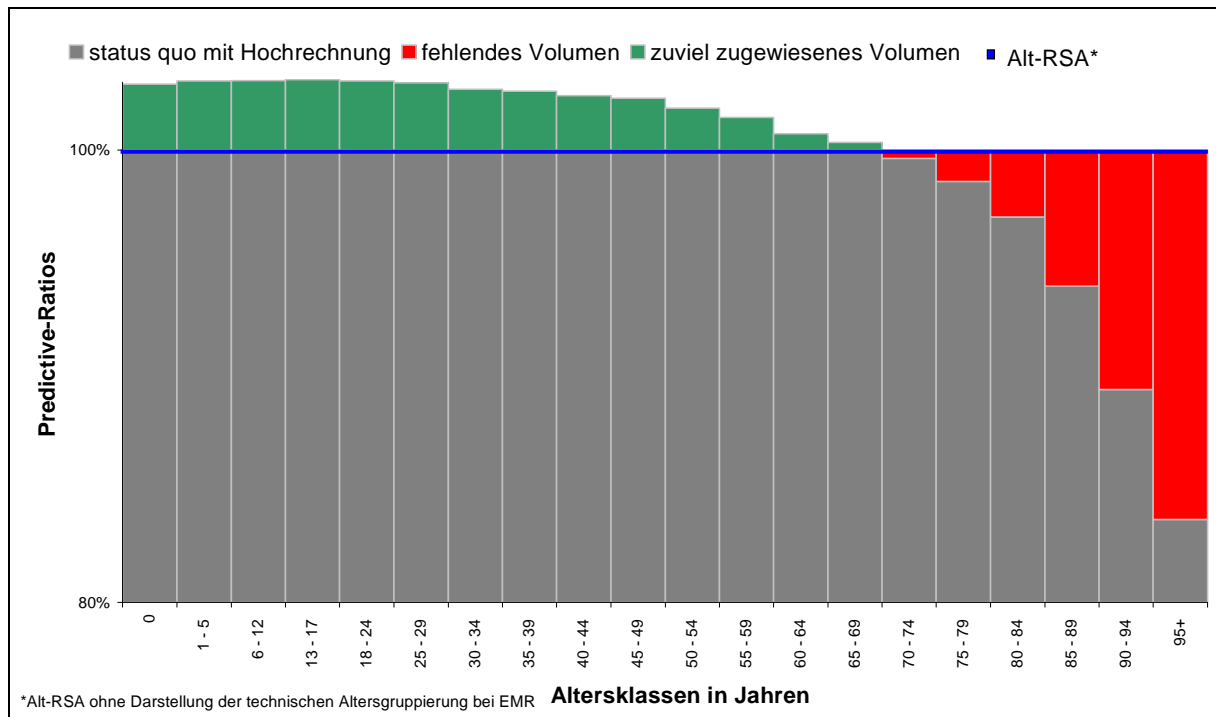
Abb. 1: Deckungsgrade je Altersgruppe, ohne Korrektur des Kürzungsvolumens



Da die verfahrensbedingte Kürzung der Leistungsausgaben vom Anteil der Verstorbenen in den jeweiligen Altersgruppen abhängt, verwundert es nicht, dass mit zunehmendem Alter die Zuweisungen der Ist-Ausgaben immer schlechter decken. Die größte Lücke zwischen Zuweisungen und Ist-Ausgaben entstehen somit bei den über-95-jährigen mit nahezu 20% Unterdeckung der Ausgaben.

Das Verfahren des MRSA sieht jedoch vor, dass die Zuschläge immer so angepasst werden, dass richtigerweise das Volumen der GKV- Ausgaben (KJ1) gedeckt werden. Folglich wird das Volumen von rd. 3% der nicht berücksichtigten Behandlungskosten in einem nachgelagerten Berechnungsschritt und einem einheitlichen Hochrechnungsfaktor über alle Morbiditätsgruppen (AGGs, HMGs usw.) verteilt. Dies führt dazu, dass die von den Ausgabenkürzung nicht oder kaum betroffenen Zuschläge fälschlicherweise gleichermaßen hochgerechnet werden wie die aufgrund der Sonderbehandlung künstlich gekürzten Zuschläge. D. h.: Durch die Anwendung des einheitlichen Korrekturfaktors werden Zuschläge korrigiert, die keiner oder kaum einer Korrektur bedürfen, wogegen die korrekturbedürftigen Zuschläge nur unzureichend korrigiert werden.

Abb. 2: Deckungsgrade nach Altersgruppen nach Hochrechnung auf GKV-Ist-Ausgaben



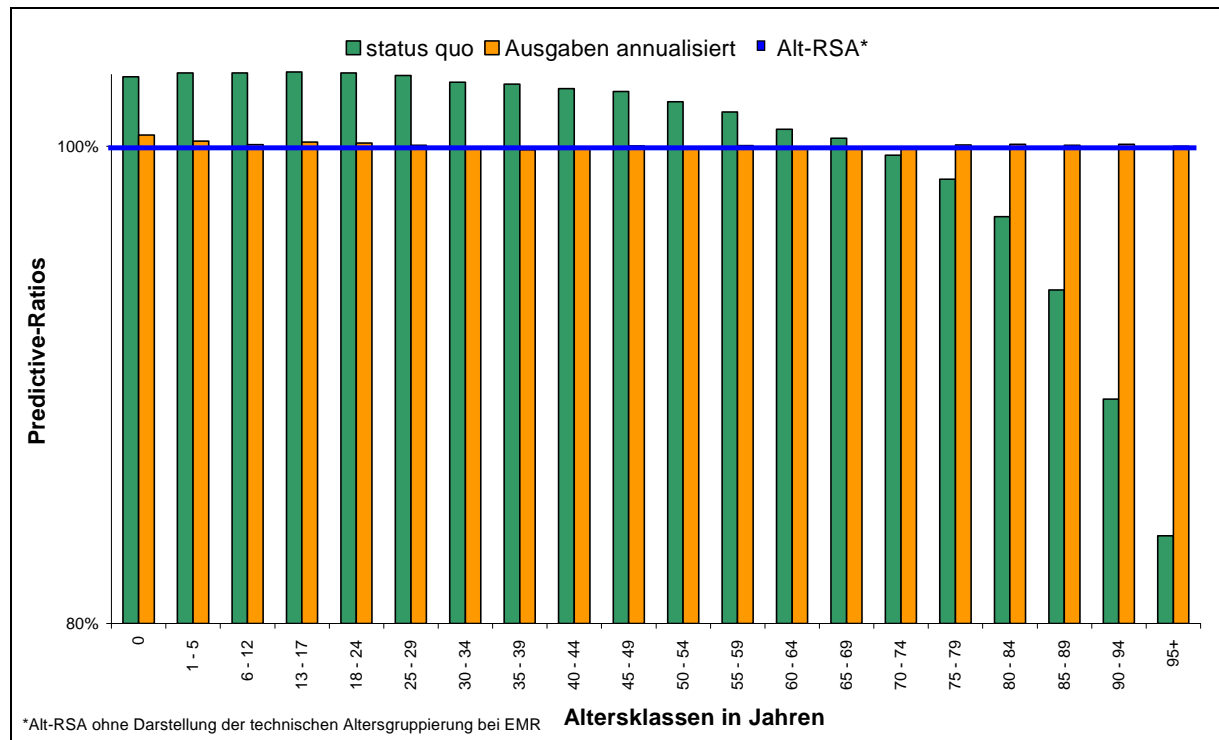
Die Abbildungen 1 und 2 zeigen sehr deutlich, dass der Gesundheitsfonds aufgrund des Konstruktionsfehlers der Sonderbehandlung von Verstorbenen für Versicherte, die jünger als 70 Jahre sind, Mittel zuweist, die für ihre Versorgung nicht benötigt werden. Diese Überversorgung der jüngeren Versicherten wird durch die verfahrenstechnische Kürzung der Zuweisungen für alte und schwerkranke Versicherte finanziert.

Erfüllt der derzeit umgesetzte MRSA die gesetzlichen Anforderungen?

Lt. § 266 Abs.1 Satz 2 SGB V sollen mit den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs.2 SGB V) und Morbiditätsgruppen (§ 268 SGB V) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. Diese Vorgabe wird bezogen auf die Altersgruppen im Gegensatz zum Alt-RSA aufgrund der Auswirkungen der Sonderbehandlung von Verstorbenen nicht mehr erfüllt. Die Gefahr, dass ältere und schwerkranke Versicherte wieder Opfer von Risikoselektion werden, ist somit real. Rational agierende Krankenkassen werden sich wieder mehr um junge

und gesunde Versicherte bemühen, da sie mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit für diese - auf Kosten der schwerkranken und alten Versicherten - positive Deckungsbeiträge erzielen können. Eine Korrektur dieser Schieflage ist zwingend erforderlich und ohne gesetzliche Maßnahmen mittels Umsetzung einer vollständigen Annualisierung leicht zu beheben (s. Abbildung 3).

Abb. 3: Ein vollständiges Annualisierungsverfahren behebt die Fehlzusweisungen zwischen den Altersklassen vollständig



Fazit

Die Sonderbehandlung von Verstorbenen im Regressionsverfahren zur Ermittlung der Zuschläge, führt dazu, dass die Anforderungen des § 266 Abs. 1 SGB V an den MRSA nicht erfüllt sind. Das Verfahren stellt nicht sicher, dass die GKV-weiten Zuweisungen für die einzelnen Altersgruppen die entsprechenden Ist-Ausgaben der GKV decken. Vielmehr werden durch dieses Verfahren für jüngere und gesündere Altersgruppen Zuweisungen zur Verfügung gestellt, die durch einen verfahrenstechnischen Konstruktionsfehler den alten und schwerkranken Versicherten entzogen werden. Folglich stehen für deren Versorgung

nur unzureichende Mittel zur Verfügung. Die Deckungslücke erreicht bei den Versicherten im Alter über 94 Jahre im Durchschnitt mehr als 15 %.

Auch wenn diese Analysen lediglich auf AOK-Daten durchgeführt wurden, so ist davon auszugehen, dass sich auf der GKV-Datenbasis ähnliche Ergebnisse zeigen werden. Der GKV-SV und das Bundesversicherungsamt bzw. der Wissenschaftliche Beirat sind gefordert, derartige Analysen durchzuführen und deren Ergebnisse für eine objektive und fachliche - und nicht politisch geprägte - Entscheidungsfindung spätestens für die Ausgestaltung des Klassifikationssystems 2012 heranzuziehen.

Sollte sich der GKV-SV alleine aufgrund seiner Neutralität nicht in der Lage fühlen, eine fachlich objektive Position im Vorschlagsverfahren zu ergreifen, so muss er sich dessen bewusst sein, dass eine fehlende Positionierung dazu beiträgt, dass das derzeitige unsachgemäße Verfahren fortgeführt wird und damit Krankenkassen mit einer überdurchschnittlich jungen Versichertenstruktur zu Lasten von alten und kranken Versicherten von diesem Verfahren weiterhin aufgrund eines Konstruktionsfehlers im MRSA profitieren. Insoweit kann auch in diesem Falle von einer Neutralität des GKV-SV nicht die Rede sein.

7. Berechnung der Zu- und Abschläge, hier: nicht morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Abweichend von den nach § 266 SGB V berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden seit 2010 Leistungsausgaben für Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht, Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, Zahlungen nach ISchGKVLV, Betriebliche Gesundheitsförderung, Schutzimpfungen, Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sowie der Medizinischer Dienst als sog. nicht morbiditätsbezogene Leistungsausgaben betrachtet und nicht nach den Kriterien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für die Gesundheitsfondszuweisungen berücksichtigt. Wie bereits mit unserer Stellungnahme vom 12.04.2010 angemerkt, ist diese Abgrenzung in Bezug auf die Schutzimpfungen nicht mehr zutreffend. Die Durchführung und Abrechnung von Impfungen ist durch regionale Vereinbarungen geregelt, die bereits heute in vielen Fällen eine versichertenbezogene Abrechnung bestimmter Impfstoffe außerhalb des Sprechstundenbedarfs vorsehen. Daher wird vorgeschlagen, die Schutzimpfungen nicht mehr pauschal den sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zuzuordnen. Eine Überprüfung des Fehlens eines Versicherten- und Morbiditätsbezug von Leistungen der Schutzimpfungen ist u. E. im Vorfeld der Festlegung des Klassifikationsmodell 2012 erforderlich.

Bei der Abgrenzung derjenigen Leistungsausgaben, die als sog. nicht morbiditätsbezogene Leistungsausgaben gelten und je Versicherten berücksichtigt werden, ist es erforderlich, auch Erstattungen für Leistungsausgaben und solche Leistungsausgaben, die nur pauschal

und nicht versichertenbezogen erhoben werden, einzubeziehen. In diesen Fällen kann kein Morbiditätsbezug hergestellt werden, weshalb eine Berücksichtigung über die Verteilungskriterien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nicht möglich ist. Vielmehr müssen diese Beträge - nachfolgend als Erstattungs- und Anrechnungsbeträge bezeichnet - analog den nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben versichertenbezogen berücksichtigt werden. Andernfalls würden weiterhin Ausgaben- und Einnahmenpositionen mit gleicher Eigenschaft in Bezug auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unterschiedlich berücksichtigt und damit die Zielgenauigkeit des Verfahrens weiterhin beeinträchtigen. So ist nicht begründbar, warum die Aufwendungen für den medizinischen Dienst nicht morbiditäts- sondern ausschließlich versichertenbezogen, die Aufwendungen in Verbindung mit Rückzahlungen- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen allerdings ausschließlich morbiditätsbezogen berücksichtigt werden. Auch die Höhe von Arzneimittelrabatten steht nicht stärker in Verbindung mit der Morbidität der Versicherten als Ausgaben für die Betriebliche Gesundheitsförderung. Die Höhe der Arzneimittelrabatte ist im Wesentlichen von den Produktpreisen, den je Krankenkasse vereinbarten Rabattmargen sowie von den tatsächlich erreichten Umsatzmengen abhängig.

Zu den Erstattungs- und Anrechnungsbeträgen sind daher alle folgenden Ausgaben und Verrechnungsbeträge zu zählen, die entsprechend auch in der Anlage 3.1 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nummer 1 und 2 SGB V benannt und mittels zusätzlichen Verfahrensschritten bislang auch in die Berechnungen eingeflossen sind: Die Erstattungen nach § 19 BVG (a. F. und n. F.; Konten 3200, 3250), die Erstattungen nach dem IfSG und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz (Konto 3230), die Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte (Konto 3400), die Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V (Konto 3410), Arzneimittelrabatte (Kontenart 439), Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Konto 4606), Integrierte Versorgung – Rabatte (KA 587), Komplexpauschalen bei Integrierter Versorgung (IV) (Kontenart 588), Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung IV (Konto 5890) und Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (Kontenart 598).

Bei der Berechnung des Volumens der sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben bzw. des versichertenbezogenen Erhöhungsbetrages (vgl. hierzu u. a. Anlage 4 der Festlegung vom 30.09.2010, Punkt B.2 und M.2) ist daher wie folgt vorzugehen:

Die nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben werden um die Summe aller Erstattungs- und Anrechnungsbeträge gemindert und durch die Zahl der Versicherten in der GKV dividiert. Zugleich werden die Erstattungs- und Anrechnungsbeträge nicht mehr bei der Berechnung des Hundert-Prozent-Wertes für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Abzug gebracht (vgl. hierzu u. a. Anlage 4 der Festlegung vom 30.09.2010, Punkt M.1.b). Die Berechnung des Hundert-Prozent-Wertes für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben erfolgt somit brutto, Erstattungs- und Anrechnungsbeträgen sowie die nicht

morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben werden sachgerecht je Versicherten berücksichtigt. (zur Unterscheidung in Erstattungs- und Anrechnungsbeträge vgl. die Erläuterungen in Anlage 4 der Festlegung vom 30.9.2010).

Auf diese Weise wird zugleich erreicht, dass alle Erstattungs- und Anrechnungsfaktoren, deren Berechnung und Anwendung in Anlage 4 der Festlegung vom 30.9.2010 unter Punkt B.1.d beschrieben ist und die sich nicht auf die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben Krankengeld beziehen, sowie die zugehörigen Datenverarbeitungsprozesse entfallen können. Hierdurch wird auch eine deutliche Verfahrensvereinfachung erreicht.

Bezüglich der Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (Kontenart 321), die den standardisierten Leistungsausgaben für Krankengeld zugeordnet sind, ist anzumerken, dass diese weiterhin gem. des bestehenden Berechnungsverfahrens zu berücksichtigen sind. Erstattungen für Krankengeld können direkt den gesondert ausgewiesenen Krankengeldleistungsausgaben zugeordnet werden. Eine Differenzierung in nicht morbiditätsbezogene und morbiditätsbezogene Leistungsausgaben ist nicht erforderlich, da die Zuweisungen für standardisierte Krankengeldausgaben nicht mittels Morbiditätsfaktoren ermittelt werden.

8. Zuweisungen für standardisierte Verwaltungsausgaben

Gem. § 270 Abs. 1 Buchstabe c) SGB V i. V. m § 37 Abs. 1 Nummer 2 und 3 RSAV erhalten die Krankenkassen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die zu jeweils 50 Prozent über die standardisierten Leistungsausgaben und die Zahl der Versicherten bemessen werden. In Anlage 4 der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV vom 30.09.2010 wird das Nähere zur Berechnung dieser Zuweisungen geregelt (vgl. hierzu u. a. Kapitel I, Punkt A.2.b, A.2.c, Kapitel V, Punkt M.1.d, M.1.e sowie Kapitel VI, Punkt P.2, P.3). Dabei legt das Bundesversicherungsamt fest, dass die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben auf Basis der um die Erstattungen geminderten sog. Nettoverwaltungsausgaben einschl. Telematik bemessen werden. Diese Vorgehensweise ist aus folgenden Gründen zu modifizieren: Verwaltungskostenerstattungen weisen keinen Morbiditätsbezug auf, da sie für Verwaltungsaufwendungen für Dritte (Beitragseinzug für die übrigen Sozialversicherungen, Unfallversicherung etc.) geleistet werden. Allein für die mit dem Beitragseinzug entstandenen Verwaltungskosten erhalten die Krankenkassen gem. KJ1 2009 Erstattungen von der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von mehr als 700 Mio. Euro – völlig unabhängig von der Morbidität der GKV-Mitglieder. Dies entspricht bereits mehr als 1/3 aller Verwaltungskostenerstattungen.

Da die Erstattungen für Verwaltungskosten keinen Morbiditätsbezug aufweisen, steht das bisherige Vorgehen im Widerspruch sowohl zu den gesetzlichen Vorgaben als auch zur

Verfahrensweise der Zuweisungsberechnung für standardisierte Leistungsausgaben. Gem. des in der Anlage 4 der Festlegung vom 30.9.2010 kodifizierten Verfahrens werden diese Erstattungen fälschlicher Weise auch bei den nach standardisierten Leistungsausgaben bemessenen Zuweisungen für standardisierte Verwaltungsausgaben in Abzug gebracht. Das Verfahren ist daher wie folgt anzupassen:

Die Bruttoverwaltungsausgaben werden gem. den Vorgaben des § 37 Abs. 1 Nummer 2 und 3 RSAV zu 50 Prozent den standardisierten Leistungsausgaben und zu 50 Prozent den Versicherten zugeordnet. Die Berechnung der Zuweisungen für standardisierte Verwaltungsausgaben erfolgt nun brutto, aber rechentechnisch analog zum bisherigen Verfahren. Um sicherzustellen, dass die Krankenkassen nur Zuweisungen in Höhe der standardisierten Nettoverwaltungsausgaben erhalten, sind die Verwaltungskostenerstattungen versichertenbezogenen von den Zuweisungen für Verwaltungsausgaben (brutto) in Abzug zu bringen. Zur Berechnung der versichertenbezogenen Abzugsbeträge für Verwaltungskostenerstattungen wird die Summe der Verwaltungskostenerstattungen durch die Summe der Versicherten der GKV dividiert und mit den Versicherten der Krankenkasse vervielfältigt.

9. Berechnungsverfahren der Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen

Mit Festlegung zum Klassifikationsmodell 2010 wurde durch das Bundesversicherungsamt auch das Verfahren zur Berechnung von Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen bestimmt. Diese Angleichungsfaktoren stellen sicher, dass die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben auch im zeitlichen Verlauf des Abschlagverfahrens den ursprünglich ermittelten Anteilen für Zuweisungen nach Alters und Geschlecht, Erwerbsminderung, Morbidität etc. entsprechen. Bei der Berechnung dieser Angleichungsfaktoren und Normierung auf die ursprünglichen Zuweisungsanteile wird die Grundpauschale, die Bestandteil der Zuweisungen für Alters- und Geschlechtsgruppen sowie Auslandsversichertengruppen ist, zuvor herausgerechnet. Dies führt zu Veränderungen der Relation der Zu- und Abschläge. Wir schlagen daher vor, das Verfahren zur Normierung auf die ursprünglichen Zuweisungsanteile bei Berechnung der Angleichungsfaktoren so anzupassen, dass die Grundpauschale berücksichtigt wird [vgl. hierzu Anlage 4 der Festlegung vom 30.9.2010, Punkt D.3]. Hierzu müssen unter Punkt D.3.b.II / D.3.f.II die Zu- und Abschläge gem. B.5.g zuzüglich des AGG-Anteils der Grundpauschale nach A.1.c berücksichtigt werden, während hingegen unter Punkt D.3.b.III / D.3.f.III der Abzug des auf AGG bzw. AusAGG entfallenden Zuweisungsanteils für standardisierte Leistungsausgaben nach D.3.a entfallen muss.

Seite 20

Datum
31.03.2011

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes besteht die Möglichkeit, die Zielgenauigkeit und Robustheit gegen Manipulationen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs 2012 sowie der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds insgesamt weiter zu erhöhen. Wir möchten Sie bitten, unsere Vorschläge dem Bundesversicherungsamt weiterzuleiten und für die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 zu berücksichtigen. Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Dorothee Schawo