

Bundesversicherungsamt  
Herrn Dr. Dirk Göppfarth  
Referat VII 2  
Friedrich-Ebert-Allee  
53133 Bonn

VII 2 – 5572.11 – 128/2011

F

Klaus Stein

(07 11) 89 13 – 3 48

(07 11) 89 13 – 8 21

28. März 2011

Ihre Zeichen

Unser Zeichen

Bearbeitet von

Telefon

Telefax

Datum

**VII 2 – 5572.11 – 128/2011**

**Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich**

**Anpassung des Modells für den Jahresausgleich 2012**

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,  
sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 17.01.2011 hat das BVA dazu aufgerufen, Vorschläge für die nach § 31 Abs. 4 RSAV anstehende Revision des bestehenden Versichertenklassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 bis zum 01.04.2011 einzureichen.

Inzwischen blicken alle Beteiligten mit der Erfahrung von mehr als 2 Jahren auf den Morbi-RSA zurück. Wesentliche Ziele der Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA waren die nachhaltige Sicherstellung der Finanzierung der GKV, die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen durch wirtschaftliches Handeln und die Vermeidung von Risikoselektion durch die einzelnen Krankenkassen. Dabei wird gemäß § 266 Abs. 1 Satz 2 SGB V mit den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, mit dem die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen und Morbiditätsgruppen zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.

Die Deutsche BKK hat sich bereits frühzeitig für die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ausgesprochen. Den oben dargestellten Zielen folgt sie uneingeschränkt. Im derzeit umgesetzten Klassifikationsmodell gibt es jedoch einige Schwachpunkte, die dazu führen, dass die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel noch nicht vollständig und zielgerichtet bei den Krankenkassen ankommen, die aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Morbidität einen erhöhten Aufwand bei der Versorgung ihrer Versicherten haben. Dies wurde insbesondere bei der Veröffentlichung der letzten KV45-Werte für das 4. Quartal 2010 deutlich. Aus diesem Grund schlagen wir für das Klassifikationsmodell 2012 vor, nachfolgende Punkte mit in die anstehende Revision zu nehmen und umzusetzen.

Postanschrift:  
Deutsche BKK  
Postfach 80 02 25  
70502 Stuttgart

IK: 109939003

24 Stunden am Tag  
für Sie erreichbar

Telefon:  
(0 18 02) 00 00 10\*

Flatratennutzer:  
(0 53 61) 18 31 83

Telefax:  
(0 18 02) 14 04 64

E-Mail:  
info@deutschebkk.de

Internet:  
www.deutschebkk.de

\*6 Cent pro Anruf aus dem  
deutschen Festnetz; max.  
42 Cent pro Minute aus  
Mobilfunknetzen.

### **1. Ausweitung des Klassifikationsmodell von derzeit 80 Krankheiten auf alle Krankheiten**

In der Phase der Planung und des Testens der verschiedenen zur Verfügung stehenden Klassifikationsmodellen war es zu keiner Zeit ein Thema, die auszugleichenden Krankheiten auf eine bestimmte Anzahl einzuschränken. Die Beschränkung auf 50 – 80 eng abgrenzbare, chronische, schwerwiegende und kostenintensive Krankheiten entspringt einem politischen Kompromiss, der zu keinem Zeitpunkt empirisch als nachhaltig sinnvoll belegt werden konnte.

Nach internen Berechnungen wird die Ausweitung auf alle Krankheiten die Zielgenauigkeit der Verteilung der finanziellen Mittel in Richtung der morbiditen Krankenkassen zwar nur marginal verändern, bestehende Ungleichverteilungen würden dennoch vermindert werden.

Darüber hinaus kann die Erweiterung auf alle Krankheiten einen Beitrag zur Vereinfachung des Klassifikationsmodells leisten. Die jährliche Überprüfung der 80 Krankheiten wäre hinfällig. Die Kassen hätten dauerhaft Sicherheit über die zu berücksichtigenden Krankheiten. Die vermeintlichen Anreize zur Versorgung der ausschließlich im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten werden nicht länger gegeben sein.

### **2. Einheitliche Berücksichtigung der Kosten bei der Regression für alle Versicherten mit einer nicht vollständigen Versicherungsperiode**

Nach wie vor gibt es Unterschiede bei der Berücksichtigung der Kosten von Versicherten mit einer nicht vollständigen Versicherungsperiode innerhalb der regelmäßig durchzuführenden Regression.

Zu nicht vollständigen Versicherungsperioden kann es durch Zu- und/oder Abgänge eines Versicherten während eines Jahres kommen. Zugänge werden in der Regel durch Geburten oder Neuzugänge in der gesetzlichen Krankenversicherung erzeugt, Abgänge durch Versterbende, Auswanderer oder Personen, die in die private Krankenversicherung wechseln.

Im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes erscheint es uns nicht sachgerecht, verschiedene Personengruppen unterschiedlich zu bewerten.

### **3. Differenzierung der Krankheit 45 - Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS in zwei HMG**

Die Multiple Sklerose (Krankheit Nr. 45, DxG 325, HMG 072) ist in Mitteleuropa die häufigste chronisch-entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems. Frauen sind ungefähr doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Die Zuweisungen über den Gesundheitsfonds sind jedoch für die Versorgung der MS-Erkrankten nicht ausreichend. Allein die Ausgaben für Arzneimittel, die für die Behandlung der MS eingesetzt werden, sind proportional so hoch, dass für die weiteren Ausgaben für ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Heil- und Hilfsmittel sowie zusätzliche Arzneimittel (z.B. Schmerzmittel) keine ausreichenden Mittel zur Verfügung stehen.

Ausgangslage: Obwohl Arzneimittel kein Aufgreifkriterium für die Eingruppierung in die HMG072 sind, hat die Deutsche BKK analysiert, welche Arzneimittel eindeutig zur Therapie der MS eingesetzt werden.

Interferon-beta-1a (Rebif®, Avonex®)	AL03AB07
Interferon-beta-1b (Betaferon®, Extavia®)	AL03AB08
Glatirameracetat (Copaxone®)	AL03AX13
Natalizumab (Tysabri®)	AL04AX01

Die Kriterien für die Analyse waren die Abrechnungsdaten 2009, die Eingruppierung in HMG072 und die Auslösung der Zuweisungen in 2010.

Insgesamt hat die Deutsche BKK für 2668 Versicherte mit MS Zuweisungen erhalten. Davon waren 989 Versicherte, die einen der o. g. Arzneimittelwirkstoffe erhalten haben. Für weitere 1679 Versicherte, die keine der Arzneimittel in 2009 ambulant verordnet bekommen, erhielten wir entsprechende Zuweisungen.

Zur sachdienlicheren Zuweisung der Zuschläge für die Krankheit 45 schlagen wir eine Aufteilung in zwei HMG vor.

#### **4. Veränderung des Schlüssels bei der Zuweisung von Verwaltungskosten**

Im bestehenden Klassifikationsmodell werden die Zuweisungen für Verwaltungskosten zu 50% pauschal und die anderen 50% nach Morbidität der Krankenkasse zugewiesen.

In Folge interner Prüfungen und auch nach Rücksprache mit einigen Beteiligten zur Untersuchung des ersten vollständigen Morbi-RSA-Jahres entspricht dieser Verteilungsschlüssel nicht den aktuellen Notwendigkeiten. Die bei morbiditen Kassen für die Versorgung benötigten Verwaltungsmittel können durch die Zuweisungen nicht ausreichend gedeckt werden.

Durch die Einführung des Zusatzbeitrages hatte auch die Deutsche BKK vorübergehend ein erhöhtes Maß an Kündigungen zu verzeichnen. Dabei hat sich gezeigt, dass nicht der erwartete „Durchschnittsversicherte“ kündigt, sondern überwiegend Versicherte mit positiven Deckungsbeiträgen die Kasse verlassen. Somit ist in vielen Leistungsbereichen auf der einen Seite die für die Versorgung notwendige Arbeit geblieben, auf der anderen Seite vermindern sich die Zuweisungen für Verwaltungsaufgaben aber überproportional.

Wir schlagen daher eine Veränderung des Verteilungsschlüssels wie folgt vor: 20% pauschal und 80% für Morbidität.

#### **5. Anpassung der Zuweisungen für Krankengeld**

Die Zuweisungen für Krankengeld nach der Systematik des alten RSA sind nicht zielführend. Steigende Krankengeldausgaben, deren absolute Höhe je nach Versichertenstruktur der Krankenkasse unterschiedlich ist, können nicht mit den durchschnittlichen Zuweisungen aus dem Morbi-RSA gedeckt werden. Diese Problematik ist nicht durch den Morbi-RSA geschaffen worden. Allerdings wird sie bisher auch nicht durch diesen gelöst.

Mitte Januar 2011 waren alle Kassen verpflichtet die Satzarten 300 und 301 abzugeben. Mit Hilfe dieser Daten sollen verschiedene Modelle getestet werden. Die Deutsche BKK begrüßt alle Bemühungen zu einem besseren Verteilungsmodus. Insbesondere schlagen wir vor, neben der Risikostruktur auch die Lohnstruktur der Mitglieder einer Kasse und branchenspezifische Aspekte stärker zu berücksichtigen.

4  
28. März 2011

Seite  
Datum

Dabei appellieren wir an die handelnden Personen, die gewonnenen Erkenntnisse frühzeitig und transparent zur Verfügung zu stellen, damit sich alle Betroffenen rechtzeitig ein eigenes Bild über die geplanten Änderungen machen und ggf. noch Schwachpunkte erkennen können.

Wir hoffen, dass Sie unseren Argumenten in den 5 Vorschlägen folgen werden. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Klaus Stein', followed by a long horizontal flourish.

Klaus Stein  
Finanzen