



Unternehmen Leben

DAK, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

**Per Email**

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesversicherungsamt - Ref. VII2

Zentrale  
Risikostrukturausgleich  
*Postanschrift* DAK, Postfach 10 14 44  
20009 Hamburg  
*Telekontakt* Telefon: 040 2396-1314  
Telefax: 040 2396-3314  
joern.laufer@dak.de  
*Internet* www.dak.de  
*persönlicher Kontakt* Nagelsweg 27 - 31  
20097 Hamburg

*unser Zeichen* 0 00-002120-00000-La  
*IK* 101560000  
*Datum* 02.09.2011

**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen,  
Zuordnungsalgorithmus, Regressions- & Berechnungsverfahren für das  
Ausgleichsjahr 2012**

Nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV legt das BVA die Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30.09. fest. Der Entwurf dieser Festlegung für das Ausgleichsjahr 2012 ist vom BVA am 05.08.2011 an den GVS-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK wie folgt Stellung:

**Allgemeines**

Für die DAK ist es unverständlich, nach welchen Kriterien das BVA aus den eingegangenen Stellungnahmen bestimmte Vorschläge ausgewählt hat, um sie näher zu analysieren und in den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung zu erwähnen. Eine Bewertung von allgemeinen bzw. sonstigen Vorschlägen der DAK zu Risikopool / Zusatzentgelten, Alter und Geschlecht, Datenverfügbarkeit und Prospektivität sowie zur Abbildung zahlreicher DxG in einer HMG bei Neubildungen aus unserem Schreiben vom 01.04.2011 wurde leider nicht vorgenommen. Die DAK bittet unverändert um eine eingehende Prüfung dieser Vorschläge, selbst wenn eine Änderung im direkten Zusammenhang mit der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht möglich sein sollte. Ergibt diese Prüfung, dass durch die Vorschläge der DAK die Zielgenauigkeit des

Morbi-RSA erhöht wird, bittet die DAK das BVA, aktiv auf eine Änderung des Ausgleichs-systems hinzuwirken.

## **II. Anpassung der Aufgreifkriterien**

### **Zu 5 - Verwendung stationärer Nebendiagnosen**

Die DAK begrüßt die Bemühungen des BVA, Manipulationsanreize zu reduzieren. Mit der vorgeschlagenen Berücksichtigung von stationären Nebendiagnosen bleiben jedoch weiter Manipulationsanreize bestehen, da eine ungerechtfertigt erzeugte, manipulierte stationäre Nebendiagnose über den ambulanten Bereich, bzw. beim Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ auch über den stationären Bereich, weiterhin eine zusätzliche Zuweisung generieren kann, die ohne Manipulation nicht erfolgt wäre. Auch sollte ein neues Verfahren, das lediglich einer Reduktion von Manipulationsanreizen dient, nicht dazu führen, dass der Anteil der morbiditätsbedingten Zuweisungen im Morbi-RSA immer geringer wird. Die Folge einer solchen Vorgehensweise wäre schlussendlich eine Zuweisung der Gelder im Morbi-RSA nur nach Alter und Geschlecht, wodurch zwar sämtliche Anreize, Diagnosen zu manipulieren, eliminiert wären, wodurch aber auch der Morbiditätsbezug des RSA verschwunden wäre. Als „schnelle, zeitlich begrenzte Maßnahme“ gegen die bekannt gewordenen Manipulationen von Krankenhausrechnungen ist die vorgeschlagene Berücksichtigung von stationären Nebendiagnosen jedoch zu akzeptieren. Allerdings sollten aus Sicht der DAK vordringlich Verfahren entwickelt werden, die Manipulationen bei Kassen zuverlässig aufdecken können und anschließend diese Kassen konsequent bestrafen. Dadurch würden Manipulationsanreize deutlich reduziert werden ohne bei allen Kassen den morbiditätsbedingten Anteil der Zuweisungen zu verringern.

## **III. Anpassung des Klassifikationsmodells**

### **Zu 6 - Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“**

Die DAK begrüßt die erneute umfassende Analyse und Überarbeitung der Abbildung von Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems.

#### **Zu 6.2 - Berücksichtigung von Arzneimitteln im Zusammenhang mit den HMG038, HMG206 und HMG207**

Das Ergebnis des wissenschaftlichen Beirates mit der Schaffung einer – hierarchisch übergeordneten – HMG bei Vorliegen bestimmter Arzneimitteln entspricht dem Vorschlag der DAK. Die aus den HMG038, HMG206 und HMG207 herausgezogenen Fälle mit Arzneimittel-

validierung führen alle in die gemeinsame - in dem Vorschlag der DAK beispielhaft genannte - HMG250.

## **Zu 7 - Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“**

### **Zu 7.3 - Berücksichtigung sonstiger Gerinnungsstörungen mit Faktorpräparaten**

Im Ergebnis der Analyse wird der Sachverhalt bestätigt, dass sehr teure Fälle der bisherigen HMG046 zugeordnet werden. Aufgrund geringer Fallzahl, die nicht die erforderlichen Mindestmenge für eine eigene HMG erreicht, sowie zeitlicher Einschränkungen wurde eine weitere Analyse nicht durchgeführt. Das bedauern wir sehr und fordern hier eine vertiefte Analyse zur Verbesserung der Abbildung von Fällen mit sehr hohen Kosten. Neben der Schaffung einer eigenen HMG unterstreicht das Zwischenergebnis der Analyse aufgrund der geringen Fallzahl die Forderung eines Risikopools für derartige Fälle.

### **Zu 7.4 - Prüfung einer geeigneten Einordnung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie D69.6**

In der vorläufigen Bewertung wurde die Prüfung des Vorschlags der DAK zur Berücksichtigung von Arzneimitteln bei idiopathischer thrombozytopenischer Purpura abgelehnt, da es behandlungsrelevante Fälle ohne Arzneimitteltherapie gibt. Nachvollziehen können wir die Argumentation nicht, da, dem Vorschlag der DAK folgend, alle Fälle, die das Arzneimittelkriterium nicht erfüllen, in der bisherigen HMG210 verbleiben sollen. Der Vorschlag der DAK zielte auf das Herauslösen der Fälle mit idiopathischer Thrombozytopenie und hohen Arzneimittelkosten aus der bestehenden HMG210. Die HMG210 AM wäre dann hierarchisch der HMG210 übergeordnet.

## **Zu 9 - Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“**

### **Zu 9.3 - Anpassung Multiple Sklerose (HMG072)**

Die von der DAK für eine Abgrenzung vorgeschlagenen Arzneimittel finden sich in der neuen HMG234 wieder. Damit bewerten wir den Vorschlag in dem wesentlichen Punkt – der Arzneimittelberücksichtigung – als umgesetzt.

Leider wird eine weitere Differenzierung mit Verweis auf Einfachheit und Transparenz des Gesamtmodells nicht weiter verfolgt. Mit dem Ziel der Verbesserung des Morbi-RSA wäre eine Aufhebung dieser Begrenzung zukünftig wünschenswert. So sollte das DRG-System ursprünglich auf ca. 600 Fallgruppen begrenzt werden, inzwischen sind es über 1.000, was zu einem besserem, jedoch - der höheren Anzahl geschuldet - auch komplizierteren System

geführt hat. Da die Berechnungen und Eingruppierungen heutzutage regelhaft mit elektronischer Datenverarbeitung durchgeführt wird, sehen wir den Schwerpunkt der Beurteilung eines Verteilungssystems in der Verteilungsgerechtigkeit und nicht in der Einfachheit.

### **Zu 13 – Kostenerstatter**

Die Aufteilung der Risikogruppe „Kostenerstatter“ in eine Gruppe „Kostenerstatter nach § 53 SGB V“ und jeweils 5 Gruppen für Männer und Frauen mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V scheint sinnvoll und sachgerecht. Allerdings sollte eine Überprüfung der Altersklasseneinteilung erfolgen, sobald von der Stichprobe auf eine Vollerhebung gewechselt wird. Außerdem sollte die vorgeschlagene Aufteilung der Gruppe der Kostenerstatter, da sie als genauer erkannt ist, bereits im nächsten RSA-Jahresausgleich angewendet werden.

## **IV. Änderung des Berechnungsverfahrens**

### **Zu 14 - Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten – auch der Verstorbenen**

Die Ausnahme im Berechnungsverfahren, nach der die Ausgaben der Verstorbenen nicht annualisiert werden (so wie die Ausgaben aller anderen Versicherten mit unvollständiger Versichertenperiode), führt nachgewiesenermaßen zu einer systematischen Unterdeckung bei Erkrankungen mit hoher Mortalitätsrate. Auch der Wissenschaftliche Beirat plädiert dafür, das Berechnungsverfahren an dieser Stelle umzustellen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass das BVA eine Änderung des Berechnungsverfahrens im Zusammenhang mit der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener mit der Begründung ablehnt, es handele sich „um eine Änderung des Verfahrens mit deutlichen finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen“ und „die Stellungnahmen der Krankenkassen fallen dementsprechend kontrovers aus“. Eine Richtigstellung im Verfahren sollte nicht deshalb zurückgehalten werden, weil die finanziellen Auswirkungen deutlich sind oder weil die Krankenkassen, die finanzielle Verluste befürchten, die notwendige Richtigstellung medienwirksam ablehnen.

### **Zu 15 – Auslandsversicherte**

Die tatsächlichen Ausgaben für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland sind GKV-weit offensichtlich durch die Zuweisungen deutlich überdeckt. Diese relevante Überdeckung der Ausgaben ist innerhalb der GKV auch noch extrem schief verteilt. Auch wenn eine Änderung bei der Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht möglich ist, sollte das BVA an anderer Stelle eine Änderung initiieren und darauf drängen, dass das Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslands-

versicherte kurzfristig korrigiert wird, um in diesem Bereich unangemessene Bevorteilungen zu eliminieren.

#### **Zu 16 – Regressionsanteile / Zuweisungsanteile**

Die beabsichtigten Änderungen sind sachgerecht.

#### **Zu 17 – Angleichungsfaktoren**

Die beabsichtigten Änderungen sind sachgerecht.

---

#### **Zu 18 – Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben**

Die beabsichtigten Änderungen scheinen sachgerecht.

---

#### **Zu 19 – Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren**

Die DAK begrüßt den Vorschlag des AOK-BV bzgl. der Berücksichtigung der Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren eine Überprüfung des bisherigen Verfahrens vorzunehmen.

---

#### **Zu 20 – Nivellierungsfaktor**

Der Streichung des Nivellierungsfaktors kann die DAK zustimmen.

#### **Zu 21 - Verwaltungsausgaben – Anrechnung von Erstattungen**

---

Wenn die Verwaltungskostenerstattungen – wie zu vermuten – nicht morbiditätsbezogen sind, ist der Vorschlag des AOK-BV sachgerecht, bei der Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen nach standardisierten Leistungsausgaben nicht die Netto- sondern die Bruttoverwaltungskosten heranzuziehen. Die Begründung des BVA, dass in der RSAV die Nettoverwaltungskosten die Grundlage der Berechnung der Verwaltungskostenzuweisungen sein müssen, steht dem Vorschlag des AOK-BV nicht entgegen, da in diesem die Bruttoverwaltungskosten nur die Grundlage für die Verwaltungskostenzuweisungen anhand der standardisierten Leistungsausgaben sind. Die Verwaltungskostenerstattungen werden selbstverständlich bei der Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen nach Versichertenzeiten in voller Höhe in Abzug gebracht. Damit bleiben bei der Ermittlung der gesamten Verwaltungskostenzuweisungen von Dritten erstattete Aufwendungen für Verwaltungskosten wie in der RSAV vorgeschrieben außer Betracht. Auch wenn eine Änderung des Berechnungsverfahrens der Verwaltungskostenzuweisungen im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV

nicht möglich sein sollte, da dafür eine Änderung der RSAV nötig ist, sollte das BVA dennoch diese Thematik näher analysieren und ggf. kurzfristig auf eine Änderung der Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen drängen. Es ist für die DAK unverständlich, dass unter Punkt 18 (nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben) aufwendige Analysen mit unterschiedlichen Anteilen durchgeführt werden, um möglichst exakt die Höhe der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben für Schutzimpfungen, Förderung von Selbsthilfegruppen und der Betrieblichen Gesundheitsprävention zu ermitteln, die gleiche Thematik bei der Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen jedoch gar nicht erst untersucht wird, obwohl die Verwaltungskosten ein ungleich größeres Gewicht haben und aus dem Wesen der Verwaltungskostenerstattungen bereits vermutet werden kann, dass ein Morbiditätsbezug nicht gegeben ist.

#### **Zu 22 - Verwaltungsausgaben – sLA-Anteil**

Nach Erklärung des BVA ist der Grund dafür, dass bei den Zuweisungen für die Verwaltungskosten in Bezug auf den Morbiditätsanteil keine Änderung vorgenommen wird, wiederum, dass hierfür eine Änderung der RSAV von Nöten wäre. Weiterhin liegen je nach den unterschiedlichen Interessenlagen der Krankenkassen unterschiedliche Meinungen über die zu verwendenden Zuweisungsanteile vor. Diese sollten nach Meinung der DAK aber gerade ein Grund sein, in diesem Bereich genauere Untersuchungen in Bezug auf den Morbiditätsbezug von Verwaltungskosten vorzunehmen und auch eine entsprechende Änderung der RSAV voranzutreiben. Bisherige Untersuchungen haben gezeigt, dass für 70 bis 80 % der Verwaltungskosten ein Morbiditätsbezug besteht, so dass die derzeitige Regelung, dass nur 50 % der Verwaltungskosten über Morbidität ausgeglichen werden, eine Benachteiligung von morbiditätsstarken Kassen bedeutet.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2012 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße

gez. Dieter Kaske

Leiter der Abteilung Finanzplanung  
und -steuerung