

Stellungnahme der BARMER GEK
zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus,
Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2012
2. September 2011

Vorbemerkung

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungssamt (BVA) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Mit Datum vom 5. August 2011 hat das BVA den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2012 übermittelt.

Die BARMER GEK begrüßt den gewählten übersichtlichen, methodischen Ansatz unter Hinzunahme neuer statistischer Kriterien (CPM, MAPE, etc.), um sowohl das Status quo-Modell als auch das Veränderungspotenzial der unterschiedlichen Vorschläge zur Modellanpassung anhand der genannten Kriterien zu bewerten.

Die BARMER GEK wertet zudem positiv, dass der Festlegungsentwurf einen besonderen Fokus auf die Erhöhung der Manipulationsresistenz des Systems legt, da insbesondere durch die Verminderung der Manipulationsanreize die politische Akzeptanz des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) gestärkt wird und auf bloße Ausnutzung des Systems gerichtete Aktivitäten einzelner Kassen zu Lasten der übrigen am MRSA beteiligten Kassen verringert werden. Damit rückt die eigentliche Aufgabe der Systembeteiligten – die Versorgung der Versicherten mit Gesundheitsdienstleistungen – wieder stärker in den Handlungsmittelpunkt.

Bedauerlich, aber nachvollziehbar erscheint, dass sich das BVA bei der Weiterentwicklung des MRSA für das Ausgleichsjahr 2012 auf die Überprüfung einiger weniger Hierarchien konzentriert. Die BARMER GEK wird vor diesem Hintergrund offen gebliebene Vorschläge in späteren Anhörungsverfahren wieder einbringen.

Kritisch zu hinterfragen ist die im Entwurf geäußerte Absicht des BVA, ab 2013 die Berücksichtigung einer Dauermedikation ausschließlich über Nachweis einer bestimmten Mindestanzahl von Behandlungstagen zuzulassen. Dies erscheint der BARMER GEK aus medizinischen Gründen nicht bei jeder DXG sachgerecht, so dass weiterhin im Einzelfall über die geeignete Form der Aufgreifkriterien entschieden werden sollte. Neben dieser allgemeinen Anmerkung werden wir uns hierzu im Zusammenhang mit den Hierarchien 07 und 14 äußern.

Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

Zu II.) Anpassung der Aufgreifkriterien

Allgemein

In den Referenztabellen zu den Aufgreifkriterien für das Ausgleichsjahr 2012 (02_Anlage_2_Aufgreifkriterien_AJ2012_ANHOERUNGSENTWURF.xls) gibt es Unterschiede bei den Angaben zu den Aufgreifkriterien zwischen der „klassischen“ Ansicht und der „neuen“ Ansicht. Insbesondere bei der „Schweregrad differenzierung im Regelfall“ (Verlauf = 14: DxG 836, 842, 846 und 847) werden bezogen auf die stationären Diagnosen uneinheitliche Aufgreifkriterien verlangt. Die BARMER GEK bittet darum, die verschiedenen Ansichten der Aufgreifkriterien zu überprüfen und inhaltlich zu vereinheitlichen.

5.) Verwendung stationärer Nebendiagnosen

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagene Änderung ausdrücklich.

Bereits im Rahmen des Vorschlagsverfahrens hatte die BARMER GEK darauf hingewiesen, dass die Anzahl der stationären Nebendiagnosen (sND) von 2007 bis 2009 GKV-weit um durchschnittlich 6 % pro Jahr gestiegen ist. Zumindest für die BARMER GEK (und den vdek in Gänze) ist feststellbar¹, dass sich dieser Trend auch in 2010 unvermindert fortsetzt. Bei nur geringfügig veränderter Fallanzahl ist die Anzahl der sND von 2009 nach 2010 wieder um über 6 % angewachsen.

Dass dies auf eine im entsprechenden Rahmen gestiegene Morbidität zurückzuführen ist, ist auszuschließen. Dagegen spricht – neben der kaum veränderten Krankenhaus-Fallzahl – dass die Steigerung der sND-Anzahl bei mehr als dem Dreifachen der Steigerung der Anzahl der ambulanten Diagnosen liegt. Dass der Fallzahlenanstieg der sND auf Manipulation zurückzuführen ist, ist im Fall der BARMER GEK ebenfalls auszuschließen.

Ein nicht morbiditäts- oder manipulationsbedingter Anstieg der Diagnoseanzahl ist grundsätzlich auch ohne eine Qualitätsverschlechterung dieser Diagnosen möglich. Dies ist dann der Fall, wenn Diagnoselücken geschlossen werden (Bettercoding, „Rightcoding“). Vorliegend geht der extreme Zuwachs an sND jedoch mit einem Bedeutungsverlust für die sND insgesamt einher. Denn nichts anderes bedeutet es, wenn sich der Effekt eines Wegfalls der sND auf zentrale statistische Kenngrößen im Zeitverlauf so stark vermindert, wie er dies nach den vom BVA vorgelegten Ergebnissen tut, die von BARMER GEK-eigenen Analysen bestätigt werden.

Sinkt die Bedeutung der sND aber bei steigender Anzahl, dann findet offensichtlich ausschließlich eine Verwässerung der Diagnoseinhalte statt, d.h. es werden sND „aufgeschrieben“, bei denen dies früher nicht der Fall gewesen wäre. Die betreffenden Diagnosen sind dann zwar durchaus vorhanden, ihre Behandlung war aber (wenn überhaupt) ggf. nur mit einem minimalen Ressourcenverbrauch bei

¹ Die Steigerungsraten anderer Kassenarten bzw. der GKV kennen wir nicht.

der stationären Behandlung verbunden und / oder sie hatten für den Gesundheitszustand des Patienten keine ernsthafte Bedeutung.

Das Ergebnis ist – nach Durchführung einer Regression auf diese Daten und die Kosten des Folgejahres – eine Verminderung der Höhe der ausgelösten Zuschläge (und zwar auch für den ambulanten Bereich, obwohl dieser für die Verwässerung nicht ursächlich ist) und eine Verminderung der Zielgerichtetheit der ausgelösten Zuweisungen. Diese sagen weniger über die voraussichtlichen Gesundheitskosten des Folgejahres aus und „treffen“ diese seltener und in geringerem Ausmaß. Wenn die Wirkung eines Wegfalls der gesamten sND für die wichtigsten statistischen Kenngrößen im Zeitverlauf sinkt, ist dies also ein sehr starkes Indiz für diesen Verwässerungseffekt.

Hieraus zieht die BARMER GEK folgende Schlüsse:

Das Argument des BVA, das die gewählte Änderung bei der Berücksichtigung der sND die Gefahr von Manipulation der Krankenhausdiagnosen verringert, wird von uns ausdrücklich geteilt und unterstützt. Hierbei gehen wir von Manipulation bereits dann aus, wenn Krankenhausabrechnungssoftware zunehmend „MRSA-fähig“ gemacht wird, indem „entgehende“ Zuschläge durch Wegfall einer sND den Rückwirkungen auf das Krankenhausentgelt gegenübergestellt werden. Von einem rein unterhaltenden oder informatorischen Charakter solcher Softwareergänzungen ist nicht auszugehen.

Der Vorschlag des BVA, im Grouper die Anforderungen an sND zu erhöhen, ist jedoch auch ohne das Manipulationsargument sinnvoll und zu unterstützen. Der Prozess der Verwässerung der sND macht es erforderlich, zukünftig unter den sND jene herauszusuchen, die auch weiterhin eine erhebliche Bedeutung für den Gesundheitszustand des Versicherten und die zu erwartenden Folgekosten haben. Alleine die Tatsache, dass es sich um stationäre Diagnosen handelt, bietet dafür keine ausreichende Gewähr mehr.

Indem man sND denselben Anforderungen unterwirft wie ambulante Diagnosen, wird genau dies erreicht. Hat eine sND Bedeutung für den Gesundheitszustand eines Versicherten und für dessen zukünftige Kosten, so endet ihre Behandlungsbedürftigkeit nicht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus. Vielmehr wird diese Diagnose auch im ambulanten Behandlungszusammenhang wieder auftauchen. Und ist zu ihrer Behandlung eine bestimmte Medikation notwendig, so wäre es absurd davon auszugehen, dass entsprechende Verordnungen ambulant nicht vorgenommen werden. Taucht eine sND im ambulanten Behandlungszusammenhang nicht auf, oder wird die erforderliche medikamentöse Behandlung nicht fortgesetzt, dann war ihre Bedeutung offensichtlich nicht groß genug, um im Klassifikationsverfahren zu Recht einen Zuschlag auszulösen. Die Identifikation jener sND, welche tatsächlich Bedeutung für den Gesundheitszustand des Versicherten haben, war im Übrigen auch das Ziel des Vorschlags der BARMER GEK einer Beschränkung auf die CCL-relevanten sND in unserer Stellungnahme vom 01.04.2011. Hinsichtlich des zur Umsetzung notwendigen Aufwandes ist der BVA-Vorschlag allerdings unstrittig überlegen.

Verzerrungen könnte der BVA-Vorschlag nur bewirken, wenn eine durchgehende stationäre Behandlung so lange dauert, dass der Versicherte M2Q-Kriterium oder Arzneimittelhürden vorher und nachher gar nicht mehr erfüllen kann. Dann würde die Diagnose eines tatsächlich als chronisch behandelten Zustandes zeitlich nur noch einem (dem Entlass-) Quartal zugerechnet bzw. die Auslösung des Zuschlags würde daran scheitern, dass die Arzneimittelgaben im Krankenhaus keine gesonderte Abrechnung erfahren. Das BVA-Vorhaben wäre dann auch nicht versorgungswegneutral.

Einem Krankenhausaufenthalt geht aber mit wenigen Ausnahmen eine ambulante Behandlung voraus und auch wieder nach. Stationäre Behandlungsbedürftigkeit muss festgestellt und ggf. im Krankenhaus begonnene Arzneimitteltherapie zeitnah ambulant fortgesetzt werden, da Krankenhäuser ihre Patienten nicht „bevorraten“ dürfen. Endet ein Krankenhausaufenthalt im Quartal der Aufnahme oder im darauffolgenden (was in knapp 92 % bzw. 8 % aller Fälle so ist), dann scheitert die Auslösung eines Zuschlags für eine sND keinesfalls an mangelnder ambulanter Behandlungs- und/oder Verordnungsgelegenheit, sondern höchstens an mangelnder medizinischer Relevanz und damit zu Recht.

Weniger als 0,1 % aller Krankenhausaufenthalte enden mehr als ein Quartal nach der Aufnahme. In der Hälfte der Fälle würden die Diagnosen dabei schon heute keinen Zuschlag auslösen, da sie erst dem Folgejahr zuzurechnen sind. Auch bei Unfällen, Notfällen oder Selbsteinweisungen, denen nicht zwingend ein ambulanter Behandlungsanlass vorausgeht, geht nur dann ambulante Behandlungsgelegenheit verloren, wenn der Aufenthalt eine relevante Zeitdauer, z.B. mehr als drei Monate, umspannt. Dies betrifft bei der BARMER GEK weniger als drei Promille aller Fälle.

Eine sichtbare Anzahl von Verzerrungsfällen könnte man höchstens dort erwarten, wo für einen Zuschlag eine ambulante Diagnose und ein gleichzeitig verordnetes Arzneimittel im Umfang von mehr als 10 DDD ausreicht (Arzneimittelkriterium akut-rezidiv). Wird eine der betreffenden Diagnosen als sND gestellt, wird im heutigen Verfahren de facto einfach unterstellt, dass eine entsprechende Medikation während des Klinikaufenthaltes stattgefunden hat und damit der Zuschlag ausgelöst. Umgekehrt kann es nach dem BVA-Vorschlag zu dem sehr konstruierten Fall kommen, dass der Versicherte im Krankenhaus mehr als 10 DDD eines passenden Medikamentes erhalten hat, die nicht dokumentiert werden und dass die Behandlung im gesamten weiteren Jahr nicht fortgesetzt werden musste. Hier würde kein Zuschlag ausgelöst, bei einmaliger ambulanter Behandlung und Medikation schon.

Quantitativ fehlt es dieser Fallgestaltung völlig an Relevanz, sie betrifft nur ca. 0,1% aller Zuschläge. Ihr könnte darüber hinaus durch eine weitere kleine Ergänzung des BVA-Vorschlags (sND behalten speziell in diesen Gruppen ihre bisherige Bedeutung) Rechnung getragen werden. Gerade davon rät die BARMER GEK allerdings nachhaltig ab. Gerade in den Gruppen, wo durch den BVA-Vorschlag eine besonders hohe Besetzungsanzahl „verloren“ geht (z.B. HMG005: Infektionen durch opportunistische Erreger oder HMG201: Infektionen der Lunge durch Mykobakterien (...)) steigen nach Durchführung einer neuen Regression die ausgelösten Zuschläge sehr stark an. Das Zuschlagsvolumen in der jeweiligen HMG (Zuschlag multipliziert mit Besetzung) sinkt gegenüber dem heutigen Verfahren

sehr viel weniger ab als die Besetzung allein bzw. wird überhaupt nicht geringer. Dies zeigt, dass der BVA-Vorschlag in idealer Weise die billigen und verwässernden Fälle aus der jeweiligen HMG herausortet. Die Folgekosten einer entsprechenden sND sind offensichtlich viel geringer als die eines ambulant (oder ambulant und stationär) ausgelösten Falles derselben HMG. Gerade hier beweist sich der von den sND zunehmend ausgelöste Verwässerungseffekt, der vom BVA-Vorschlag beseitigt wird.

Insgesamt ist es leicht, Fälle, in denen der BVA-Vorschlag zu Verzerrungen führt, zu konstruieren. Sieht man sich aber an, in wie vielen Fällen diese Konstrukte auch nur potenziell der Realität entsprechen, wird offenbar, dass sie von keinerlei Bedeutung sind. Darüber hinaus korrigiert der BVA-Vorschlag auch bestehende sachlogisch schwer zu verstehende Sachverhalte. So war es bisher bei einigen Diagnosen nicht möglich, dass eine stationäre Diagnose zusammen mit nachgewiesenen AM-Verordnungen bestimmte Zuschläge auslöst, ohne dass uns der Grund hierfür einsichtig war. Dies wird nun für die sND und damit für 90% aller stationären Diagnosen korrigiert.

Zu III.) Anpassung des Klassifikationsmodells

6.) Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems

Die BARMER GEK stimmt der vorgeschlagenen Umgestaltung der Hierarchie 07 grundsätzlich zu.

Wir möchten dennoch darauf hinweisen, dass der Klassifikationsalgorithmus in erster Linie ein statistisches Verfahren ist. Eine statistisch hohe Performance wird insbesondere durch die Bildung möglichst kostenhomogener Gruppen erreicht. Durch die Validierung der HMG mit einer umfangreichen, alle Behandlungsalternativen abbildenden Arzneimittelliste wird der Zuschlag verwässert und kann die Kosten einer hochpreisigen Versorgung nicht mehr decken. Hierdurch wird nicht zwangsläufig Versorgungsneutralität gewährleistet, denn in diesem Fall können durch die Gabe kostengünstiger Präparate Überdeckungen erzielt werden, wodurch ggf. erst falsche Anreize hinsichtlich der Versorgungsneutralität gesetzt werden.

Mit Blick auf diese Überlegungen bittet die BARMER GEK darum, nochmals zu überdenken, ob dem Modell 1b nicht doch der Vorzug gegeben werden sollte. Argumente, die der damit möglichen Verbesserung der statistischen Performance zwingend entgegenstehen, wie z.B. eine Erhöhung von Manipulationsanreizen, sind aus unserer Sicht gerade nicht zu erkennen. Sollte befürchtet werden, dass unterjährige Therapiewechsel zur Ausgrenzung relevanter Fälle führen, stünde dem BVA auch noch das Aufgreifkriterium „Mindestens zwei Verordnungsquartale“ zur Verfügung, welches ebenfalls auf seine Eignung überprüft werden sollte. Wir verweisen hierzu ergänzend auf die Ausführungen zu Nr. 9 / Hierarchie 14.

7.) Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen

In der Hierarchie 08 wurden zwei Änderungen vorgenommen, beide werden von der BARMER GEK befürwortet.

Die Verschiebung der Diagnose D69.6 von der HMG210 in die HMG046 verbessert die statistischen Ergebnisse und ist auch medizinisch sinnvoll. Zahlreiche Personen mit der Diagnose D69.6 verursachen sehr geringe Kosten. Ihnen sollte daher nicht eine HMG zugeordnet werden, die eine andere HMG dominiert.

Die Aufhebung des Kriteriums „stationär erforderlich“ für die Aplastische Anämie ist mit Blick auf die Versorgungsrealität sachgerecht und wird von der BARMER GEK begrüßt.

Die Abgrenzung kostenintensiver Fälle aus der HMG046 „Sonstige Gerinnungsstörungen“ wurde vom BVA leider aus Zeitgründen und der geringen Fallzahl nicht weiter verfolgt und daher abgelehnt.

Dabei hat das BVA bereits für das MRSA-Verfahren 2011 Kriterien festgelegt, welche ein Abweichen von der Mindestbesetzung im Falle einer Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel rechtfertigen würden (Erläuterung 2011, S. 50f.). Zu den Kriterien zählen:

- § Klare Abgrenzbarkeit des Schweregrads der in Frage kommenden Gruppe auf Grundlage der ICD und Arzneimittel.
- § Erheblicher Kostenunterschied: Der Kostenunterschied zwischen den durch Arzneimitteln identifizierten Schweregraden muss erheblich sein.
- § Fehlende Manipulationsmöglichkeit: Die für die Diagnosestellung und Arzneimittelverordnung vorgeschriebenen klinischen Kriterien müssen gegen Manipulationen resistent sein.

Nach Ansicht der BARMER GEK wurden diese Kriterien für die Abgrenzung der kostenintensiven Fälle der HMG046 nicht überprüft. Der Kostenunterschied zwischen den Versicherten mit einer Diagnose des ICD-Dreistellers D68 und entsprechender Verordnungen der ATC-Fünfsteller ‚B02BD‘ bzw. Pseudo-PZN ‚9999901‘ auf der einen Seite und der Versicherten mit einer HMG046 auf der anderen Seite, ist laut Analysen der BARMER GEK erheblich (Faktor 22). Diese Vergleichsgröße fehlt allerdings in der Analyse des BVA zur Bewertung des Kostenunterschieds. Die BARMER GEK bittet das BVA, die Überprüfung der aufgeführten Kriterien für die kostenintensiven Fälle der HMG046 nachzuholen und einer Bewertung zu unterziehen.

Zudem erscheint uns der Unterschied der Durchschnittskosten um den Faktor 4 zwischen den Versicherten mit einem ICD-Dreisteller D68 und entsprechender Verordnung, und mit bzw. ohne einer HMG035 (140 TEUR zu 32 TEUR), erheblich. Analysen der BARMER GEK ergeben lediglich einen Faktor 2.

8.) Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen ausdrücklich.

Im bisherigen Klassifikationsverfahren war es nicht möglich, mehr als eine psychische Erkrankung gleichzeitig abzubilden. Dies entsprach jedoch weder der medizinischen Realität, noch spiegelte es sich in den Ausgaben wider.

Wir haben hierzu eine ergänzende Analyse durchgeführt. Dabei wurde die Kostenstruktur der Hierarchie 11: psychische Erkrankungen der Version 2011, nochmals genauer untersucht. In dieser Hierarchie wird die HMG058: Depression dominiert von den HMG:

054: Schizophrenie

055: Bipolare affektive Störungen

060: Anorexia nervosa, Bulimie und

056: Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen.

Für diese vier HMG wurde jeweils überprüft, inwieweit sich die Deckungsbeiträge (Differenz zwischen Zuweisungen und Ausgaben) der Versicherten, die unter einer der genannten Erkrankungen und einer Depression leiden, von den Deckungsbeiträgen der Personen unterscheiden, die nicht zusätzlich eine Depression haben.

Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar:

HMG x ohne HMG058		HMG x mit HMG058	
HMG	ØDB (TEUR)	HMG	ØDB (TEUR)
HMG054	-0,9	HMG054	-2,0
HMG055	-0,5	HMG055	-1,1
HMG060	0,9	HMG060	-1,2
HMG056	-0,3	HMG056	-1,5
eine der oberen HMG ohne 58	-0,3	eine der oberen HMG mit 58	-1,3

Die Differenz zwischen Ausgaben und Zuweisungen ist für fast alle Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Durchschnitt trotz MRSA deutlich negativ. Erfüllte ein Versicherter im bisherigen Verfahren jedoch nur die Voraussetzungen für eine Zuordnung zu den HMG 054, 055, 056 oder 060 (linke Tabelle), ohne dabei auch eine Depression (HMG058) zu haben, so liegt der Deckungsbeitrag im Durchschnitt „nur“ bei -0,3 T€

Hatte der Versicherte jedoch neben der HMG 054, 055, 056 oder 060 auch noch eine Depression, die aber im bisherigen Verfahren aufgrund der Hierarchisierung nicht zu einem zusätzlichen Zuschlag führte, so steigt die durchschnittliche Unterdeckung auf -1,3 T€ (rechte Tabelle) an. Dies gilt nicht nur für die Summe der HMG 054, 055, 056 und 060, sondern in unterschiedlicher Ausprägung auch für

jede dieser HMG einzeln. Die „Mehrkosten“ der Depression betragen im Durchschnitt über 1.000 €. Hier zeigt sich, dass die Behandlung der Depression eigenständig erfolgt und auch mit zusätzlichen Kosten einhergeht.

Durch die im Entwurf dokumentierten Änderungen wird es hier mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer erheblichen Verbesserung kommen.

9.) Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen

Die neue Abbildung der Muskeldystrophie ist sachgerecht.

Hinsichtlich der Multiplen Sklerose (MS) erscheint der Vorschlag des BVA insgesamt sachgerecht und wird von der BARMER GEK ausdrücklich begrüßt.

Lediglich in Bezug auf das verwendete Arzneimittelkriterium (183 DDD und verwendete ATC-Liste) bestehen Bedenken.

Die nunmehr verwendete Arzneimittelliste für die neue HMG234 (MS mit Dauermedikation) enthält neben hochpreisigen Wirkstoffen, bei denen die MS das oder zumindest eines der Hauptanwendungsgebiete ist, weitere. Hierbei handelt es sich um bestimmte künstliche Corticosteroide, insbesondere Methylprednisolon und Dexamethason in Kombination. Diese werden in Schubphasen der MS-Behandlung zwar leitliniengerecht eingesetzt, ihr quantitativ weit überwiegendes Hauptanwendungsgebiet liegt jedoch bei sehr viel häufigeren entzündlichen Krankheiten, wie Arthritis, Rheuma, Polyarthritis, Arthrose, Arthritis psoriatica, Vaskulitis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Neurodermitis, Bindehautentzündung sowie in der Langzeittherapie von Asthma und COPD.

Eine Zuordnung zur neuen HMG234 kann daher auch ohne Verordnung eines tatsächlich MS-spezifischen Arzneimittels bei gleichzeitigem Vorliegen einer einzigen quartalsgleichen MS-Diagnose erfolgen. Aufgrund der bei MS in der Frühphase hochkomplexen Differentialdiagnostik sind Fehldiagnosen nicht auszuschließen. Da künstliche Corticosteroide (inzwischen) relativ preisgünstig sind, könnte hierin auch Manipulationspotenzial liegen.

Wir regen daher an, zu untersuchen, ob eine Veränderung des „üblichen“ Arzneimittelkriteriums bei der MS nicht zu besseren Ergebnissen führt. Bei der MS könnte die nunmehr vorgeschlagene Arzneimittelliste um die leitliniengerechten, aber sehr unspezifischen Wirkstoffe, wie die künstlichen Corticosteroide, gekürzt werden. Für die verbliebenen, sehr MS-spezifischen Arzneimittel wäre dann allerdings der Erwartungswert der verordneten Tagesdosen für eine Ganzjahresbehandlung nicht mehr 365, da in Schubphasen häufig die Behandlung mit Corticosteroiden, wie ausgeführt, angezeigt ist. Zum Ausgleich für die „kürzere“ Arzneimittelliste sollte dann ein etwas „milderes“ Mengenkriterium gewählt werden.

Bei den von der BARMER GEK im Vorfeld der Erstellung unserer Vorschläge für das Klassifikationsmodell 2012 vom 01.04.2011 durchgeführten Untersuchungen hat sich dabei das Kriterium „Mindestens zwei Verordnungsquartale“ (M2VOQ) als besonders zielführend erwiesen. Da die Festlegung von 183 Tagesdosen laut den Erläuterungen zur Festlegung 2009 dazu dient, die „Überwiegendheit“ der medikamentösen Behandlung während des Betrachtungsjahres sicherzustellen, wäre aufgrund der im Fall der MS geringeren durchschnittlich erwartbaren Verordnungsmenge natürlich auch eine Verringerung dieser 183 DDD dem Grunde nach möglich.

Wir weisen hierbei noch auf folgendes hin:

- § Das Kriterium M2VOQ wird zur Zeit bereits bei der HMG035 („Hämophilie mit Dauermedikation“) verwendet, dort allerdings aufgrund der teilweise noch verwendeten Pseudo-PZN, für welche keine Anzahl durchschnittlicher Tagesdosen hinterlegt sind. Die Gründe für eine Verwendung des M2VOQ-Kriteriums bei der MS wären – wie ausgeführt – völlig anders gelagert und nicht vergleichbar.
- § Das BVA weist auf Seite 99 darauf hin, dass es in Zukunft nur noch auf die Anzahl der Behandlungstage/Tagesdosen abstellen will. Aufgrund des bisher Ausgeführten sind wir der Auffassung, dass, wie bei der MS, andere Ausgestaltungen des Arzneimittelkriteriums im Einzelfall aus medizinischen bzw. statistischen Gründen sinnvoll sein können (vgl. auch Nr. 6 / Hierarchie 07). Wir halten diese Begrenzung auf nur ein Verfahren zur Ausgestaltung des Arzneimittelkriteriums daher für bedenklich.

Die neue Abbildung des Morbus Parkinson erscheint der BARMER GEK ebenfalls sachgerecht.

10.) Hierarchie 16: Herzerkrankungen

Die Ausführungen des BVA erscheinen sachgerecht.

11.) Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge

Die BARMER GEK geht davon aus, dass die ICD J44.99 nicht in die HMG236 führen soll, sondern in die HMG237. Diese Zuordnung findet sich zwar nicht in den Zuordnungstabellen, sie entspricht jedoch eher der im Text (z.B. Tabelle 44, Seite 115) geäußerten Absicht des BVA.

Sofern diese vorangestellte Bemerkung zutreffend ist, hält die BARMER GEK die geplanten Änderungen für sachgerecht.

12.) Hierarchie 20: Erkrankungen der Harnwege

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen.

Die geänderte Abbildung der HMG130, die nun nur noch bei vorliegendem Dialysekennzeichen erreicht werden kann, überzeugt durch die erhebliche Verbesserung der statistischen Performance.

Darüber hinaus werden durch die vorgeschlagene Weiterentwicklung Manipulationsmöglichkeiten weiter verringert. Nicht zuletzt ist die Änderung auch einfach folgerichtig. Denn warum eine Krankenkasse den sehr hohen Dialysezuschlag für einen Versicherten erhalten soll, für den sie nach ihrer eigenen Datenmeldung gar keine Dialyseleistung erbracht hat, ist nicht zu erklären.

13.) Kostenerstatter

Die BARMER GEK begrüßt die Änderungen ausdrücklich. Durch die Differenzierung der Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V nach Alter und Geschlecht und einer pauschalen Berücksichtigung der Kostenerstatter nach § 53 Abs. 4 SGB V, wird die Zielgenauigkeit des MRSA erhöht. Die rechtliche Grundlage einer weiteren Differenzierung innerhalb der Kostenerstatter ist damit durch § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV in Verbindung mit der Begründung zur 19. RSAV-ÄndVO (BR-Drs. 86/09, S.8) gegeben.

Sobald dem BVA eine Vollerhebung der SA700 vorliegt, sollte allerdings eine weitere Differenzierung der Alters- und Geschlechtsgruppen geprüft werden.

Eine Differenzierung, bereits im Jahresausgleich 2011, wurde vom BVA ausdrücklich nicht ausgeschlossen. Von Seiten der BARMER GEK wird eine möglichst frühe Umsetzung befürwortet.

Zu IV.) Änderungen des Berechnungsverfahrens

14.) Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten – auch der Verstorbenen

Die Beibehaltung der bisherigen Regelung wird begrüßt.

Die vom BVA bisher realisierte Berücksichtigung von verstorbenen Versicherten bei der Ermittlung von Zuweisungen ist nur eines von einer ganzen Reihe von Elementen des bestehenden MRSA, die zu systematischen Unter- oder Überdeckungen für bestimmte Versichertengruppen führen (vgl. unten Nr. 15). Systematische Unter- oder Überdeckungen für bestimmte Versichertengruppen führen zwangsläufig zu systematischen Verzerrungen zwischen Kassen und Kassenarten.

Der Hinweis darauf, dass es fehlerhaft wäre, wenn man nur an einem dieser Punkte Änderungen vornähme – weil diese wie an dieser Stelle zufälligerweise ohne Veränderungen an RSAV oder SGB V auskämen – ohne zunächst in einem breiteren Kontext die Evaluation des Jahresausgleichs 2009 abgewartet zu haben, ist richtig.

15.) Auslandsversicherte

Die BARMER GEK bedauert die etwas mageren Ausführungen des BVA an diesem Punkt.

Dass die gegebene RSAV eine Begrenzung der Zuweisungen für Versicherte im Ausland auf die tatsächlichen Ausgaben ausschließt, ist uns wohl bewusst. Tatsache ist jedoch, dass diese Regelung zu erheblichen, systematischen, in der Sache unnötigen und völlig funktionslosen Überdeckungen der

Ausgaben für Versicherte im Ausland und Unterdeckungen der Ausgaben für Versicherte im Inland führt.

Aus Sicht der BARMER GEK wäre es insofern angebracht gewesen, zumindest (ähnlich wie bei Nr. 14 „Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten – auch der Verstorbenen“) darauf hinzuweisen, dass die Angelegenheit zu dem dort benannten „breiteren Kontext“ gehört, in dem die Weiterentwicklung des morbiditätsbezogenen RSA zu diskutieren ist. Sie stellt eine – zumindest – genauso systematische und wettbewerbsrelevante Fehlverteilung von Finanzmitteln dar, wie sie von jenen behauptet wird, die eine Veränderung der Berücksichtigung von Verstorbenen bei der Ermittlung der Zuweisungen fordern.

Hinsichtlich der Plausibilitätsprüfungen weisen wir darauf hin, dass der Verweis auf den GKV-SV nicht ausreicht. Das BVA hat an anderer Stelle mehrfach darauf hingewiesen, dass es sich in der Pflicht sieht, ein einheitliches Verhalten der Kassen sicherzustellen. Es müsse selbst für ein Funktionieren des Gesundheitsfonds sorgen, um das System der gesetzlichen Krankenversicherung zu schützen und deswegen gegen Rechtsverstöße einschreiten.

Da es schon logisch schlichtweg unmöglich ist, dass die Anzahl der Versicherten mit dauerhaftem Wohnort im Ausland aus der Satzart 100 für den MRSA die Anzahl der Versicherten mit dauerhaftem oder zeitweisem Wohnort im Ausland in der KM 6 überschreitet, ist dies ein deutlicher Hinweis auf ein uneinheitliches Verhalten bzw. einen Rechtsverstoß bei der Erstellung der Datenmeldung für den MRSA. Aufgrund der oben beschriebenen Rolle des BVA im Gesamtprozess des MRSA steht ein bloßer Verweis auf Plausibilitätsprüfungen des GKV-SV hiermit nicht in Einklang.

16.) Regressionsanteile / Zuweisungsanteile

Die Ausführungen und Festlegungen erscheinen sachgerecht.

17.) Angleichungsfaktoren

Die Ausführungen und Festlegungen erscheinen sachgerecht.

18.) Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen.

19.) Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren

Der Hinweis des AOK BV, dass sich das Festlegungsverfahren seit inzwischen drei Jahren mit dem gegebenen oder nicht gegebenen Morbiditätsbezug von Leistungsausgaben beschäftigt, die bisherige Ermittlung von Anrechnungs- und Erstattungsfaktoren aber dazu führt, dass alle diese Beträge komplett und bisher ohne Diskussion als morbiditätsbezogen berücksichtigt werden, ist korrekt und interessant.

Die Beurteilung des BVA, den Morbiditätsbezug von Anrechnungs- und Erstattungsbeträgen vor einer Veränderung des bisherigen Verfahrens zunächst untersuchen zu wollen, erscheint allerdings ebenfalls vernünftig, da jede Anrechnungs- und Erstattungskategorie einen anderen fachlichen Hintergrund besitzt.

Bei Arzneimittelrabatten oder nicht versichertenbezogenen Rückzahlungen von Krankenhäusern, mag die konkrete Höhe der jeweiligen Beträge nicht nur an der Morbidität der Krankenkasse, sondern auch an anderen Variablen, wie z.B. dem Erfolg der Krankenkasse im jeweiligen Fachgebiet (Arzneimittelrabatte / Krankenhausrechnungsprüfung), liegen. Die Ausgabenbasis, aus der Rückzahlungen geschöpft werden können, steigt jedoch völlig unabhängig von individuellen Besonderheiten der jeweiligen Krankenkasse mit deren Morbidität. Diese Rabatte/Rückzahlungen sind daher genauso morbiditätsbezogen wie z.B. Krankenhausausgaben. Bei diesen wäre es auch abwegig zu behaupten, dass sie ihren Morbiditätsbezug verlieren, weil ihre Höhe ja (u.a.) vom Erfolg einer Krankenkasse bei der Abrechnungsprüfung abhängt.

Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder § 19 BVG n.F. (Kontenarten 323 und 325) erfolgen jedoch seit geraumer Zeit schon pauschaliert. Dabei ist es durchaus denkbar, dass ein ggf. früher einmal vorhandener Morbiditätsbezug verloren gegangen ist.

Es erscheint sinnvoll, dies kontenartenbezogen zu prüfen. Dabei erlauben wir uns den Hinweis, dass es grundsätzlich ausreichen sollte, die kassenbezogenen Je-Versicherten-Beträge jeder Einnahmenkategorie (getrennt voneinander) und die Gesamt-Morbidität der an der Untersuchung beteiligten Krankenkassen in Korrelation zu setzen. Ist die Korrelation gegeben, existiert ein Morbiditätsbezug (im entsprechenden Rahmen), sonst nicht. Damit könnte man sich den in der Tat aufwändigen Weg, die Regressionsbasis jeweils um jede Einzeleinnahme zu korrigieren, sparen.

20.) Nivellierungsfaktor

Die Ausführungen und Festlegungen erscheinen sachgerecht.

21.) Verwaltungsausgaben – Anrechnung von Erstattungen

Die Ausführungen und Festlegungen erscheinen sachgerecht. Die Vorschrift des § 37 Abs. 1 S. 2 Nr.1 RSAV schließt die Umsetzung des AOK-Vorschlags tatsächlich aus, da die Ermittlung der Netto-Verwaltungskosten allen weiteren Rechenschritten vorangeht.

Dabei erscheint der Ansatz des AOK-Vorschlags grundsätzlich nachvollziehbar. Wären die Verwaltungskostenerstattungen nicht morbiditätsbezogen und wäre nachweisbar, dass das Verwaltungshandeln der Krankenkassen tatsächlich zu 50 % morbiditätsbezogen ist und zur anderen Hälfte nicht, dann wäre der Verteilungsschlüssel von 50 % zu 50 % auf die Nettoverwaltungskosten zu niedrig. Ein Teil des nicht morbiditätsbezogenen Verwaltungshandelns wäre bereits über die ca. 17,5 % Verwal-

tungskostenerstattungen berücksichtigt, für die 82,5 % der Verwaltungskosten, die über Zuweisungen zu finanzieren sind, wäre der Anteil des Morbiditätsbezugs schon aus diesem Grund zu klein.

Einer Änderung des Standardisierungsverfahrens (z.B. im Zuge der Diskussion des Beiratsgutachtens, vgl. Nr. 14 und 15) müsste jedoch zwingend eine nähere Untersuchung der Bestimmungsgründe für die Höhe der Verwaltungskostenerstattungen vorausgehen, denn deren Höhe ist in der GKV sehr unterschiedlich. So realisieren die AOK'en im Durchschnitt Verwaltungskostenerstattungen, die je Versicherten um 8 - 15 % über dem GKV-Durchschnitt liegen, die der Ersatzkassen oder BKK'en sind deutlich unterdurchschnittlich.

Hieran dürfte es liegen, dass eine Umstellung des Berechnungsverfahrens für die Verwaltungskosten von einer Netto- auf eine Brutto-Sicht zwar auch von den BKK'en gefordert wird (BKK-Vorschlag für eine Reform des MRSA vom 25.07.2011, S. 4ff.). Die BKK'en favorisieren allerdings eine Verrechnung der tatsächlichen Verwaltungskostenerstattungen mit den Zuweisungen, der AOK-BV hingegen eine Standardisierung des Abzugs auf den (niedrigeren) GKV-Wert der Erstattungen.

Sollte diesem Punkt in den nächsten Jahren näher getreten werden, sollte vorsichtig geprüft werden, dass beim Ausräumen alter keine neuen Verzerrungen entstehen.

22.) Verwaltungsausgaben – sLA-Anteil

Die Ausführungen und Festlegungen erscheinen sachgerecht.

Die BARMER GEK befürwortet nachdrücklich eine Erhöhung des morbiditätsbezogenen Anteils an den Verwaltungsausgaben. Die Diskussion und ggf. Änderung dieses Punktes sollte jedoch der Auswertung des bereits mehrfach angesprochenen Beiratsgutachtens vorbehalten bleiben.