

Stellungnahme zum Anhörungsverfahren 2013

0. Zusammenfassende Bewertung der geplanten Anpassungen für das Klassifikationsmodell 2013

Das Bundesversicherungsamt beabsichtigt das Berechnungsverfahren auf Pro-Tag-Werte umzustellen und damit den seit der Einführung des MRSA bestehenden methodischen Fehler zu beseitigen. Mit der Korrektur des Verfahrens wird sichergestellt, dass der RSA den unterschiedlichen Versorgungsaufwand in Abhängigkeit vom Alter wieder ausgleicht und Finanzierungslücken besonders bei Krankheiten mit hoher Letalität verringert werden.

Wir begrüßen diese Absicht des BVA ausdrücklich und sehen sogar das Bundesversicherungsamt rechtlich in der Pflicht, bei Kenntnis der nun vorliegenden unzweifelhaften Faktenlage bzgl. der Fehlerhaftigkeit des derzeit praktizierten Verfahrens und dem Vorliegen eines methodisch unbestritten Vorschlages des wissenschaftlichen Beirates zur Korrektur des Fehlers, das Klassifikationsverfahren ab 2013 entsprechend zu korrigieren.

Mit der Korrektur des Berechnungsverfahrens wird nicht nur der methodische Fehler beseitigt. Wie schon im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates festgestellt, bewirkt die Korrektur aufgrund der bestehenden Wechselwirkungen gleichzeitig eine Beseitigung oder zumindest deutliche Abschwächung weiterer beobachteter Unter- und Überdeckungssituationen (z.B. sehr teure Versorgungsfälle, Risikopool). Inwieweit nach Beseitigung des Methodenfehlers Weiterentwicklungen in diesen Bereichen noch notwendig sein werden, muss untersucht werden. Zum Bereich Krankengeld hat der Wissenschaftliche Beirat festgestellt, dass keines der zahlreichen untersuchten Krankengeldzuweisungsmodelle die Zielgenauigkeit gegenüber StatusQuo verbessert und erheblichen Forschungsbedarf besteht. Die Behauptung, dass eine Unterdeckung im Bereich Krankengeld Anreize zur Risikoselektion schafft, ist falsch.

Insgesamt führt die Umsetzung des BVA-Vorschlags zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit des MRSA und erhöht mit einem fehlerfreien Verfahren die Güte des Wettbewerbsrahmens für die Gesamt-GKV. Zu den im Rahmen der Anhörung erörterten weiteren Themenbereichen lässt sich zusammenfassend festhalten:

1. Die Anpassungen zahlreicher Hierarchien unter Berücksichtigung der neuen Krankheitsauswahl sind sachgerecht und nachvollziehbar. In Bezug auf die Hierarchien 10 „Drogen-/Alkoholmissbrauch“ und 28 „Chronischer Schmerz“ besteht Änderungsbedarf.
2. Aufgrund der in 2012 umgesetzten DTA-Verfahren sollen ambulante Diagnosen mit Abrechnungsweg „2“ und Qualifizierung „0“ weiterhin für die Versichertenklassifikation berücksichtigt werden.
3. Die sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben sollen bereits für 2013 um 40% der Ausgaben für Schutzimpfungen gemindert werden.
4. Ausgaben für DMP-Programmkostenpauschalen sollen versicherten- und hauptleistungsbereichsbezogen in Abzug gebracht werden.
5. Aufgrund der Anpassung des Renteneintrittsalters ist die Anhebung der Altersgrenze bei EMR auf 66 Jahre erforderlich.

Zu den beabsichtigten Änderungen für das Klassifikationsmodell 2013 nehmen wir detailliert wie folgt Stellung:

I Änderung des Berechnungsverfahrens

I a Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden (Beseitigung der Sonderbehandlung von Verstorbenen)

Das Bundesversicherungsamt folgt mit dem Entwurf zum Klassifikationsmodell 2013 dem Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats vom 24.6.2012, den Fehler im Berechnungsverfahren zu korrigieren und alle Versicherten auf gleiche Weise zu berücksichtigen. Dazu werden in der Regression einheitlich Pro-Tag-Werte für die Berechnung verwendet, wodurch sichergestellt wird, dass der RSA den unterschiedlichen Versorgungsaufwand in Abhängigkeit vom Alter wieder ausgleicht und Finanzierungslücken besonders bei Krankheiten mit hoher Letalität verringert werden.

Vor dem Hintergrund der nun vorliegenden unzweifelhaften und unmissverständlichen Fakten und dem Vorliegen eines unstrittigen Verfahrensvorschlags zur Behebung des Fehlers (Drösler, S. et al. 2011, Göppfarth, D. 2012, Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats vom 24.6.2012) ist das BVA aus Sicht des AOK-Systems rechtlich verpflichtet, diesem Erkenntnisstand mit der Festlegung des Klassifikationsmodells 2013 Rechnung zu tragen und den Fehler zu korrigieren. Mit der Korrektur des Berechnungsverfahrens wird sichergestellt, dass das in § 266 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom Gesetzgeber normierte Ziel des Risikostrukturausgleichs erreicht wird, nämlich dass „[...] die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung von Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen [...] zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.“ Auch das gesetzgeberische Ziel, den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken zu verbessern und insbesondere Risikoselektion zulasten von Kranken zu vermeiden (BVG, Beschluss vom 18.07.2005 – 2 BvF 2/01 – RZ 262), kann dadurch besser erreicht werden.

Da der Fehler in den Jahren 2009 bis 2012 nicht korrigiert werden konnte, ist in der GKV eine beachtliche Wettbewerbsverzerrung durch Fehlallokation eingetreten. Legt man die von einigen Akteuren bisher öffentlich genannten jährlichen Effekte von 400 Mio. Euro zugrunde, wurden bisher 1,6 Mrd. Euro nicht entsprechend des Versorgungsaufwandes der Versicherten bereitgestellt. Mit dem jetzigen, unzweifelhaften Erkenntnisstand muss deshalb die Korrektur des Berechnungsverfahrens mit der Festlegung zum Klassifikationsmodell 2013 zwingend erfolgen.

Ergänzend weisen wir auf die Feststellung des Wissenschaftlichen Beirats hin, dass einige der im RSA beobachteten Unter- und Überdeckungssituationen aufgrund der bestehenden Wechselwirkungen ebenfalls mit der o. g. Verfahrenskorrektur beseitigt oder zumindest deutlich abgeschwächt werden (z.B. sehr teure Versorgungsfälle, Risikopool).

I b Krankengeld

Das BVA führt zutreffend an, dass im Rahmen der Festlegung des Klassifikationsmodells 2013 keine weitere Prüfung zur Änderung der Krankengeldzuweisungen erfolgt. Die Berechnung der Krankengeldzuweisungen ist durch die rechtlichen Rahmenbedingungen klar vorgegeben. Anders als beim Methodenfehler im Berechnungsverfahren, kann es sich beim Krankengeld nur um eine Weiterentwicklung handeln, nicht aber um eine Fehlerbehebung. Der Wissenschaftliche Beirat hat in seiner umfangreichen Analyse dazu festgestellt, dass keines der zahlreichen untersuchten Krankengeldzuweisungsmodelle die Zielgenauigkeit gegenüber dem Status Quo verbessert (vgl. Drösler, S. et al. 2011, S. 8). Der wissenschaftliche Beirat weist vielmehr darauf hin, dass in Bezug auf die Anpassung des Zuweisungsverfahrens für Krankengeld „erheblicher Forschungsbedarf“ besteht.

Die Behauptung, dass eine Unterdeckung im Bereich Krankengeld Anreize zur Risikoselektion schafft, ist falsch. Es ist völlig rätselhaft, anhand welcher erkennbaren

Versichertenmerkmale Risikoselektion in Bezug auf Krankengeldausgaben erfolgen soll. Im Gegenteil: Das Merkmal Einkommen, das nach Auffassung einiger Krankenkassen die Ausgaben im Bereich Krankengeld in die Höhe treibt, ist kein geeignetes Kriterium, denn ansonsten würden sich Krankenkassen gerade nicht so intensiv um einkommensstarke Versicherte (die wissenschaftlich erwiesen gesünder sind als andere) bemühen. Auch ist die Behauptung nicht zutreffend, dass die Krankengeldausgaben nicht durch Kostenmanagement der Krankenkassen beeinflusst werden könnten. Derartige Anpassungsvorschläge – wie vom BKK-Bundesverband vorgetragen – unterbinden wirtschaftliches Krankengeldfallmanagement und sind manipulationsanfällig.

I c Auslandsversicherte

Der Bewertung des BVA ist zuzustimmen. Das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte ist eindeutig in der RSAV geregelt. Wir möchten auch darauf hinweisen, dass die vom Wissenschaftlichen Beirat im Rahmen der Analyse des Schlussausgleichs 2009 festgestellte Überdeckung im Schlussausgleich 2010 nicht bestätigt wurden (Göpffarth 2012). Die Überdeckung bei Auslandsversicherten wurde 2010 deutlich reduziert. Nämlich von 172,9% in 2009 auf 126,6% in 2010. Aktuelle Zahlen für das Jahr 2011 zeigen, dass die ehemals festgestellte Überdeckung weiter deutlich zurück geht und mit nunmehr 106,4% nahezu aufgelöst wurde. Das entspricht GKV-weit ca. 40 Mio. Euro oder weniger als 0,03% aller Zuweisungen für bLA (Quelle: Zuweisungen gem. BVA-Berechnungsvordruck KJ1 sowie Ausgaben Konto 480 gem. KJ1 2011). Da damit zu rechnen ist, dass diese Entwicklung weiter anhält - die Ausgaben für Auslandsversicherte werden dynamischer ansteigen als die Ausgaben im Inland -, ist eine Anpassung des Verfahrens somit entbehrlich.

I d Verwaltungskosten

Das BVA weist zu recht darauf hin, dass das Verfahren zur Deckung der Verwaltungskosten in der RSAV eindeutig geregelt ist. Bei Anpassung des Verteilungsschlüssels gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 1 und 2 RSAV sind die Ergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats zu berücksichtigen, der einen Verteilungsschlüssel mit einer weit stärkerer Morbiditätsberücksichtigung von 70% bis 90% (siehe Drösler, S. et al. 2011) für sachgerecht erachtet.

I e Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Der Argumentation des BVA kann nur insoweit gefolgt werden, dass bei der Hochrechnung von unter- oder übererfassten Leistungsausgaben geeignete Verfahren anzuwenden sind. Hieraus folgt aber nicht, dass eine künstliche Trennung der Leistungsausgaben in solche mit und ohne Morbiditätsbezug vorgenommen werden darf. Diese Trennung ist zudem unverständlich, da eine Übertragung dieser Differenzierung auf die Erstattungen bislang abgelehnt wird (vgl. BVA-Erläuterung zum Entwurf der Festlegung 2012 vom 05.08.2011, S. 151 sowie unsere Hinweise vom 01.04.2011 und 02.09.2011). Auch konnte bislang nicht nachgewiesen werden, dass die als sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben abgegrenzten Leistungen in der Datenmeldung zur Satzart 700 nicht über- oder untererfasst sind.

Im Gegenteil, die letztjährigen Analysen des BVA legen nahe, dass ein Teil der Schutzimpfungen tatsächlich versichertenbezogen gemeldet wird. Von einer 100%igen Untererfassung kann daher nicht ausgegangen werden. Auch hat der GKV-SV in seiner Stellungnahme dargelegt, dass „[...] ein direkter oder indirekter Morbiditätsbezug für einen Teil der Ausgaben für Schutzimpfungen unmittelbar sachlich nachvollzogen werden [kann].“ (vgl. GKV-SV Stellungnahme vom 6.11.2011, S. 22). Lediglich für die untersuchten Ausgabenbereiche „betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Förderung von Selbsthilfegruppen“ können die Untersuchungsergebnisse nicht sachlich nachvollzogen

werden. Das AOK-System fordert daher, dem BVA-Vorschlag aus 2011 zu folgen, und die Leistungsausgaben der Schutzimpfungen ab 2013 nur zu 60% den sog. nicht-morbiditäts-bezogenen Leistungsausgaben zuzuordnen. Wir unterstützen ausdrücklich den BVA-Vorschlag, eine erneute Überprüfung auf Basis der Vollerhebung Satzart 700 durchzuführen und ggf. weitere Anpassungen für das Klassifikationsmodell 2014 vorzusehen.

I f Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren

Die für die Berechnung der Regression gemeldeten Leistungsausgaben können bei DMP-Versicherten Beträge enthalten, die im Gesundheitsfondszuweisungsverfahren über die sog. DMP-Zuweisungspauschale abgegolten werden. Daher ist es aus Sicht des AOK-Systems nachvollziehbar, die Konsistenz von Datenmeldungen und Zuweisungsberechnung näher zu untersuchen. Der Vorschlag, die gemeldeten Leistungsausgaben von Versicherten mit DMP-Versichertenzeiten vor der Durchführung der Regression pauschal um die bLA-Beträge der DMP-Zuweisungspauschale zu reduzieren, ist aus unserer Sicht nur dann sachgerecht, wenn die Minderung hauptleistungsbereichsbezogen erfolgt. Da die Zuweisung für DMP auch pauschaliert erfolgt, wird eine analoge Verrechnung ermöglicht. Eine sachgerechte Umsetzung ist aber nur möglich, wenn der Abzug der pauschalen DMP-bLA-Beträge

- (a) je DMP-Versichertentag und
- (b) im Hauptleistungsbereich Ärzte und Sonstige

erfolgt. Die Aufteilung der pauschalen Verrechnungsbeträge je DMP-Versichertentag auf die Hauptleistungsbereiche erfolgt gem. Verteilung der DMP-Ausgaben nach KJ1 (Konten 404, 581, 583). Mit der Ermittlung der pauschalen Verrechnungsbeträge für die Hauptleistungsbereiche Ärzte und Sonstige wird auch der vom BVA im Anhörungsverfahren vorgestellte Alternativansatz berücksichtigt. Der vom BVA formulierte Prüfvorschlag, diese Leistungsausgaben ggf. durch die Anpassung der RSA-Bestimmung nach § 267 SGB V nicht mehr versichertenbezogen zu erheben, ist nicht zielführend, da die Zuweisung für DMP immer als Pauschale erfolgt. Aus diesem Grund ist es – anders als es der Prüfvorschlag vom BVA vorsieht – erforderlich, die tatsächlich gemeldeten Leistungsausgabenbeträge in den Hauptleistungsbereichen Ärzte und Sonstige entsprechend der Höhe der pauschalierten Zuweisungen für die Regression zu mindern.

I g Kostenerstatter

Die vorgeschlagene Hierarchisierung ist sachgerecht. Aufgrund der eindeutigen Vorgaben der RSAV sowie der extrem geringen Gruppengröße halten wir weitere Analysen in diesem Themenbereich für entbehrlich.

II Anpassung der Aufgreifkriterien

II a Berücksichtigung von Arzneimitteln

In unseren Vorschlägen vom 05.04.2012 haben wir - wie in Vorjahren auch - angeregt, reine Arzneimittelzuschläge zur Schweregraddifferenzierung einzuführen, da diese die Zielgenauigkeit und Kostenhomogenität erhöhen, und dazu konkrete Beispiele unterbreitet, für die wir eine Einführung dieser Zuschläge für notwendig erachten.

Wir nehmen die vom BVA vorgetragenen Bedenken zur Kenntnis. Da AOK-Analysen zeigen, dass gesonderte Arzneimittelzuschläge in den vorgeschlagenen Einzelfällen zu merklichen Modellverbesserungen führen und u. E. auch keine ungerechtfertigten Anreize der Übermedikalisierung setzen, fordern wir, dass der Wissenschaftliche Beirat und das BVA weiterhin die Einführung von Arzneimittelzuschlägen prüfen, zumal die Modellverbesserungen durch gesonderte Arzneimittelzuschläge durch Analysen des

Wissenschaftlichen Beirats auch bestätigt wurden. Aus dem niederländischen RSA-Verfahren, welches separate Arzneimittelzuschläge verwendet, ist bislang nicht bekannt, dass diese zu einer Übermedikalisierung führen.

Hinsichtlich der Arzneimittelverordnungen im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V ist aus Sicht des AOK-Systems eindeutig, dass diese nicht für die Versichertenklassifikation im MRSA berücksichtigt werden dürfen. Eine Klarstellung kann außerhalb der Festlegung im Rahmen der Vorgaben zur Datenerhebung erfolgen (RSA-Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V).

II b Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen

Das BVA beabsichtigt für das Ausgleichsjahr 2013 im Bereich der ambulanten Versorgung nur noch gesicherte Diagnosen mit dem entsprechenden Qualifizierungsmerkmal „G“ zu berücksichtigen. Die Anpassung betrifft Diagnosen aus Einrichtungen nach §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V, für die bisher nicht zwingend ein Qualifizierungsmerkmal übermittelt wurde. Diagnosen aus diesen Einrichtungen, für die kein „G“ übermittelt wird, werden dann zukünftig nicht mehr für die Versichertenklassifikation berücksichtigt. Seit dem 01.07.2010 gibt es für die hier genannten Diagnosen ein DTA-Ersatzverfahren, das die Übermittlung des Qualifizierungskennzeichens vorsieht. Jedoch sind die Leistungserbringer nicht verpflichtet, an dem Ersatzverfahren teilzunehmen. Das DTA-Verfahren, welches die Qualifizierung zwingend vorsieht, hat erst im Jahr 2012 begonnen. Demnach würden Krankenkassen, deren Leistungserbringer nicht am Ersatzverfahren teilgenommen haben, bei einer Anpassung erhebliche Liquiditätsnachteile entstehen. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass nur noch gesicherte Diagnosen im ambulanten Bereich zugelassen werden, jedoch darf die Anpassung erst für Datenmeldungen des Berichtsjahres 2012 vorgenommen und somit erst ab dem Schlussausgleich 2013 umgesetzt werden. Das Abschlagsverfahren 2013 basiert auf den Datenmeldungen des Berichtsjahres 2011 und muss die oben genannten Diagnosen für die Versichertenklassifikation auch ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ zulassen. Dies entspricht der Regelung zum MRSA des Jahres 2012, bei dem ebenfalls Datenmeldungen des Berichtsjahres 2011 zu Grunde liegen.

II c Aufgreifalgorithmus

Das BVA beabsichtigt, die Anzahl der Sonderregeln von fünf auf drei zu reduzieren. Eine Reduktion ist grundsätzlich sachgerecht, da sie zur Vereinfachung des Verfahrens führt.

III Anpassung des Klassifikationsmodells

III a Hierarchieanpassungen

Wir begrüßen nachdrücklich, dass das BVA auf Grundlage eingehender Analysen keine Notwendigkeit sieht, Anpassungen in der Hierarchie 3 „Diabetes mellitus“ vorzunehmen. Ebenfalls ist die Anpassung der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ sachgerecht. Zu den nachfolgenden Hierarchieanpassungen möchten wir folgende Änderungen vorschlagen:

III b Hierarchie 6: „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die empfohlene Schweregraddifferenzierung über die Arzneimittelvalidierung wird begrüßt, wenn auch die Differenzierung über gesonderte Arzneimittelzuschläge nach unserer Auffassung eine weitere Modellgüteverbesserung ermöglicht hätte. Wir möchten anregen, diese Differenzierung zu prüfen, wenn sich der Wissenschaftliche Beirat und das BVA intensiver mit gesonderten Arzneimittelzuschlägen auseinander setzen (vgl. unsere Anmerkung zu II a).

III c Hierarchie 10: „Drogen-/Alkoholmissbrauch“

Das BVA hat für den ICD-Code „Opiatsubstitution“ eine Arzneimittelvalidierung vorgesehen. Dabei werden neben Substitutionspräparaten auch Präparate zur Entwöhnung von Alkohol- und Opiatsucht vorgeschlagen. Die Verwendung von N05CM und N07BB erklärt sich medizinisch nicht als Validierung der Opiatsubstitution. Gleichzeitig wurde der von GKV-SV, IKK und AOK-BV sehr breit getragene Vorschlag, die besondere Schwere der Opiatabhängigkeit, die die Voraussetzung für eine Substitutionsbehandlung darstellt, für eine Differenzierung zu berücksichtigen vom BVA verworfen und auch nicht überprüft. Gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung des GBA“, Anlage 2 (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger) ist die Substitutionsbehandlung beschränkt auf einen Personenkreis mit schwerer Sucht, wenn die Abhängigkeit seit längerer Zeit besteht und wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben oder wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann (zum Beispiel bei Schwangeren zum Schutz des ungeborenen Kindes) oder wenn die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet. Die vom BVA angeführte Begründung, dass die Substitutionsbehandlung nur eine Therapiealternative darstellt, trägt nicht, da diese Behandlung in der Regel erst nach Versagen der anderen Therapiealternativen greift. Die Substitutionsbehandlung mit Methadon und noch mehr mit Diamorphin ist zudem mit erheblichen Kosten der Medikation verbunden. Daher kann nicht nachvollzogen werden, dass dieser von GKV-SV, IKK und AOK-BV eingebrachte Vorschlag nicht geprüft wurde.

Das AOK-System fordert die Prüfung und Aufnahme des Vorschlags des GKV-SV, IKK und AOK-BV zur Schweregraddifferenzierung der Opiatsucht durch eine Differenzierung nach Opiatsubstitution.

III d Hierarchie 24: „Erkrankungen des Auges“

Die empfohlene Anpassung unter Berücksichtigung der Veränderung der Krankheitsauswahl sowie der Hierarchieverbindungen zur Hierarchie 3 „Diabetes“ wird begrüßt. Gerade angesichts der für das diabetische Retinaödem neu zugelassenen Therapie mit Ranibizumab ist ein paralleler Zuschlag für die diabetische Retinopathie sachgerecht. Wir sprechen uns klar für die Umsetzung des BVA-Vorschlags gem. Anhörungsentwurf aus.

III e Hierarchie 28: „Chronischer Schmerz“

Die Bildung Arzneimittelschweregraddifferenzierter HMGs der Hierarchie „Chronischer Schmerz“ wird - wie bereits mit unserer Stellungnahme vom 5.4.2012 dargelegt - abgelehnt. Wie dort ausgeführt, ist eine Arzneimittelbestätigung problematisch, da andere, teilweise invasive Verfahren, die vor allem bei sehr schweren Schmerzen zur Anwendung kommen, nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehört die Neurostimulationstherapien mit transkutaner elektrischer Nervenstimulation (TENS), vor allem aber invasive Behandlungsmethoden, wie zum Beispiel die perineurale Implantation von Elektroden zur Neurostimulation, von periduralen intraspinalen Elektroden zur Neurostimulation bis hin zur Deep-Brain-Stimulation und Thalamusstimulation. Bei der Therapie mit Opiatpumpen werden durch die zielgerichtete Therapie erheblich niedrigere Dosierungen verwendet, so dass gerade bei diesen Patienten eine Mindest-Jahresdosis nicht erreicht würde. Da somit gerade besonders schwerwiegende und kostenintensive Fälle im Morbi-RSA nicht berücksichtigt würden, ist eine Arzneimittelbestätigung oder -schweregraddifferenzierung bei diesen Diagnosen nicht sinnvoll. Da diese Informationen als Aufgreifkriterien bislang nicht zur Verfügung stehen, ist eine Arzneimittelvalidierung bei Chronischem Schmerz nicht versorgungsneutral. In Bezug auf Chronischen Schmerz sollte das BVA daher auf eine arzneimittelbasierte Schweregraddifferenzierung verzichten, ähnlich wie bei Depression und bösartigen

Neubildungen. Auch hier hat das BVA keine Arzneimittelvalidierung vorgesehen, da alternative Verfahren (z.B. Psychotherapie bei Depression oder Chemotherapie bei Neubildungen, solide Tumore) durch die verfügbaren Daten nicht abgebildet werden (z.B. fehlende OPSs).

Vor diesem Hintergrund möchten wir weiterhin anregen, ergänzend zu den ambulanten und stationären Diagnosen sowie den Arzneimittelinformationen zukünftig auch Entgeltschlüssel, EBM-Ziffern bzw. OPS für das Versichertenklassifikationsmodell zu berücksichtigen. Die bestehenden rechtlichen Vorgaben erlauben zumindest die Erhebung dieser Informationen aus dem ambulanten Bereich und könnten sinnvollerweise im Bereich der psychischen Krankheiten für eine Diagnosevalidierung durch eine erfolgte Psychotherapie verwendet werden (vgl. unsere Ausführungen hierzu letztmalig mit Schreiben vom 5.4.2012).

IV Redaktionelle Anmerkung

IV a Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013:

Punkt 1.6 Zuordnung zu den Erwerbsminderungsgruppen

Das Renteneintrittsalter wird 2012 auf 66 Jahre angehoben, dies hat zur Folge, dass die Erwerbsminderungsgruppen EMG003 und EMG006 im Ausgleichsjahr 2013 als untere Altersgrenze 66 Jahre berücksichtigen muss [EMG003 weiblich, 56 – 66 Jahre und EMG006 männlich, 56 – 66 Jahre].

Punkt 2 „Regression und Berechnungsverfahren“

Bei den unter „2. Regressions- und Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und Risikozuschläge“ aufgeführten Verweisen wird sprachlich zwischen Vollerhebung und Stichprobe unterschieden. Dies ist insofern vermutlich nicht kritisch, da eine 100% Stichprobe der Vollerhebung entspricht. Soweit mit der Verwendung des Begriffes „Stichprobe“ ermöglicht werden soll, dass bei unzureichenden Ausschöpfungsquoten der erstmals für 2011 angestrebten Vollerhebung als eine Rückfalloption auf die bislang bestehenden Stichprobenversicherten zurückgegriffen werden kann, sollte der Begriff „Stichprobe“ durchgehend verwendet werden. Andernfalls wäre der Begriff Stichprobe unter 2.2.1 und 2.4.1 durch Vollerhebung zu ersetzen.

Literaturhinweise:

Badura, B. et al. (Hg.) (2012): Fehlzeitenreport 2012.

Drösler, S. et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich.

Göpffarth, D. (2012): Zweites Jahr Morbi-RSA-Stabilität und Bestätigung. G+S 1/2012. S. 8 – 15.