

VdAK / AEV • 53719 Siegburg

Bundesversicherungsamt  
Referat VII 2  
Herrn Otto  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
  
53113 Bonn

Frankfurter Straße 84  
53721 Siegburg  
Telefon: 0 22 41 / 108 - 0  
Telefax: 0 22 41 / 108 - 248  
Internet: [www.vdak-aev.de](http://www.vdak-aev.de)

**Ansprechpartner:**  
Manfred Baumann  
Durchwahl: 286, Fax: 403  
[Manfred.Baumann@vdak-aev.de](mailto:Manfred.Baumann@vdak-aev.de)

0616bs02  
104/Ba/st

16. Juni 2008

### **Morbi-RSA-Modell**

- **Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV**  
**Stellungnahme des VdAK/AEV**

Sehr geehrter Herr Otto,

mit Schreiben vom 29.5.2008 hat das BVA einen Vorschlag

- zur Bildung von Morbiditätsgruppen,
- zum Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu Morbiditätsgruppen,
- zum Regressionsverfahren zur Ermittlung von Gewichtungsfaktoren und
- zum Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

zur Anhörung bis zum 20.6.2008 vorgelegt.

Seitens des VdAK/AEV wird ergänzend zu den Einzelstimmungen der Ersatzkassen in zwei Punkten notwendiger Erweiterungs- bzw. Konkretisierungsbedarf gesehen:

### **1. Dummyvariable für Kostenerstattungsfälle (§ 13 Abs. 2 SGB V)**

Da der Zuordnungsalgorithmus des BVA auf ambulante Diagnosen als notwendiges Kriterium für die Zuordnung von Morbiditätsgruppen zurückgreift, fordern die Ersatzkassen eine rechnerische Näherungslösung zur Abbildung des Beitragsbedarfs von Kostenerstattungsfällen gemäß § 13 Abs. 2 SGB V. Für diese Fälle liegen mangels fehlender gesetzlicher Verpflichtungen regelmäßig keine ICD-Codes für ambulante Behandlung vor.

...

Eine ausführlichere Beschreibung des Erweiterungsvorschlags ist der Anlage 1 zu entnehmen.

## **2. Separates Alters- und Geschlechts-Teilprofil für den Hauptleistungsbereich Zahnärzte**

Da bislang keine versichertenbezogenen Angaben zu Kosten zahnärztlicher Behandlung und Zahnersatz vorliegen und im Rahmen der Satzart 700 gemeldet werden können, können diese Ausgaben nicht explizit bei der Berechnung der Gewichtungsfaktoren im Rahmen des Regressionsverfahrens in sachgerechter Weise Einfluss nehmen. Vielmehr werden diese Ausgaben im nachhinein bei der abschließenden Ermittlung der Risikozuschläge entsprechend der allgemeinen Morbidität "verteilt".

Diese Form der Teilbeitragsbedarfsberechnung folgt damit nicht konkreten Sachzusammenhängen im Bereich der Zahnbehandlung. Aus Sicht der Ersatzkassen ist analog zum geplanten Vorgehen bei Krankengeld ein separates Alters- und Geschlechtsteilprofil für den Hauptleistungsbereich Zahnärzte außerhalb des Morbi-RSA zu bilden und im heutigen Verfahren ein Teilleistungsbedarf anzurechnen.

Dieses Verfahren ist ein Übergangsverfahren, bis auch für den Bereich Zahnärzte valide versichertenbezogene Daten von den Krankenkassen gemeldet werden können. Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung mit der KZBV über eine separate versichertenbezogene RSA-Stichprobendatenmeldung für die Morbi-RSA-Stichprobe. Mit validen Daten kann ggf. für das Berichtsjahr 2009, sicher jedoch erst für das Berichtsjahr 2010 gerechnet werden.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass eine zumindest ergänzende Beschreibung des Vorgehens zur Anrechnung von Krankengeld-Teilbeitragsbedarf (und nach Auffassung der Ersatzkassen auch Teilbeitragsbedarf für den Hauptleistungsbereich Zahnärzte) für die Beurteilung des Morbi-RSA-Modells hilfreich wäre.

Für weitergehende Kritikpunkte und Änderungsvorschläge verweisen wir ausdrücklich auf die Einzelstellungnahmen der Ersatzkassen.

Zum Zwecke einer verbesserten Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV wäre es aus Sicht des VdAK/AEV zu Planungszwecken hilfreich und notwendig, den Krankenkassen die durch das BVA mit diesem Modell auf vorläufiger Datenbasis ermittelten GKV-Werte für AGG's, EMG's und HMG's ebenso wie das Programm, das den Gruppierungsalgorithmus abbildet, zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Norbert Minn

Anlage(n)

## Anlage 1

### **Kostenerstattungsfälle nach § 13 Abs. 2 SGB V: Vorschlag zur Berücksichtigung dieses Personenkreises im Rahmen eines morbiditätsorientierten RSA**

#### **1. Berücksichtigung von ambulanten Diagnosen im Morbi-RSA**

Der Vorschlag des BVA für die Ausgestaltung eines Morbi-RSA-Modells gemäß § 31 Abs. 4 RSAV greift zur Zuordnung von Morbiditätskategorien auf Diagnosen aus dem ambulanten und stationären Bereich zurück. Arzneimittelverordnungen sind kein eigenständiger Auslöser für die Zuordnung von Morbiditätskategorien, sondern dienen der weiteren Qualifizierung, Validierung und Operationalisierung der ambulanten Diagnosen. Wird dieser Vorschlag nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen umgesetzt, ist aus Sicht der Ersatzkassen eine Erweiterung der Modellspezifikation um eine Ersatzvariable für Kostenerstattungsfälle nach § 13 Abs. 2 SGB V zu fordern.

#### **2. Auswirkungen für die Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V**

Insgesamt ist für Kostenerstattungsfälle eine Datenlage wie im Sachleistungsverfahren aus rechtlichen und tatsächlichen Gründen nicht darstellbar. Laut GOÄ ist die Angabe eines Diagnosekennzeichens (ICD) nicht gefordert. Selbst eine klarschriftliche Diagnose (die meist bestenfalls grob einen dreistelligen ICD- Schlüssel wiedergäbe) fehlt i.d.R. auf den Arztabrechnungen. Anamnestische Informationen fehlen grundsätzlich und vollständig.

Im Ergebnis liegen für Kostenerstattungsfälle nach § 13 Abs. 2 SGB V keine Morbiditätsinformationen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung vor. Damit kann der spezifische Beitragsbedarf dieses Personenkreises systematisch nicht adäquat abgebildet werden, da entsprechende gesetzliche Verpflichtungen nicht gegeben sind.

Um Wettbewerbsvor- oder -nachteile durch fehlende gesetzliche Verpflichtung zur Angabe von Diagnosen für einen einzelnen Personenkreis i.V. mit einem ungleich verteilten Besatz dieses Personenkreises in den Krankenkassen zu vermeiden, muss für diese Personengruppe eine Näherungslösung vereinbart werden, um deren spezifischen Beitragsbedarf ersatzweise abzubilden.

#### **3. Dummy-Variable als Näherungslösung zur gruppenspezifischen Beitragsbedarfs-ermittlung**

Zu diesem Zweck schlagen wir die Bildung einer sog. Dummy-Variablen "Kostenerstattungsfälle nach § 13 Abs. 2 SGB V" vor. Diese ist mit "1" zu befüllen, wenn der Versicherte im Vorjahr mehr als 183 Tage Kostenerstattungsfall war, sonst mit "0" und schließt die Anrechnung sonstiger ambulanter Zuschläge aus. Für den stationären Bereich wird die Variable nicht eingeführt (Kostenerstattungsfälle, deren Wahl sich auch auf den stationären Bereich bezieht, sind vernachlässigbar, darüber hinaus enthalten auch private KH-Abrechnungen ICD-Diagnosen). D. h. konkret: stationäre Diagnosen lösen wie bei anderen Versicherten einen Krankheitskostenzuschlag aus. Für Kostenerstattungsfälle ohne stationäre Diagnose wird ersatzweise ein „Kostenerstattungszuschlag“ im Rahmen der Regression berechnet, der zusammen mit dem entsprechenden Sockelbetrag für den jeweiligen Kostenerstattungsfall den Beitragsbedarf abbildet.

Eine Dummy-Variable führt statistisch dazu, dass - mangels sonstiger erklärender Variablen außer Alter und Geschlecht - die Leistungsausgaben für diesen Personenkreis mit dieser Variable verknüpft werden und ein Zuschlag entsteht, der zumindest im Durchschnitt aller Kostenerstattungsfälle (ohne Morbiditätszuordnung über stationäre Diagnosen) zusammen mit den Basiszuschlägen die Leistungsausgaben in etwa abdeckt. Hiermit kann zwar nicht für eine exakte Zuordnung von Beitragsbedarfen zwischen verschiedenen Kostenerstattungsfällen gesorgt werden, aber zumindest erhält dieser Personenkreis gegenüber den Versicherten in der Regelversorgung eine ausreichende Berücksichtigung, so dass keine Wettbewerbsnachteile zwischen Krankenkassen mit unterschiedlichen Anteilen von Kostenerstattungsfällen entstehen.