

AOK-BUNDESVERBAND GbR | POSTFACH 11 02 46 | 10832 BERLIN

An das  
Bundesversicherungsamt  
Referat VII 2 - Risikostrukturausgleich  
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

- vorab per Email -

GESPRÄCHSPARTNER

Herr Schillinger

Herr Paulus

DURCHWAHL

030/34646-2646

030/34646-2417

ABTEILUNGSTELEFAX

030/34646-2724

030/34646-2722

E-MAIL

Gerhard.Schillinger@bv.aok.de

Timm.Paulus@bv.aok.de

ZEICHEN / DOKU

FI 2 PAU

DATUM

28.08.2009

## Entwurf zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV

### Anpassung des MRSA-Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das BVA die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten, die zugrunde liegenden Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus sowie das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2010 bis zum 30. September 2009 fest. Hierzu hat der Wissenschaftliche Beirat beim BVA Vorschläge zur Anpassung der Morbiditätsgruppen, der Aufgreifkriterien sowie zum Regressionsverfahren unterbreitet. Das BVA beabsichtigt, die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats für die Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Kalenderjahr 2010 zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund hört das BVA den GKV-Spitzenverband zur Festlegung 2010 an. Zugleich wurde der Entwurf der Festlegung u. a. an den AOK-Bundesverband übermittelt (Stand 31.07.2009). Zum Entwurf der Anpassung des MRSA-Klassifikationsmodells 2010 nehmen wir wie folgt Stellung:

#### 0. Zusammenfassende Stellungnahme:

**Die das eigentliche Klassifikationsmodell betreffenden Maßnahmen erscheinen insgesamt geeignet, um den MRSA zielgenauer und damit sachgerechter auszugestalten, das Verfahren zu stabilisieren und die Robustheit gegenüber Manipulationen zu erhöhen. Die ungesetzliche versichertenbezogene Hochrechnung sog. untererfasster Leistungsausgaben bewirkt allerdings das Gegenteil und darf daher nicht für das Ausgleichsjahr 2010 umgesetzt werden.**

- Durch Neuabgrenzung und Hierarchisierung gelingt eine bessere Abbildung der Schweregrade innerhalb einzelner Krankheiten. Diese Vorschläge werden vom AOK-Bundesverband unterstützt. Anpassungen sind nur in Einzelfällen erforderlich.
- Soweit Arzneimittel als Aufgreifkriterium erforderlich sind, muss nun ein Arzneimittelwirkstoff quartalsgleich zur ambulanten Diagnose vorliegen. Zudem kann bei einigen Erkrankungen auf die M2Q-Prüfung verzichtet werden. Der AOK-Bundesverband begrüßt die Vorschläge, da sie eine sachgerechte Zuordnung ermöglichen und die Robustheit des MRSA gegen Manipulation und Diagnosenacherfassung stärken.
- Der Vorschlag, die verordneten Arzneimittel durch sog. bereinigte Behandlungstage abzubilden führt zu arzneimitteltherapeutisch falschen Ergebnissen und wird vom AOK-Bundesverband daher abgelehnt.
- Die versichertenbezogene Hochrechnung sog. untererfasster Leistungsausgaben entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben und schafft erhebliche Manipulationsanreize. Ein solches Verfahren wird vom AOK-Bundesverband ausdrücklich zurückgewiesen.
- Die beabsichtigte Regelung bzgl. Strikturanpassung ist nicht für alle unterjährigen Anpassungen zufriedenstellend. Der AOK-Bundesverband regt an, das Verfahren unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse zu ergänzen, um die Zielgenauigkeit im monatlichen Ausgleichsverfahren zu verbessern.

Das transparente und objektive Verfahren der Entwurfsfassung nebst ausführlichen Erläuterungen durch das BVA ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes besonders hervorzuheben. Die stringente Anwendung statistischer Analysen zur Urteilsfindung steht dabei neben medizinischen Aspekten im Mittelpunkt der Bewertung. Wir möchten in diesem Zusammenhang anregen, bei den Analysen zur Wirkung bestimmter Anpassungen sowie für den Modellvergleich verstärkt mit Predictive Ratios als Vergleichsparametern zu arbeiten (vgl. Predictive Ratio als Standard-Bewertungsverfahren bei Reschke, Lauterbach und Wasem: Klassifikationsmodell für Versicherte im Risikostrukturausgleich, BT-Drs. 16/3100).

I. Morbiditätsgruppen und Algorithmus für die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen (zu Punkt a des Festlegungsentwurfs, einschl. Anlagen 1 – 3)

Gem. Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beabsichtigt das BVA die im MRSA zu berücksichtigenden Morbiditätsgruppen der Krankheiten HIV / AIDS, Diabetes, Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, Hämatologische Erkrankungen, Kognitive Erkrankungen, Psychische Erkrankungen, Gefäß- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der Harnwege und bez. Transplantationen anzupassen. Die vorgeschlagenen Anpassungen, einschl. der Änderungen der Hierarchiebeziehungen sind geeignet, die Abgrenzung der Morbiditätsgruppen in Bezug auf die medizinisch-therapeutischen Erfordernisse sicherzustellen. Die Vorschläge zur Schweregraddifferenzierung (Hierarchie) entsprechen dem klinischen Verlauf besser, als dies im Rahmen des 2009er Klassifikationsmodells möglich gewesen ist.

Der AOK-Bundesverband möchte dennoch anregen, die Abgrenzung und Zuordnung der Morbiditätsgruppen in einzelnen Punkten anzupassen.

a) Infektionskrankheit HIV / AIDS ((zu Punkt a) 3. und 3.2.6 des Festlegungsentwurfs):

Gem. Entwurf werden Krankenhausdiagnosen als Aufgreifkriterien für die schwerwiegende, neu eingerichtete DxGs 001a und 002a nicht zugelassen (vgl. Anlage 2). Der Ausschluss der Krankenhausdiagnosen ist u. E. nicht sachgerecht. Sollte dieser Vorschlag i. V. m. der Zuordnung eines obligaten Arzneimittels im gleichen Behandlungsquartal (M1Q + AMQ) stehen, so ist anzumerken, dass auch die Krankenhausdiagnosen über die Information des Entlassungsmonats eindeutig einem Quartal zugeordnet werden können. Eine Prüfung im Sinne des M1Q + AMQ ist daher möglich. Krankenhausdiagnosen sollten zur Zuordnung zu einer DxG 001a und 002a zugelassen werden.

Darüber hinaus möchten wir anregen, auch HIV / AIDS-Patienten kleiner Alter 12 Jahre zu den DxG 001a und 002a zuzuordnen. Bei dieser Patientengruppe handelt es sich um Kinder, die diese Krankheit durch Infektion während der Schwangerschaft bzw. Geburt erworben haben. Auch wenn bei Kindern unter 12 Jahren eine Definition der Behandlungstage entsprechend dem Entwurf aufgrund der nicht zur Verfügung stehenden DDD nicht möglich ist, kann durch die grundsätzliche Arzneimittelverordnung die Unterscheidung zwischen Kindern mit und ohne Therapie erfolgen. Wir schlagen daher vor, für HIV / AIDS-Patienten kleiner Alter 12 Jahren eine Zuordnung zur DxG 001a und 002a dann vorzunehmen, wenn die Bedingung M1Q + AMQ erfüllt ist. Die Prüfung auf bBT kann entfallen.

b) Hämophilie und Arzneimittelvalidierung bei Hämophilie (zu Punkt a) 3.2.2 des Festlegungsentwurfs):

Die vorgeschlagene Schwerergraddifferenzierung ist einschließlich der Arzneimittelvalidierung sinnvoll und ermöglicht die erforderliche Differenzierung zwischen tatsächlichen Hämophilie-Patienten mit regelmäßiger Faktor-Präparat-Therapie und solchen, deren Versorgung ohne entsprechende Medikamente erfolgen kann. Verfahrenstechnisch problematisch ist allerdings, dass die Pseudo-PZN 9999901 als Aufgreifkriterium herangezogen wird. Diese Pseudo-PZN, die gem. RSA-Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V des Jahres 2008 für Faktor-Produkte, die nicht unter Angabe des Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V abgerechnet wurden, verwendet wurde, ist gem. aktuell gültiger RSA-Bestimmung nicht mehr im Rahmen der Datenmeldung nach § 30 Abs. 1 Nr. 4 RSAV zu übermitteln. Der AOK-Bundesverband empfiehlt daher, die Datenmeldung nach § 30 Abs. 1 Nr. 4 SGB V zu wiederholen, wobei die genannte Pseudo-PZN mit zu melden ist. Gem. Schreiben vom 30.03.2009 hat das BVA für das Jahr 2008 einen Übergangszeitraum zur gesonderten Kennzeichnung der hier geforderten Arzneimittel mittels Pseudo-PZN eingeräumt. Dieser Zeitraum müsste entsprechend auf das Jahr 2009 erweitert werden, welches die Grundlage der Versichertenklassifikation für das Ausgleichsjahr 2010 bildet. Nach den Berechnungsergebnissen des BVA (vgl. Seite 72ff der Erläuterungen zur Festlegung) ist unter Verwendung der Pseudo-PZN eine genaue Trennung der Hämophilie-Patienten möglich. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes soll das vorgeschlagene Verfahren solange Anwendung finden, bis die Übermittlung der Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V für Faktor-Präparate flächendeckend erfolgt.

c) Psychische Erkrankungen (zu Punkt a) Hierarchisierung i. V. m. Anlage 1):

Im Festlegungsentwurf wird eine Schwergraddifferenzierung bzgl. des Krankheitsbildes „Depressionen“ vorgeschlagen, die auf dem Prinzip der Trennung von spezifischen und unspezifischen Diagnosen basiert. Die Abtrennung der unspezifischen Diagnose-Kodes aus der HMG058 in die HMG057 ist eine Differenzierung, die nicht als Schwergraddifferenzierung im Sinne „schwerer und leichter Depression“ bezeichnet werden kann. Nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes bildet die hier vorgenommene Unterscheidung lediglich ein unterschiedliches Kodierverhalten im fachärztlichen und hausärztlichen Sektor ab und ist damit in erster Linie eine Differenzierung zwischen fachärztlich betreuten und hausärztlich betreuten Patienten. Diese Differenzierung bildet damit nicht eine unterschiedliche Krankheitsschwere ab und schafft stattdessen Fehlanreize zu teuren Behandlungsoptionen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt der AOK-Bundesverband von einer Differenzierung abzusehen.

#### d) Aufgreifkriterien für Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung

- Qualifizierungskennzeichen (zu Punkt a) 2. des Festlegungsentwurfs):

Der Entwurf sieht vor, dass Diagnosen der stationsnahen ambulanten Versorgung auch dann für die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen berücksichtigt werden, wenn für diese Diagnosen kein Qualifizierungskennzeichen „G“ übermittelt wurde. Dabei sollen nur Diagnosen aus Einrichtungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V für diese Regelung in Frage kommen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist es erforderlich, ebenfalls die Diagnosen nach §§ 116a und 116b SGB V auf diesem Wege zu berücksichtigen. Wir möchten anregen, die Festlegung entsprechend anzupassen. Dies entspricht den Vorgaben der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, wonach die Diagnosen gem. §§ 116a, 116b, 117, 118 und 119 SGB V gemeinsam in der Datenmeldung nach § 30 Abs. 1 RSAV gesondert zu kennzeichnen sind.

- Arzneimittelvalidierung – Arzneimitteltherapie im gleichen Quartal (zu Punkt a) 3.2.3 und a) 3.2.4 des Festlegungsentwurfs):

Gem. Festlegungsentwurf ist vorgesehen, dass eine Zuordnung zu DXGs, die eine Arzneimitteltherapie erfordern, nur dann erlaubt ist, wenn in mindestens einem Quartal, in dem die entsprechende Diagnose gestellt wurde, auch ein dieser DxG zugeordneter Wirkstoff verschrieben wurde. Diese Abänderung der Aufgreifkriterien ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zielführend, da eine eindeutige Bestätigung der ambulanten Diagnose durch die Arzneimitteltherapie erreicht wird. Die Beibehaltung der Prüfung zur Dauer der Arzneimitteltherapie stellt bei Krankheiten mit chronischen Verlauf sicher, dass eine Falschzuordnung aufgrund zufälliger, d. h. nicht ein und dem gleichen medizinisch begründeten Behandlungsanlass zugehöriger „Übereinstimmung“ von Diagnosen und Arzneimittel ausgeschlossen wird. Die Prüfung des M2Q-Kriteriums bleibt richtiger Weise hiervon zunächst unberührt. Dieser Vorschlag ist geeignet, die Manipulationsanfälligkeit des MRSA zu minimieren.

- Arzneimittelvalidierung – obligatorische Arzneimitteltherapie im gleichen Quartal ohne M2Q-Prüfung. (zu Punkt a) 3.2.1 des Festlegungsentwurfs):

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt für ausgewählte DxGs vor, die i. V. m. einer spezifischen Arzneimitteltherapie stehen, dass eine Zuordnung dann erfolgt, wenn in mindestens einem Quartal der maßgeblichen Diagnose auch ein spezifisches Arzneimittel verordnet wurde. Die Prüfung auf M2Q soll entfallen. Zusätzlich muss im Jahresverlauf die erforderliche bBT-Anzahl von 10 bzw. 183 bBTs erreicht werden. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um die DxGs, die bereits im Klassifikationsmodell 2009 als „Arzneimitteltherapie erforderlich“ gekennzeichnet

wurden. Auch diese Anpassung der Aufgreifkriterien ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zielführend, da eine eindeutige Bestätigung der ambulanten Diagnose durch die Arzneimitteltherapie erreicht wird. Die Beibehaltung der Prüfung der Dauer der Arzneimitteltherapie stellt sicher, dass eine Falschzuordnung aufgrund zufälliger, d. h. nicht ein und dem gleichen medizinisch begründeten Behandlungsanlass zugehöriger, „Übereinstimmung“ von Diagnosen und Arzneimittel ausgeschlossen wird. Dieser Vorschlag ist geeignet, die Manipulationsanfälligkeit des MRSA zu minimieren.

- Arzneimittelvalidierung – bereinigte Behandlungstage (zu Punkt a) 3.2.2 des Festlegungsentwurfs):

Gegenüber dem Klassifikationsmodell 2009, dass als Aufgreifkriterium Arzneimitteltagesdosen (DDD) berücksichtigt, wird im Festlegungsentwurf für das Jahr 2010 nun eine Bereinigung der Arzneimitteltagesdosen zu sog. bereinigten Behandlungstagen (bBT) vorgeschlagen. Damit sollen zeitliche, d. h. für den gleichen Kalendertag ermittelte DDDs des gleichen ATCs nur einmal gezählt werden. Kalendertägliche DDD-Überschneidungen von wirkstoffgleichen ATCs werden somit heraus gerechnet. Dieser Vorschlag zur Anpassung der Aufgreifkriterien ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht mit der Praxis der Arzneimitteltherapie und -versorgung im deutschen Gesundheitswesen vereinbar. Auf dieser Grundlage werden letztendlich arzneimitteltherapeutisch zweifelhafte Behandlungsdosen ermittelt, die nicht zu einer sinnvollen Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen führen können. Zur Erläuterung:

Aus arzneimitteltherapeutischen Überlegungen heraus wird bei verschiedenen Erkrankungen eine stufenweise Arzneimitteltherapie empfohlen. Dabei kommt es zu einer Erhöhung der DDD im Zeitverlauf. Bei Wirkstoffen mit ausgeprägtem Nebenwirkungsprofil kann durch eine Kombinationsbehandlung die Dosis der einzelnen Wirkstoffe reduziert werden. Die Summe der DDDs der Wirkstoffe ist für den Therapieerfolg entscheidend. Gem. Festlegungsentwurf würde diesen Fällen nicht Rechnung getragen; die Schwere der Erkrankung würde durch das einfache Begrenzen auf maximal eine DDD des gleichen Wirkstoffs pro Kalendertag unterschätzt. So kommt es regelmäßig zur Unterschätzung der bBTs bei Kombinationstherapie von z. B. mehreren Herzmitteln i. V. m. ½ Beta-Blocker, ½ ACE-Hemmer. Zur Erläuterung von Arzneimittelkombinationen bei der Standardtherapie von Erkrankungen sei auf die zwei nachfolgenden, MRSA-relevanten Beispiele verwiesen:

*Beispiel 1: Essentielle Hypertonie (DxG 387)*

Eine Monotherapie mit Diuretika (z.B. C03EA Low-ceiling-Diuretika und Kalium sparende Mittel), Betablockern (z.B. C07AB Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, selektiv) oder ACE-Hemmern (z.B. C09AA ACE-Hemmer, rein) ist in vielen Fällen nicht ausreichend. Die Leitlinien und Therapieempfehlungen sehen auch für den Behandlungsbeginn, je nach Hypertoniegrad, eine Kombination von 2 Antihypertensiva vor. Meist sind dies Kombinationen aus einem Diuretikum (z.B. C03EA) und

- einem ACE-Hemmer (z.B. C09AA),
- einem Betablocker (z.B. C07AB) oder
- einem Calciumantagonisten (z.B. C08CA Dihydropyridin-Derivate) erforderlich.

Bei Nichterreichen des Zielblutdruckes, insbesondere bei Patienten mit Begleiterkrankungen, können auch 3 oder mehr Antihypertensiva erforderlich sein, die der gleichen Wirkstoffgruppe zuzuordnen sind.

*Beispiel 2: Asthma bronchiale (DxG 460)*

Die Dauertherapie des Asthma bronchiale erfolgt nach den gültigen Leitlinien vorrangig als Monotherapie mit einem antientzündlich wirkenden inhalativen Glucocorticoid (R03BA). Bei unzureichender Linderung der akuten und chronischen Symptome (Verringerung von Asthmaanfällen etc.) kann gemäß Stufenplan zusätzlich die Therapie mit einem inhalativen, selektiven, langwirksamen Beta-2-Adrenorezeptor-Agonist (Beta-2-Mimetikum) (R03AC) oder in begründeten Fällen mit einem oralen Leukotrienrezeptor-Antagonisten (R03DC) ergänzt werden. Durch diese kann zudem die Dosis des inhalativen Glucocorticoids eingespart werden. Als nächste Stufen im Stufenschema stehen weitere Wirkstoffe zur Verfügung (retardiertes orales Xanthin (R03DA, z.B. Theophyllin), oraler, selektiver Beta-2-Adrenorezeptor-Agonist (R03CC), oder auch orales Glucocorticoid (H02AB).

Wird nun einem Patienten sowohl ein Monopräparat eines inhalativen Glukokortikosteroids verordnet, als auch ein Präparate mit der Kombinationstherapie aus inhalativem Glucocorticoid plus lang wirksamen Beta-2-Mimetikum, so kann dieser bei einer Verschlechterung der Symptomatik auf das Kombinationspräparat übergehen und bei ausreichender Kontrolle des Asthma die Stufentherapie wieder hinunter zur Monotherapie gehen. Entsprechend der Zeitstrahlen würden die beiden Präparate so behandelt, als ob sie gleichzeitig angewendet würden, obgleich sich eine gleichzeitige Anwendung verbietet

Auch die Praxis der Arzneimittelversorgung stellt die Sinnhaftigkeit einer Bereinigung von Behandlungstagen klar in Frage. Gerade bei Patienten mit chronischen Erkrankungen erfolgt die Verordnung der neuen Arzneimitteldosis nicht erst nach

vollständiger Einnahme der zuvor verordneten Dosis. Es ist vielmehr der Regelfall, dass eine neue Arzneimitteldosis deutlich, d. h. mit ausreichendem Sicherheitsabstand zum Ende des Arzneimittelvorrats der vorhergehenden Verordnung, verordnet wird. In diesen Fällen führen bBTs zu einer Unterschätzung der therapeutisch erforderlichen Arzneimitteldosis. Noch deutlicher wird die therapeutisch erforderliche Arzneimitteldosis unterschätzt, wenn mehr als eine Packung je Verordnung und Pharmazentralnummer abgegeben wird. Ist die Anzahl der Packungen größer eins, wird nach den Formulierungen des Festlegungsentwurfes jeweils nur eine Packung berücksichtigt. Dies ist insbesondere bei Arzneimittelbevorratung – z.B. im Falle von Urlaubszeiten des behandelnden Arztes oder behandelten Patienten – oder Depot-Versorgung regelmäßig der Fall. Auch ist offen, wie mit nicht ganzzahligen DDDs bei Bildung der bBTs umzugehen ist.

Der AOK-Bundesverband empfiehlt daher dringend, die beabsichtigte Neuregelung bez. bBTs nicht für die Festlegung zu berücksichtigen. Weder kann durch bBTs die Zielgenauigkeit der Morbiditätsgruppenzuordnung verbessert, noch kann die bislang unter DDD-Bedingungen erzielte Zuordnungsqualität gehalten werden (vgl. hierzu Seite 29 der Erläuterungen zur Festlegung). Der Argumentation des Wissenschaftlichen Beirats, dass durch bBT Fehlanreize bei der Arzneimittelversorgung – gemeint ist die nicht medizinisch indizierte Ausweitung der verordneten Arzneimitteltherapiedosen – zu vermeiden sind, kann nicht gefolgt werden. Gerade die Arzneimittelverordnung gilt in der Diskussion um Manipulationsanreize in einem MRSA als unanfällig für zielgerichtete Einflussnahme von Interessensträgern. Dies hängt wesentlich damit zusammen, dass eine Ausweitung der Arzneimittelverordnungen die Mitwirkung von Arzt, Patienten und Krankenkasse voraussetzt. Anders als bei sog. upcoding-Anreizen in Bezug auf Diagnosen ist ein mehr an Arzneimittelverordnungen für Krankenkassen direkt mit Mehrkosten verbunden. Eine Verschreibung von medizinisch nicht indizierten Arzneimitteln wird kein Arzt verantworten, da eine solche den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen würde (vgl. hierzu insbesondere Prof. Dr. Gerd Glaeske 2005, zur Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen der GKV. Gutachterliche Expertise).

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sollen weiterhin die DDDs als Volumenmaß für die Arzneimittelaufgreifkriterien verwendet werden. Negative Auswirkungen im Sinne von Manipulationsanfälligkeit und Leistungsausweitung sind nicht zu erwarten.

#### e) Abgrenzung der ATC-Gruppen

Die Anlage 4 zum Festlegungsentwurf zeigt auf, dass die ATC-basierte Arzneimittel-DxG-Zuordnung zukünftig auf größeren fünfstelligen ATC-Kodes erfolgen soll. Nur in Einzelfällen wird weiterhin der siebenstellige ATC verwendet. Dies ist zwar mit dem Vorteil verbunden, dass unterjährige Differenzierungen des ATC ohne weitere Anpassungen berücksichtigt werden. Problematisch ist aber, dass z. T. auch übergeordnete ATCs angegeben sind. Für die DxG201 ist der Kode G03 "Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems" angegeben. Es können aber offensichtlich nicht alle Wirkstoffe der G03-Klasse als zuordnungsrelevant gelten. Daher sind richtiger Weise auch noch die detaillierten, fünfstelligen ATCs zu dieser DxG angegeben. Gleiches gilt z.B. auch für die DXG 098 (A10 als übergeordnete Angabe) In diesen Fällen ist nicht klar, ob nun alle ATC-Kodes, die mit G03 bzw. A10 beginnen, verwendet werden sollen oder nur die ausgewählten fünfstelligen ATCs. Der AOK-Bundesverband empfiehlt, auf Verwendung von ATC-Kodes mit weniger als fünf Stellen im Klassifikationsmodell sowie die Angabe verschiedener ATC-Differenzierungsstufen innerhalb einer DxG zu verzichten.

#### f) Korrekturen bez. Aufgreifkriterien Anlage 2

In Bezug auf die Krankheiten 35 Demenz und 54 Ischämische Herzkrankheit ist bei einzelnen DxGs fälschlicher Weise auch eine Arzneimitteldosis als Aufgreifkriterium angegeben, obwohl gem. Festlegungsentwurf des BVA auf eine Arzneimittelvalidierung verzichtet wird.

#### II. Auslands-Alter-Geschlechts-Gruppen (zu Punkt e) des Festlegungsentwurfs) i. V. m. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für Auslandsversicherte)

Der Festlegungsentwurf sieht vor, dass für Auslandsversicherte nach Alter und Geschlecht differenzierte Gruppen gebildet werden, die in der Abgrenzung den allgemeinen AGGs entsprechen. Eine Zuordnung zu den AGG, EMG und HMG erfolgt für diese Versicherte nicht. Für Auslandsversicherte, die diesen AusAGGs bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland von mehr als 183 Tagen zugeordnet werden, werden eigene Risikozuschläge berechnet, die sich aus der Summe der HMG, AGG, EMG und KEG ergeben. Das beschriebene Verfahren setzt die Anforderungen des § 31 Abs. 5 RSAV um. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist unter Punkt e) des Festlegungsentwurfes lediglich zu ergänzen, dass Auslandsversicherte auch nicht einer KEG zugeordnet werden können.

### III. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge, hier: Ermittlung der nicht erfassten Ausgaben.

Gem. Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beabsichtigt das Bundesversicherungsamt abweichend von § 266 SGB V bei der Ermittlung von Risikozuschlägen berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nicht für Zuweisungen für Morbiditätsgruppen anzusetzen, wenn diese nicht im Rahmen der Stichprobenerhebung der Leistungsausgaben nach § 30 Abs. 1 Nr. 7 RSAV gemeldet werden. Sind Leistungsausgaben in der Stichprobenerhebung unterrepräsentiert, sollen diese nur versichertenbezogen für die Zuweisungen berücksichtigt werden (vgl. Seite 9f des Festlegungsentwurfs). De facto würde diese Vorgehensweise zu einer einheitlichen versichertenbezogenen Zuweisung führen.

Das Problem der **Untererfassung der Ausgaben auf Basis der versichertenbezogenen Erhebung der Ausgaben gegenüber den im KJ1 gebuchten Ausgaben** hat auch schon immer beim RSA nach altem Recht bestanden. Es ist regelmäßig auf ein zeitliches Auseinanderfallen zwischen Leistungsabrechnung und amtlicher Rechnungslegung, durch Sammelrechnung oder auch die Art der Datenerhebung (Stichprobe vs. Vollerhebung) zu erklären. Zusätzliche Abweichungen zwischen den versichertenbezogen erhobenen Ausgaben und den KJ1-Buchungen entstehen aufgrund der unterschiedlichen **Qualität der Erhebung der versichertenbezogenen Daten** bei den einzelnen Krankenkassen- bzw. Krankenkassenarten.

In der Vereinbarung zum RSA wurden daher schon seit Einführung des RSA einvernehmlich Toleranzbereiche festgelegt, mit denen bestimmt wurde, welche Meldungen für die Berechnung der GKV-weiten Profile (RSA nach altem Recht) bzw. Zuschläge (MRSA) herangezogen werden. Je nach Ausgabenbereich müssen die versichertenbezogen gemeldeten Ausgaben im Verhältnis zu den im KJ1 gemeldeten Ausgaben mindestens 80% bis 120% (Ausschöpfungsquoten Vollerhebungsbereiche) bzw. 50% bis 150% (Ausschöpfungsquote Stichprobenbereiche) betragen. Liegen die Meldungen einer Krankenkasse außerhalb des jeweils festgelegten Toleranzbereichs, so wird diese Krankenkasse von der Ermittlung der GKV-weiten Profile / Zuschläge ausgeschlossen. Mit der Definition der Toleranzbereiche wird sichergestellt, dass eine Krankenkasse durch gezielte Unter- bzw. Übererfassung in ihren Datenmeldungen die GKV-Profile nicht strategisch beeinflussen kann.

Bis dato war es daher immer unstrittig, dass die versichertenbezogenen Ausgaben mit einem einheitlichen Hochrechnungsfaktor hochgerechnet wurden, mit dem sichergestellt wurde, dass die Lücke zwischen den versichertenbezogenen Ausgaben und der KJ1-Meldung geschlossen wurde. Das bedeutet, dass die Profile (RSA nach altem Recht) bzw.

Zu- und Abschläge (MRSA) um den einheitlichen Prozentsatz erhöht wurden, der sich aus der Relation KJ1-Ausgaben zu Summe der versichertenbezogenen Ausgaben ergibt.

**Mit dem Vorschlag des wissenschaftlichen Beirates nur diejenigen Ausgaben in die Ermittlung der Zu- und Abschläge einfließen zu lassen, die versichertenbezogen gemeldet wurden, würde jede Krankenkasse in die Lage versetzt, aufgrund ihrer Meldung das Volumen der über Morbidität verteilten Zuweisungen zu beeinflussen.** Dieses Verfahren steht den Bemühungen der letzten Jahre diametral entgegen, die Beeinflussung der RSA-Verteilungsmechanismen zu verhindern. Krankenkassen würden – folgt man dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats - vielmehr in die Lage versetzt, die Daten unvollständig zu melden und damit die RSA-Ausgleichszahlungen zu manipulieren. Der MRSA wird hierdurch strategienanfällig. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass es kaum gelungen ist, von denjenigen Kassen brauchbare Ersatzlieferungen zu erhalten, deren Lieferungen außerhalb der Toleranzbereiche lagen (Begründung: Zeitgründe, Fehler konnte nicht gefunden werden, EDV-Problem usw.). Eine Sanktionierung eines strategischen Umgangs mit den Datenmeldungen erscheint kaum umsetzbar und würde das gesamte Verfahren in hohem Maße belasten (Rückabwicklungen für Altjahre und Neuberechnungen der Zu- und Abschläge wären auch Durchführung einer solchen Prüfung die Regel).

Der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats **steht im Übrigen im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorschriften des § 266 SGB V**, der keine solche Differenzierung von berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Rahmen der Zuweisungsberechnungen vorsieht. De facto führt der Vorschlag zu einem einheitlichen, von Alter, Geschlecht und Morbidität unabhängigen Zuschlag je Versicherten und entspricht nicht dem vom Gesetzgeber formulierten Prinzip der „alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen“.

In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf findet sich in Kapitel 20 „Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug“ Näheres zum Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats. Der wissenschaftliche Beirat untersucht drei Varianten bzgl. des Umgangs mit den Abweichungen der versichertenbezogen erhobenen Ausgaben zu den KJ1-Ausgaben.

Variante 1: Status quo und RSA nach altem Recht, hier erfolgte die Hochrechnung der Profile bzw. Zu- und Abschläge mit einem einheitlichen Faktor.

Variante 2: Hier erfolgt eine Trennung der untererfassten Ausgaben, in (a) sog. „Ausgaben ohne Morbiditätsbezug“, die die versichertenbezogen zugewiesen werden und (b) die restlichen untererfassten Ausgaben, die wiederum über einen pauschalen Hochrechnungsfaktor berücksichtigt werden.

Variante 3: Hier soll der Gesamtbetrag der Differenz zwischen KJ1-Ausgaben und versichertenbezogen erhobenen Ausgaben mittels eines einheitlichen Betrages je Versicherten zugewiesen werden, sprich unabhängig von allen Morbiditätskriterien.

Der wissenschaftliche Beirat hat seine Entscheidung bzgl. der Auswahl der Variante 3 anhand der quadrierten Abweichungsbeträge zwischen den Zuweisungen je Krankenkasse und deren Ausgaben gefällt. Wir halten diese Kenngröße aus folgenden Gründen für ungeeignet:

Die Unterschiede zwischen den Zuweisungen und den Ist-Ausgaben ist maßgeblich von der Wirtschaftlichkeit bzw. der Unwirtschaftlichkeit einer Krankenkasse geprägt. Ist eine Krankenkasse sehr wirtschaftlich, so ist es durchaus möglich, dass sie mehr Zuweisungen erhält als sie Ausgaben verbucht. Bei unwirtschaftlichen Kassen verhält sich dies umgekehrt. Da der wettbewerbliche Druck bei den Krankenkassen in der Vergangenheit aufgrund der Fehlzuweisungen durch den alten RSA sehr unterschiedlich war, ist zu erwarten, dass das hierdurch unterschiedlich ausgeprägte Kostenmanagement bei den Krankenkassen die Differenz zwischen MRSA-Zuweisungen und Ist-Ausgaben maßgeblich bestimmt. Der MRSA soll jedoch gerade dazu führen, dass alle Kassen Kostenmanagement betreiben und hierdurch Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen können. Die Beurteilung der Zielgenauigkeit eines Verfahrens kann somit nicht auf Basis der verwendeten Kennziffer erfolgen, da diese das Ergebnis des Handels einzelner Kassen sind.

Der AOK-Bundesverband schlägt daher vor, für die Beurteilung der Zielgenauigkeit der Varianten 1 bis 3, das Verfahren anzuwenden, das schon bei der Auswahl des Klassifikationssystems angewandt wurde. Hierbei bietet sich die Analyse der Predictive Ratios nach Kostenklassen über alle GKV-Versicherten hinweg an (vgl. Predictive Ratio als Standard-Bewertungsverfahren bei Reschke, Lauterbach und Wasem: Klassifikationsmodell für Versicherte im Risikostrukturausgleich, BT-Drs. 16/3100).

Dabei gilt: Je näher die Zuweisungen an den tatsächlichen Ausgaben liegen, desto besser das im Modell gewählte Verfahren. Beim Vergleich der drei Varianten ist es dabei unerheblich, dass die Ist-Ausgaben aufgrund der Untererfassung systematisch zu niedrig sind, da diese für alle drei Varianten einheitlich untererfasst sind. Wesentlich ist hingegen für die Beurteilung der Zielgenauigkeit, ob die derzeit viel zu hohen Zuweisungen in den niedrigen Kostengruppen durch eine geändertes Verfahren zusätzlich ansteigen und die Zuweisungen in den hohen Kostengruppen, die die Ist-Ausgaben massiv unterschreiten im Gegenzug weiter abnehmen.

Auch inhaltlich hält die vorgetragene Argumentation keiner Prüfung stand. Nach Dokumentation des BVA gelten in der Stichprobe des Jahres 2007 Leistungsausgaben in

Höhe von ca. 5,9 Mrd. Euro als nicht versichertenbezogen erfasst (Untererfassung). Hiervon wurden lediglich 1,3 Mrd. Euro als „pauschale, nicht-versichertenbeziehbare und nicht-morbiditätsbezogene Ausgabenbestandteile“ identifiziert (s. Seite 113 Erläuterungen zum Festlegungsentwurf). Die verbleibenden 4,6 Mrd. Euro müssen also zunächst als versicherten- und morbiditätsbezogen bzw. beziehbar gelten. Darüber hinaus stehen aber auch die unter 20.2 Ziffer 2. aufgeführten Leistungsausgaben überwiegend in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung und damit der Versichertenmorbidität, auch wenn sie im Einzelfall nicht immer versichertenbezogen ermittelt werden können. Dem AOK-Bundesverband ist zumindest nicht bekannt, dass Selbsthilfegruppen für Gesunde aus dem Krankenkassenhaushalt bezahlt werden (Konto 5130 und 5140). Auch ist davon auszugehen, dass die unter Konto 5400 gezahlten Unfallversicherungsbeiträge tatsächlich für Rehabilitanden, also Personen mit einer nicht unerheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung, gezahlt werden. Auch die Aufwendungen für Schutzimpfungen werden für Personen erbracht, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes besonders gefährdet sind (vgl. hierzu auch die aktuelle Diskussion zur Impfung gegen die „Neue Grippe“ – Schweinegrippe). Leistungsausgaben aus diesem Bereich sind im Übrigen auch versichertenbezogen in der Datenmeldung nach § 30 Abs. 1 Nr. 7 RSAV enthalten. Dies ergibt sich schon bereits aus der Tatsache, dass die Durchführung und Abrechnung von Impfungen durch regionale Vereinbarungen geregelt sind, die eine versichertenbezogene Abrechnung bestimmter Impfstoffe außerhalb des Sprechstundenbedarfs vorsehen.

Von den genannten Konten können nur die Konten 5155 (Betriebliche Gesundheitsförderung), 5270 (Förderung der Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung) und 5900 (Medizinischer Dienst) zweifelsfrei als „ohne Morbiditätsbezug“ gelten. Auf diesen Konten wurden GKV-weit 2008 ca. 300 Mio. Euro (brutto) verausgabt. Die Ausgaben für den Medizinischen Dienst in Höhe von ca. 275 Mio. Euro in 2008 sind nur deshalb ohne Morbiditätsbezug, da sie über Umlage finanziert werden. Tatsächlich entstehenden Aufwendungen des Medizinischen Diensts gerade in Zusammenhang mit Krankheiten von GKV-Versicherten.

Der AOK-Bundesverband empfiehlt dringend, auf die vorgesehene versichertenbezogene Berücksichtigung von sog. nicht erfassten Ausgaben zu verzichten. Nummer 1 und 6 des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge sind ersatzlos zu streichen. Stattdessen wird empfohlen, bei Ausschöpfungsquoten ungleich 100% die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Stichprobenerhebung auf die jeweiligen amtlichen Rechnungsergebnisse zu normieren. Um auszuschließen, dass Über- oder Untererfassungen der Leistungsausgaben die Zuweisungen für AGG, EMG und HMG verfälschen, wird vorgeschlagen, nur solche Meldungen der Leistungsausgaben für die Regression zu berücksichtigen, die den festzulegenden Mindestanforderungen an die Ausschöpfungsquote genügen. Der AOK-Bundesverband spricht sich ausdrücklich für die

Festlegung restriktiver Quoten aus. Im Sinne des § 266 SGB V kann auf diese Weise eine Verteilung von unter- oder übererfassten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auf alle Zuweisungskategorien sichergestellt werden. Ein solches Verfahren entspricht zudem den für gleiche Problemstellungen üblichen Vorgehensweisen im RSA nach altem Recht.

#### IV. Berechnungsverfahren der Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen

Im Rahmen des § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV beabsichtigt das BVA erstmals für das Ausgleichsjahr 2010 auch detaillierte Regelungen zur Berechnung der Risikozuschläge im monatlichen Abschlagsverfahren, genauer für die Durchführung der Strukturanpassungen nach § 39 Abs. 3 RSAV festzulegen. Dieses Vorhaben findet ausdrücklich die Unterstützung des AOK-Bundesverbandes, da es wesentlich zur Transparenz der unterjährigen Anpassungen und damit zur Planungssicherheit der Krankenkassen beiträgt.

Gem. Festlegungsentwurf ist vorgesehen, dass in den Strukturanpassungen die Zu- und Abschläge so angepasst werden, dass der in der Regression ermittelte Anteil der AMG-, EMG- und HMG-Zuweisungen in der GKV unverändert bleibt. Dies soll auch gelten, wenn die Zahl der Morbiditätszuschläge gegenüber dem Regressionsergebnis deutlich zunimmt. Nach Ansicht des Wissenschaftlichen Beirats ist dieses Verfahren besser geeignet als die Verwendung eines allgemeinen Anpassungsfaktors, welcher im Rahmen der 1. Strukturanpassung 2009 berücksichtigt wurde. Das vorgeschlagene Modell selbst wird im Festlegungsentwurf unter den Vorbehalt weiterer Prüfung und neuer Erkenntnisse gestellt.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist das skizzierte Verfahren gerade nicht geeignet, auf die Zunahme der dokumentierten Morbidität und der damit verbundenen Zunahme der HMG-Zuschläge zu reagieren. Das Verfahren bewirkt konkret, dass jeder Anstieg der HMGs zu einer Reduzierung der einzelnen HMG-Zuschläge führen muss, da nur so sichergestellt ist, dass der festgelegte Anteil der HMG-Zuweisungen konstant bleibt. Es ist davon auszugehen, dass sich die Ergebnisse der Strukturanpassung von den tatsächlichen Werten des Jahresausgleichs nach § 41 RSAV weiter entfernen, würde dieser Vorschlag angewendet. Der AOK-Bundesverband lehnt dieses Verfahren ohne Modifikation für alle Strukturanpassungen mit Aktualisierung der Morbiditätsinformationen daher ab. Zur Erläuterung:

Wird die Zahl der HMG-Zuschläge – wie in der ersten Strukturanpassung 2009 mit Umstieg auf die 2007er Morbiditätsdaten – deutlich erhöht, so wird dies gerade nicht durch ein Absinken der HMG-Zuschläge kompensiert werden. Stattdessen ist davon auszugehen, dass die HMG-Zuschläge eher unverändert bleiben, ggf. sogar steigen, während die AGG-Zuschläge zurückgehen. Diese Wirkung kann durch das BVA mit Vorliegend der 2008er Leistungsausgaben (Anfang September 2009) empirisch geprüft werden. Analysen des

BVA zur Veränderung der Anteile der AGG- und HMG-Zuweisungen aus den Jahren 2005/2006 und 2006/2007 bestätigen diese Vermutung bereits: Mit steigender Zahl der HMG-Zuschläge geht auch das Zuweisungsvolumen nach AGG zurück. Vor diesem Hintergrund ist das „Einfrieren“ der Anteile der Zuweisungsarten nicht sachgerecht und führt auch gegenüber der Anwendung eines pauschalen Angleichungsfaktors zu einer Unterschätzung HMG-bedingter Zuweisungsbeträge.

Soweit sich dieser Trend im Jahr 2009 und nachfolgend aber nicht fortsetzt, ist ein wie durch den Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenes Verfahren durchaus sinnvoll. Der eigentliche Vorteil eines „Einfrierens“ der Zuweisungsanteil im Abschlagsverfahren besteht allerdings darin, dass der Verlust von HMG-Zuschlägen durch die gegenüber dem Jahr der Morbiditätsinformation nun verstorbenen Versicherten abgefangen wird (vgl. hierzu auch S. 177 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf). Dieser Effekt steht aber in keinem Zusammenhang mit der Zunahme der HMG-Zuschläge durch Aktualisierung der medizinischen Informationen. Daher bietet es sich sinnvoller Weise an, den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats unverändert für alle Strukturanpassungen zu übernehmen, in denen keine Aktualisierung der Morbiditätsinformationen erfolgt.

Ungeachtet der Tatsache, dass die hier zur Anhörung stehenden Vorschläge erst für das Ausgleichsjahr 2010 verbindlich werden, schlägt der AOK-Bundesverband für die anstehende 2. Strukturanpassung 2009 vor, neue Risikozuschläge auf der Grundlage der 2007er-Morbiditätsinformationen (Korrekturmeldung) und den Leistungsausgaben 2008 (Erstmeldung) zu berechnen und für die Zuweisungsberechnung zu verwenden. Die im Rahmen der Regression ermittelten Anteile der Zuweisungsarten sollen dann – entsprechend Festlegungsentwurf – für die 2. Strukturanpassung angesetzt werden. Damit werden o. g. Verzerrungen aufgrund von Tod und Verknüpfungsproblemen minimiert. Da ein Umstieg auf aktuelle Morbiditätsdaten nicht vorgesehen ist, sind weitere Verzerrungen nicht zu erwarten.

Ab dem Ausgleichsjahr 2010 soll dieses Verfahren jeweils für die 2. Strukturanpassung angewendet werden, soweit keine Aktualisierung der Morbiditätsinformation erfolgt. Zugleich schlagen wir vor, die im Festlegungsentwurf skizzierten Regelungen für Strukturanpassungen, bei denen auch die Morbiditätsinformationen aktualisiert werden, anzupassen. Dabei soll gelten: Bedingt die Zunahme der HMG-Zuschläge, dass der Anteil der über HMG verteilten Zuweisungen den in der Regression festgestellten HMG-Anteil an den Zuweisungen übersteigt, so werden die Zuweisungen für AGG und EMG anteilig gemindert. Der Anteil der Minderung der AGG- und EMG-Zuweisungen wird dabei auf der Grundlage empirischer Analysen durch das BVA festgelegt. Stellt das BVA dabei fest, dass bei einer Zunahme der HMG-Zuweisungen die AGG/EMG-Zuweisung zu 100% um den HMG-Zunahmebetrag zurückgehen, wäre ein 100%iger Anteil anzusetzen. Stellt das BVA fest, dass die Zunahme der HMG-Zuweisungen nur zur 50% oder gar nicht in verminderten

AGG/EMG-Zuweisungen Niederschlag finden, so ist ein Anteil von 50% bez. 0% anzusetzen („Kompensationsquote“). Die nachfolgende Tabelle soll diese zielgerichtete, auf tatsächlichen empirischen Feststellungen beruhende Justierung der Zuweisungen im Abschlagsverfahren über Kompensationsquoten beispielhaft illustrieren. Kann das BVA keine Kompensationsquote ermitteln, so ist die HMG-Zunahme oberhalb des Regressionsanteils – in Anlehnung an das heute praktizierte Verfahren – per Aufteilungsfaktor zu verteilen.

Anteil HMG gem. Regression*	Anteil AMG/EMG gem. Regression*	BVA: Empirische AGG/EMG-Kompensation bei HMG-Zunahme	Anteil HMG in Strukturanpassung (Ausgangswert)**	angepasste HMG-Zuweisungen	angepasste AGG/EMG-Zuweisungen
40% (40 €)	60% (60 €)	100%	44% (44 €)	44% (44 €)	58% (56 €)
40% (40 €)	60% (60 €)	50%	44% (44 €)	42% (42 €)	58% (58 €)
40% (40 €)	60% (60 €)	0%	44% (44 €)	40% (40 €)	60% (60 €)
40% (40 €)	60% (60 €)	<i>Pausch AnglF</i>	44% (44 €)	42,3% (42,3 €)	57,7% (57,7 €)

\* Fiktives Volumen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Gesundheitsfonds: 100 €.

\*\* Beschreibt Morbiditätszunahme durch Aktualisierung der Datengrundlage.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes stehen zum Termin der nächsten Strukturanpassung mit Aktualisierung der Morbiditätsinformationen (3. Strukturanpassung 2009 und 1. Strukturanpassung 2010 zum 30.3.2010) ausreichende Datengrundlagen zur empirischen Bestimmung o. g. „Kompensationsquoten“ zur Verfügung, mit denen in den Strukturanpassungen angemessen auf Veränderungen der dokumentierten Versichertenmorbidität reagiert werden. Dadurch, dass diese Anpassung nur dann erfolgt, wenn der in der Regression ermittelte Anteil der HMG-Zuweisungen überschritten wird, kommt bei Stabilisierung der Morbiditätsinformationen je Versicherten automatisch das vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagene Verfahren zur Anwendung. Insofern kann der Vorschlag des AOK-Bundesverbandes als ergänzende Übergangsregelung betrachtet werden.

In Bezug auf die Durchführung von Strukturanpassungen schlagen wir zusammenfassend vor:

- Das im Festlegungsentwurf skizzierte Verfahren wird für alle Strukturanpassungen ohne Aktualisierung der Morbiditätsinformationen angewendet, wobei möglichst aktuelle Regressionsergebnisse zugrunde gelegt werden.

Seite 17

Datum  
28.08.2009

- Das Verfahren wird für alle Strukturanpassungen mit Aktualisierung der Morbiditätsinformationen so angepasst, dass Zunahmen der HMG-Zuweisungen entsprechend empirischer Erkenntnis für die Zuschlagsberechnung berücksichtigt werden. Können empirisch keine Kompensationsquoten abgeleitet werden, wird ein pauschaler Aufteilungsfaktor verwendet.

Darüber hinaus möchten wir auf folgende Aspekte in Bezug auf das monatliche Abschlagsverfahren und die Strukturanpassungen hinweisen:

Im aktuellen Abschlagsjahr 2009 ist mittlerweile eine merkliche Verschiebung zwischen den Ausgabenpositionen der GKV zu erwarten: die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben steigt, die der Verwaltungskosten ist rückläufig. Diese Entwicklung wird sich direkt auf die Höhe der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben respektive Verwaltungskosten auswirken und muss daher bei den Strukturanpassungen im Rahmen der Festlegung der Zu- und Abschläge sowie der Zuweisungen für Verwaltungskosten berücksichtigt werden. Der AOK-Bundesverbandes empfiehlt, bereits ab der 2. Strukturanpassung 2009 die Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 241 SGB V zu berücksichtigen.

Wir möchten Sie bitten, unsere Hinweise aus der Anhörung dem Wissenschaftlichen Beirat weiterzuleiten und für die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2010 zu berücksichtigen. Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag



Dorothee Schawo