

Anlage 1:

Stellungnahme zum Entwurf des BVA zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für den Risikostrukturausgleich 2010

Änderungen des Berechnungsverfahrens

Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte

Sachverhalt:

Im Entwurf des BVA wird vorgeschlagen, dass auf der Ebene der Zuweisungen bei im Ausgleichsjahr verstorbenen Versicherten keine Differenzierung nach dem Todeszeitpunkt erfolgt, sondern der gesamte Zuschlag zugewiesen werden soll. Ziel dieser Regelung ist es, die aus der Nicht-Annualisierung der Krankheitskosten Verstorbener in der WLS-Regression resultierende Unterdeckung der Zuweisungen für Verstorbene zu vermindern.

Bewertung:

Diese Regelung wird vollumfänglich abgelehnt. Hierdurch würde für eine einzelne Versicherten-Gruppe eine Sonderregelung geschaffen, die keiner gesetzlichen Grundlage folgt. Von besonderer Berücksichtigung der Mortalität ist in § 268 Abs. 1 SGB V nicht die Rede, weshalb die beabsichtigte Regelung jeder gesetzlichen Grundlage entbehrt und rechtlich nicht zulässig ist.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit der Abschaffung des Risikopools bewusst eine Entscheidung dafür getroffen, ausschließlich auf Basis der durchschnittlichen Kosten einer bestimmten Anzahl an Krankheiten einen prospektiven Ausgleich zwischen den Krankenkassen zu schaffen. Eine Sonderregelung für Hochkostengruppen, wie sie im Entwurf des BVA für die Hochkostengruppe der Verstorbenen geplant ist, widerspricht damit massiv der Intention des Gesetzgebers.

Die Einführung eines prospektiven Ausgleiches beinhaltet, dass bei einer Standardisierung der Krankheitskosten, Abweichungen der Kosten nach oben wie nach unten zu erwarten sind. Ein „nachträglicher“ Ausgleich von Hochkostenfällen, wie für die Gruppe der Verstorbenen beabsichtigt, entspricht eher dem, vom Gesetzgeber nicht mehr gewollten, nachträglichen Realkostenausgleich. Mit dem stattdessen eingeführten prospektiven Ausgleich verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Anreize für ein effizienteres Versorgungsmanagement der Krankenkassen zu erhöhen, wodurch die Kassen im Ausgleichsjahr positive Deckungsbeiträge bei den berücksichtigungsfähigen Krankheiten generieren können. Die schleichende Wiedereinführung eines nachträglichen Ausgleiches der realen Behandlungskosten verringert die Anreize zur Verbesserung des Versorgungsmanagements und widerspricht damit den Zielen des Gesetzgebers.

Sollte die Hochkostengruppe der Verstorbenen zukünftig eine Sonderrolle erhalten, würde sich auch nahtlos die Frage anschließen, weshalb nun ausgerechnet diese Hochkostengruppe stär-

ker ausgeglichen wird und andere Hochkostengruppen weiterhin nur gemäß der durchschnittlichen Kosten der jeweiligen HMG bezahlt werden. Die beabsichtigte Regelung des BVA wäre dann nicht nur gesetzeswidrig, sondern zugleich auch höchst ungerecht gegenüber anderen Hochkostengruppen.

Des Weiteren ist anzumerken, dass die Information, ob ein Versicherter verstorben ist, auf keiner konkreten Meldevorschrift basiert. Die Kassen geben hier lediglich Informationen von Dritten (Arbeitgebern, Sozialleistungsträgern oder Angerhörigen) weiter. Der Tod eines Versicherten zieht darüber hinaus keinerlei Dokumentationspflichten der Krankenkassen nach sich. Das Sterbekennzeichen muss deshalb als nicht gesichert gelten. Eine höhere Zuweisung für Verstorbene auf Basis eines ungesicherten und damit äußerst manipulationsanfälligen Sterbekennzeichens ist nicht akzeptabel und muss deshalb auch vor diesem Hintergrund abgelehnt werden.

Weitere Anmerkungen

Einstufung in eine EMG

Im Folgenden soll noch eine Problematik angesprochen werden, die nicht die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems betrifft, allerdings ebenfalls Relevanz bezüglich einer zielgenauen und gerechten morbiditätsbezogenen Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds besitzt. Das BVA soll an dieser Stelle lediglich auf folgende grundsätzliche Problematik hingewiesen werden:

Versicherte, die als erwerbsgemindert eingestuft sind, erhalten einen entsprechenden Zuschlag aus dem Morbi-RSA. Eine Voraussetzung, um als erwerbsgemindert zu gelten, ist nach § 45 Abs. 3 SGB VI, dass Bergleute durch das Erreichen der Altersgrenze von 50 Jahren und der Erfüllung der 25 jährigen Wartezeit sowie der Tatsache, dass sie tatsächlich keine gleichwertige Beschäftigung/Tätigkeit mehr ausüben, als EM-Rentner im Sinne der RSAV zählen. Die Zugehörigkeit zu den EM-Rentnern im Sinne der RSAV wird also allein durch diese Tatsachen unterstellt. Eine konkrete medizinische Indikation für die Erwerbsminderung ist hier (§ 45 Abs. 3 SGB VI) keine Voraussetzung.

Dies widerspricht einer gewollten stärkeren morbiditätsorientierten Orientierung bei den Zuweisungen und steht nicht mehr im Einklang mit dem Willen des Gesetzgebers. Der Verordnungsgeber sollte daher die RSAV dahingehend anpassen, dass Personen nach § 45 Abs. 3 SGB VI nicht mehr als erwerbsgemindert im Sinne der RSAV gelten. Eine tatsächlich vorliegende Erkrankung dieser Personengruppe muss mit den jeweils gültigen Aufgreifkriterien beurteilt werden.