

**Stellungnahme der BARMER**  
**zum Festlegungsentwurf des BVA**  
**nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010**  
– 28. August 2009 –

## **I Grundsätzliche Bewertung**

Mit dem Entwurf zur Festlegung des Klassifikationsmodells nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010 trägt das Bundesversicherungsamt (BVA) der differenzierten Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) Rechnung. Die BARMER begrüßt, dass zahlreiche ihrer – mit Schreiben vom 15. April 2009 unterbreiteten – Vorschläge zur Erhöhung der Zielgenauigkeit und Transparenz des MRSA aufgegriffen werden sollen.

### **- Positiv: Manipulationsanreize durch „Right-Coding“ verringert**

Inhaltlich positiv sind insbesondere die im Entwurf enthaltenen Festlegungen zur Verringerung des Missbrauchsrisikos durch so genannte „Right- bzw. Upcoding“-Maßnahmen von Krankenkassen. Durch Änderungen

- in der Hierarchie diverser Morbiditätsgruppen (insbesondere in der Hierarchie 20, Erkrankungen der Harnwege, die zur sachgerechten Zuordnung von Dialysepflichtigen führen)
- des Zuordnungsalgorithmus und
- der Schweregraddifferenzierung (bei HIV/Aids oder hämatologischen Erkrankungen)

wird nicht nur die Zielgenauigkeit des MRSA erhöht. Es wird vor allem für die Zukunft auch die Strategieanfälligkeit des MRSA verringert, da Möglichkeiten zur Beeinflussung der ambulant-ärztlichen Diagnosepraxis durch einzelne Krankenkassen in vielfacher Hinsicht gezielt begegnet wird.

Zudem trägt die vorgesehene stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln im Klassifikationsverfahren des MRSA wesentlich dazu bei, eine „Diagnoseoptimierung“ von vorneherein zu unterbinden. Die BARMER unterstützt daher auch die begrenzte, teilweise Ersetzung des M2Q-Kriteriums (gesicherte Diagnose in zwei Quartalen) durch eine zeitlich und sachlich passende Arzneimittelverordnung.

### **- Kritisch: Festlegung der Zuweisungen für Verstorbene**

Dagegen kritisiert die BARMER die geplanten Festlegungen der Zuweisungen für Verstorbene. Eine Zuweisung voller Jahresbeträge, statt zeitanteiliger Beträge, für im Ausgleichsjahr Verstorbene wird mit Nachdruck abgelehnt. Abgesehen davon, dass es zur Berücksichtigung eines weiteren indirekten Morbiditätskriteriums zunächst einer gesetzlichen Änderung bedürfen würde, lässt sich bei genauerer Analyse zeigen, dass das Kriterium Tod als ergänzendes indirektes Morbiditätskriterium auch nicht besonders geeignet ist. Be- bzw. Entlastungen einer Kasse fallen ungleichmäßiger aus als im Status quo. Eine zielgenauere Alternative besteht in der Wiedereinführung eines ausgabenbezogenen Spitzenausgleichs wie er mit dem Risikopool bis Ende 2008 existierte.

**- Nicht sachgerecht: Fehlender Morbiditätsbezug durch „Zuschläge je Versichertentag“**

Des Weiteren lehnt die BARMER „Zuschläge je Versichertentag für von der Stichprobe nicht gedeckte Leistungsausgaben“ entschieden ab. Die BARMER sieht keine sachliche Notwendigkeit und Berechtigung, im Wege der Anpassung eines Gruppierungsalgorithmus die bisherigen gesetzgeberischen Grundentscheidungen für den Verteilungsmaßstab innerhalb der unterschiedlichen Zuweisungskategorien zu verändern.

Insbesondere im Zuge einer Verwaltungsfestlegung dürfen die bestehenden Gesetzentscheidungen nicht aufgehoben werden. Dies gilt gerade vor dem Hintergrund der enormen quantitativen Effekte, da mit den vorgesehenen Festlegungen für etwa 5 Prozent der Leistungsausgaben der gebotene Morbiditätsbezug völlig aufgelöst wird. Die Verteilungseffekte für eine Zuweisungsermittlung rein nach Versichertenzahl erreichen eine Größenordnung, die keinesfalls marginalisiert werden darf. Ein Morbiditätsbezug für von der Stichprobe nicht gedeckte Ausgaben ist auch deshalb geboten, da eine vollständigere oder unvollständigere versichertenbezogene Erfassung der Leistungsausgaben durch die Krankenkassen manipulationsanfällig ist.

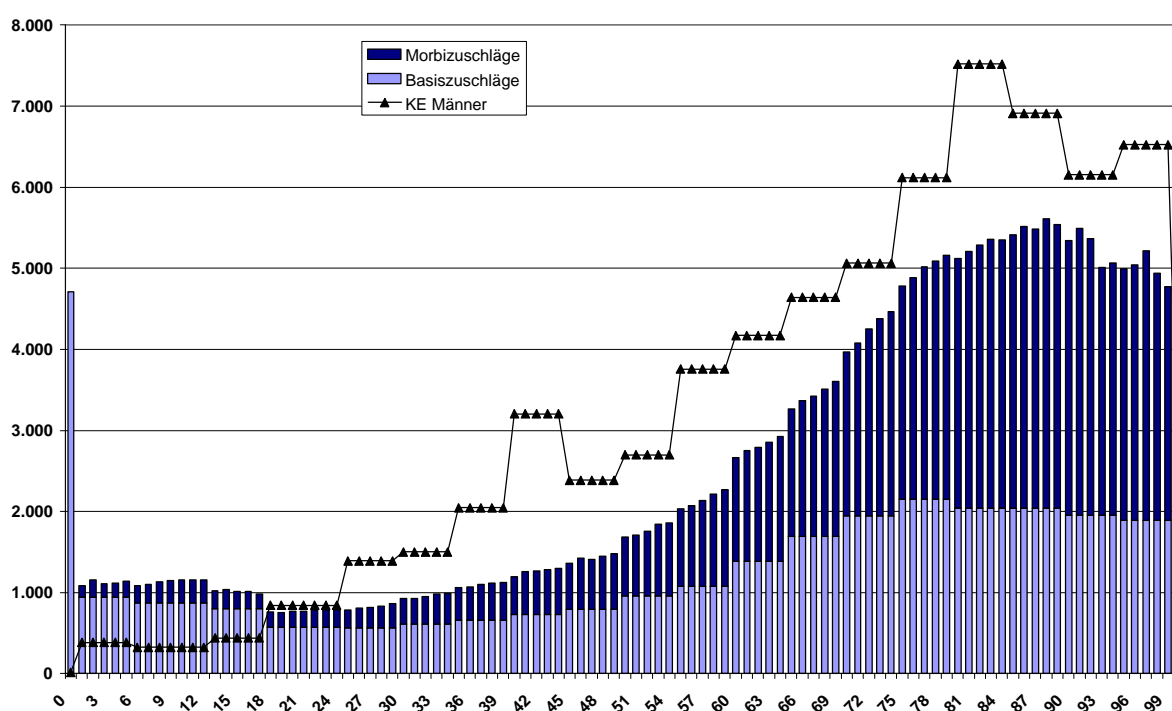
## II Differenzierte spezifische Bewertungen zum Festlegungsentwurf

### 1. Festlegung der Gruppe für Kostenerstatter

Laut dem Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Jahr 2010 wird für alle Kostenerstatter (KE) nur ein Zuschlag gebildet. Eine Bildung von Zuschlägen nach Alters- und Geschlechtsklassen wie z.B. bei den Zuschlagsgruppen für im Ausland Lebende (AusAGG) findet nicht statt.

Bei der Ermittlung der Gesamtzuweisung für einen bestimmten KE wird der neu gebildete KE-Zuschlag zum Grundzuschlag nach Alter und Geschlecht (AGG) und gegebenenfalls einem Zuschlag wegen Bezuges einer Erwerbsminderungsrente (EMG) addiert. Hierdurch erhalten die Zuweisungen für KE zwar ein demographisches Element. Deutlich mehr als die Hälfte des Zusammenhangs zwischen Leistungsausgaben und Alter/Geschlecht wird für Versicherte, die nicht KE sind, jedoch dadurch abgebildet, dass Ältere im Durchschnitt mehr und/oder höherwertige Morbiditätszuweisungen erhalten als Jüngere.

Dies führt dazu, dass der Unterschied in der Gesamtzuweisung für einen durchschnittlichen 60-jährigen Mann um ca. 1.700 € über der des durchschnittlichen 30jährigen Mannes liegt. Der Unterschied in der AGG alleine beträgt nur ca. 770 €. Beim 89jährigen Mann ist dies ein Unterschied zu einem 30jährigen Mann von ca. 4.600 € gegenüber einem Unterschied von ca. 1.400 €. Durch die Bildung nur einer KE-Gruppe wird das unterschiedliche Kostenrisiko nach dem Kriterium „Alter“ und „Geschlecht“ nur noch sehr schwach über die AGG ausgeglichen. Für einen 60jährigen KE erhält die Kasse nicht 1.700 € mehr als für den 30jährigen, sondern nur 770 €.



Ein so schwacher Ausgleich von Alter und Geschlecht ist offensichtlich nicht sachgerecht. Die Auswertung der durchschnittlichen Leistungsausgaben unserer eigenen Kostenerstatter (Linie „KE Männer“) zeigt – neben einem insgesamt erhöhten Ausgabenniveau – eine sehr deutliche Altersabhängigkeit der Ausgaben. Diese geht weit über das nur von den AGG dargestellte Niveau hinaus.

Die Bildung nur eines Zuschlages für KE wäre legitim, wenn die Anzahl der Versicherten mit KE in der GKV-Stichprobe zur Berechnung der Zuweisungen nicht ausreichen würde, um Alters- und Geschlechtsunterschiede abzubilden. Andernfalls ist aus Sicht der BARMER weiterhin § 29 Nr. 3 RSAV i.V.m. § 268 Abs. 2 Satz 4 SGB V einschlägig, der die Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden bei der Risikoeinstufung vorschreibt. Dies ist bei einem einheitlichen KE-Zuschlag offensichtlich und empirisch erwiesen nicht in ausreichendem Maße der Fall, da ein einheitlicher KE-Zuschlag das Alters- und Geschlechtselement der Risikoverteilung im Gegensatz zu der Vielzahl nebeneinander möglicher Morbiditätseinstufungen nicht abbilden kann. Dauerhaft ist im Übrigen auch an die Bildung einer geschichteten Stichprobe mit höherem Auswahlssatz oder Vollerhebung für Kostenerstatter zu denken, um die Alters- und Geschlechtsunterschiede in den KE-Gruppen korrekt abzubilden.

Wir weisen darauf hin, dass unter Berücksichtigung dieser Tatsachen von einem einheitlichen KE-Zuschlag erhebliche Anreize zur Risikoselektion ausgehen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich eines Anreizes, junge und gesunde Versicherte ggf. gegen deren wohlverstandenes Interesse „Pro“ Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu beraten, ältere Versicherte jedoch zu einer Aufgabe des Kostenerstatter-Status zu bewegen.

## **2. Änderungen der Aufgreifkriterien**

### **2.1. Zu Kapitel 2: Teilweise Ersetzung des M2Q-Kriteriums durch die Diagnose mit zeitgleicher Arzneimittel Verordnung und erforderliche Verordnungsmenge (Modell 2+4)**

Die BARMER begrüßt die vorgeschlagene Änderung. Das Ersetzen einer Diagnose durch eine zeitlich und sachlich passende Verordnung verringert Anreize zur Manipulation.

### **2.2. Zu Kapitel 3: Behandlungstage statt der Summe aus Arzneimitteltagesdosen (DDD)**

Die Betrachtung bereinigter Behandlungstage bei der Zuordnung von Versicherten zu Morbiditätsgruppen mit Arzneimittelvalidierung wird von der BARMER abgelehnt.

Zweck der Betrachtung bereinigter Behandlungstage ist es, die tatsächliche Morbidität präziser zu erfassen, um dadurch die Kosten des Folgejahres genauer vorherzusagen. Tabelle 10 auf Seite 26 in den Erläuterungen zur Festlegung zeigt aber, dass die Genauigkeit der Kostenvorhersage mit der Verwendung bereinigter Behandlungstage in allen Modellen sinkt. Das Konzept bereinigter Behandlungstage ist daher nicht geeignet, die Zielgenauigkeit des MRSA zu verbessern.

Die Bildung von Zeitketten ist zudem extrem aufwändig. Zu ihrer Ermittlung muss nicht nur die Arzneimittelerhebung (sog. Satzart 400) aus dem Ausgangsjahr der Gruppenzuordnung, sondern auch noch die aus dem Vorjahr herangezogen werden, da Zeitketten aus dem Vorjahr ggf. erst im Ausgangsjahr enden. Im Jahresausgleich 2010 müssen daher Daten aus 2010, 2009 und 2008 verarbeitet werden. Im Schlüsseljahr 2011, wo diese Daten erzeugt werden, ist jedoch eine Meldung für 2008 bisher nicht vorgesehen. Da sich die Verschlüsselung der Pseudonyme im BVA-Verfahren jährlich ändert, müsste es daher eine Sonderlieferung geben.

Dieser Mehraufwand wäre ohne weiteres hinzunehmen, wenn ihm eine entsprechende fachliche Verbesserung gegenüberstünde. Dies ist aus unserer Sicht nicht nur statistisch, sondern auch fachlich nicht der Fall: Die Veränderung besteht aus zwei Elementen. Das eine, nämlich dass die für einen Wirkstoff bei einer Verordnung dem Versicherten „angerechneten“ Behandlungstage maximal auf die Tage bis zur nächsten wirkstoffgleichen Verordnung begrenzt werden, ist dabei sinnvoll. Verbraucht ein Versicherter mehr als die tägliche Durchschnittsdosis, so schlägt sich dies gerade in solchen hinsichtlich der „eigentlich“ verordneten DDD relativ zeitnahen Neuverordnungen nieder.

Das andere Element ist, dass alle zu einer DxGruppe gehörenden Wirkstoffe, die gleichzeitig verordnet werden, als Überschneidung hinsichtlich ihrer DDD angesehen werden. Insofern wird unterstellt, dass alle Arzneimittel einer DxGruppe zeitgleich eingenommen werden.

Dies ist in vielen Fällen richtig, in anderen aber auch nicht. Häufig werden Arzneimittel zum phasenweisen oder abwechselnden, auf jeden Fall alternativen Gebrauch gleichzeitig verordnet. Ein Beispiel wäre bei Asthma die gleichzeitige Verordnung von Formoterol und Budesonid einerseits und eines Kombinationsproduktes, z.B. aus Fluticason und Salmeterol, andererseits. Aufgrund der einfacheren Handhabung wird im Regelfall das Kombinationsprodukt verwendet, während in Phasen stärkerer Allergielagen hingegen die Einzelprodukte zum Einsatz kommen. Dies vermeidet, dass der Patient aufgrund eines erhöhten Bedarfs für den Bronchialerweiterer (Formoterol) zwangsläufig auch das Cortison (Fluticason) höher dosiert oder umgekehrt.

Auf diese Weise kommt es vor, dass zwar alle Tage zwischen einer früheren und einer späteren Verordnung tatsächliche Behandlungstage mit Arzneimittleinnahme sind, da zeitweise der eine, zeitweise der andere Wirkstoff bzw. Wirkstoffkombination verwendet werden. Da das nunmehr vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der bereinigten Behandlungstage aber alle Wirkstoffe einer DxGruppe und einer Verordnung als parallel einzunehmend unterstellt, entstehen zwischen beiden Verordnungen Lücken, die es tatsächlich nicht gibt und es werden zu wenige Behandlungstage gezählt.

Das Verfahren des BVA würde es aus Sicht der BARMER eigentlich notwendig machen, die Arzneimittellisten extrem detailliert zu überarbeiten und Wirkstoffkombinationen zu unterscheiden, die in der Regel parallel oder alternativ verwendet werden. Ohne eine solche Unterscheidung geht der

Verfahrensvorschlag in einigen Fällen an der vielfältigen Verordnungsrealität vorbei. In Anbetracht dessen ist der für die Umsetzung des Verfahrensvorschlags zu treibende Aufwand aus Sicht der BARMER zu hoch. Einen zwingenden Grund, die bisherige Formulierung des Arzneimittelkriteriums überhaupt zu ändern, sieht die BARMER nicht.

### **3. Änderungen des Klassifikationsmodells**

#### **3.1. Vorbemerkung**

Die Bewertung der Änderungen des Klassifikationsmodells sollte nach Ansicht der BARMER nicht ausschließlich auf eine Verbesserung des Bestimmtheitsmaßes ( $R^2$ ) abzielen.  $R^2$ -Änderungen einer isolierten Anpassung lassen keine direkten Rückschlüsse auf den Gesamteffekt aller Änderungen zu. Außerdem werden die  $R^2$  von Regressionen mit einer unterschiedlichen Anzahl von erklärenden Variablen verglichen, ohne dass ein gewichtetes  $R^2$  berechnet wird. Die BARMER schlägt daher vor, für die betrachteten Versichertenteilmengen jeweils auch die Veränderung des predictive ratio zu prüfen.

#### **3.2. Zu Kapitel 9: Änderungen in der Hierarchie 1 – Infektionen: Schweregraddifferenzierung von HIV / Aids**

Die Schweregraddifferenzierung wird von der BARMER befürwortet. Sie ist geeignet, die extrem hohe Ausgabenvarianz in dieser Gruppe besser zur berücksichtigen. Die höhere Genauigkeit wird dabei nicht durch erhöhte Anreize zur Manipulation erkaufte. Die Zuweisungen für Versicherte mit Dauerbehandlung sind nämlich nur durch den Nachweis der tatsächlichen Inanspruchnahme kostenintensiver Arzneimittel zu erhalten. Solche Verordnungen kann die Krankenkasse nicht durch eigene Handlungen bewirken und wenn sie es könnte, würde sie keinen positiven Effekt erzielen, da der erhöhten Einnahme erhöhte Ausgaben gegenüberstünden.

Grundsätzlich sind Versicherte mit Alter < 12 Jahren in dem Klassifikationsverfahren von der Erfüllung des AM-Kriteriums ausgeschlossen und werden mit ihren ambulanten Diagnosen der entsprechenden HMG zugeordnet. Sie erfahren dadurch keinen Nachteil, sondern der Benachteiligung dieses Personenkreises wird dadurch entgegengewirkt. Bei der Zuordnung zur HMG01 werden sie jedoch explizit ausgeschlossen und können somit nur der niedriger bewerteten HMG184 zugeordnet werden, obwohl bis zu 1% der Fälle auf den Personenkreis mit Dauermedikation (DxG1a und DxG2a) entfallen. Die BARMER schlägt daher vor, für die DxG1a und DxG2a den Ausschluss der Versicherten < 12 Jahre aufzuheben und diesen Personenkreis somit nicht von der Verbesserung auszuschließen. Bei der Zuordnung zu den DxG1a und DxG2a wurden darüber hinaus Personen ausgeschlossen, die zwar die Dauermedikation erhalten haben, die aber statt einer zugeordneten ambulanten Diagnose nur eine Krankenhausdiagnose aufweisen. Diese Einschränkung ist aus Sicht der BARMER nicht sachgerecht. Die BARMER schlägt daher vor, stationäre Diagnosen ebenfalls zuzulassen.

#### **3.3. Kapitel 10: Änderungen in der Hierarchie 3 – Diabetes**

Die Neuzuordnungen in der Hierarchie 3 – Diabetes werden von der BARMER befürwortet.

### **3.4. Kapitel 11: Änderungen in der Hierarchie 7 – Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems**

Die Neuzuordnungen in der Hierarchie 7 – Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems werden von der BARMER befürwortet.

### **3.5. Kapitel 12: Änderungen in der Hierarchie 8 – hämatologische Erkrankungen**

#### **3.5.1. Vorbemerkung**

Die Schweregraddifferenzierung wird von der BARMER befürwortet. Sie ist geeignet, die extrem hohe Ausgabenvarianz in dieser Gruppe besser zur berücksichtigen. Wie bei der Schweregraddifferenzierung in der Hierarchie 1 (bzgl. HIV/Aids, s.o.) geht die höhere Genauigkeit dabei nicht mit erhöhten Anreizen zur Manipulation einher. Die Zuweisungen für Versicherte mit Dauerbehandlung sind nämlich nur durch den Nachweis der tatsächlichen Inanspruchnahme kostenintensiver Arzneimittel zu erhalten. Solche Verordnungen kann die Krankenkasse nicht durch eigene Handlungen bewirken und wenn sie es könnte, würde sie keinen positiven Effekt erzielen, da der erhöhten Einnahme erhöhte Ausgaben gegenüberstünden.

Allerdings ist die nunmehr vorgeschlagene Umsetzung in inhaltlicher und technischer Hinsicht dringend verbesserungsbedürftig.

In der Anlage 3 zu der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV werden die ATC Codes aufgeführt, welche für die Berücksichtigung der „Arzneimittelzuordnung bei Hämophilie (DxG 225)“ verwendet werden sollen (ATC B02BD01, B02BD02, B02BD04 sowie B02BD06). Gemäß dieser Anlage sollen die Arzneimittel über die Sonderkennzeichnung „9999901“ der DxG 255 zugeordnet werden.

#### **3.5.2. Zuordnung von ATC- Codes zur DxG 225**

Die vorgenommene Zuordnung von ATC-Codes ist fragwürdig. In der ATC- Gruppe B02BDXX sind weitere ATC-Gruppen als die vom BVA genannten enthalten. Dies sind einerseits Faktorpräparate für andere Faktordefizite (B02BD05 und B02BD07). Diese gehören nicht zur DxG 225, da diese Faktordefizite mit dem ICD- Code D68.1 oder D68.2 diagnostiziert werden, nicht mit D66 oder D67, welche zur DxG 225 gehören. Allerdings gehört zur ATC-Gruppe B02BDXX (unter anderem) auch Eptacog alfa (B02BD08, "NovoSeven"), Feiba (B02BD03, „Feiba“) sowie Nonacog Alfa (B02BD09, "Benefix", "Refacto").

Eptacog alfa ist ein Faktor VII-Präparat. Laut Produktinformation wird es aber in erster Linie für Patienten mit Faktor VIII- bzw. Faktor IX-Mangel eingesetzt, die bei Verabreichung von „passenden“ Faktorpräparaten Hemmkörper entwickeln würden. Feiba ist schon laut Bezeichnung („Faktor eight inhibitor bypassing activity“) ein Mittel zur Behandlung des Faktor VIII-Mangels. Nonacog Alfa ist ein neueres Faktor IX-Präparat. Dasselbe gilt für einige weitere Wirkstoffe der ATC-Gruppe B02BDXX.

Zunächst ist daher die Zuordnung der ATC-Codes zur DxG 225 zwingend zu überdenken.

### 3.5.3. Verwendung der Pseudo- Pharmazentralnummer 9999901

In der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr.1 und 2 SGB V ist für die Pseudo- Pharmazentralnummer 9999901 ausschließlich festgelegt "Hämophilie- Produkte". Die Pseudo-PZN ist damit nicht auf Faktor VIII und IX, tatsächlich noch nicht einmal auf Faktor-Präparate als solche begrenzt. Im Direktbezug der BARMER werden alle Faktorpräparate (im Übrigen auch reine Faktor VII- oder Faktor XIII-Produkte (ATC B02BD05 und B02BD07)) beschafft. Als die BARMER noch keine echten Handels-PZN für diesen Direktbezug erfasste, erhielten alle Faktorpräparate ausnahmslos die Pseudo-PZN 9999901.

Die Pseudo- PZN 9999901 ist daher in ihrer jetzigen Definition lt. Bestimmung mit der Anlage 3 zu der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht zu vereinbaren.

### 3.5.4. Schlussfolgerungen

Grundsätzlich besitzen alle von Krankenkassen direkt beschafften Faktorpräparate echte Pharmazentralnummern. Deren Ersetzung durch eine Pseudo-PZN ist dem Grunde nach unnötig. Dauerhaft kann die Einführung einer Gruppe von Versicherten mit Dauermedikation daher ohne weiteres wie in allen anderen DxGruppen über die zu den ATC-Gruppen gehörenden Handels-PZN gesteuert werden. Für eine Sonderregelung besteht dem Grunde nach kein Anlass. Wir machen diesbezüglich darauf aufmerksam, dass die Meldung von Sonderkennzeichen eine manuelle Erfassung erfordert, welche das BVA mit Schreiben vom 30.03.2009 im Rahmen der Übermittlung von Arzneimittelinformationen grundsätzlich untersagt hat, um die Möglichkeit der Manipulation zu unterbinden.

Aus Sicht der BARMER ist es aber vertretbar, wenn zumindest für eine Übergangszeit bis zur vollständigen Erfassung von Handels-PZN auch die Pseudo-PZN 9999901 zur Anwendung kommt. In diesem Fall muss die Definition der für die DxG 225 zulässigen ATC-Codes mit der Definition der für die Pseudo-PZN 9999901 zulässigen Präparate in Einklang gebracht werden. Sonst besteht die Gefahr, dass Krankenkassen, die die echten PZN für die von ihnen beschafften Faktor-Präparate erfassen, gegenüber jenen, die nur die Pseudo-PZN 9999901 verwenden, schlechter gestellt werden. Der aktuelle Festlegungsentwurf würde genau dies bewirken.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass eine Umwandlung korrekt erfasster Handels-PZN in die Pseudo-PZN 9999901 durch die Krankenkassen eine schlechte Lösung ist. Solange nicht alle Krankenkassen echte Handels-PZN verwenden, kann das Sonderverfahren des BVA Einsatz finden (keine Berücksichtigung von DDD, sondern von Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen) und die Pseudo-PZN im Gruppierungsalgorithmus als optionales Zuordnungskriterium neben den regulären PZN verwendet werden. Keinesfalls darf nur die Pseudo-PZN bei der Zuordnung der DxG berücksichtigt werden. Dabei ist – wie ausgeführt – Voraussetzung, dass die Abdeckung der Pseudo-PZN und die zu berücksichtigenden Wirkstoffe zunächst aufeinander abgestimmt werden.

**3.6. Zu Kapitel 13: Änderungen in der Hierarchie 9 – kognitive Erkrankungen**

Die Änderung ist medizinisch und quantitativ gut zu begründen. Aufgrund der Erfahrungen der letzten Monate ist bei dieser positiven Einschätzung aber anzumerken, dass die Aufgabe jedes Arzneimittelkriteriums – selbst wenn es wie hier zur Separierung klinischer Fälle nicht besonders gut geeignet ist – die Anreize zur Beeinflussung der Diagnosestellung durch Ärzte erhöht, da die Zuweisung nun auch ohne kostenwirksame Arzneimitteltherapie zu erhalten ist.

Bei Umsetzung des Vorschlags sollte dies im Verwaltungsvollzug des Ausgleichsjahres 2010 unbedingt beachtet werden.

**3.7. Zu Kapitel 14: Änderungen in der Hierarchie 11– psychische Erkrankungen**

Siehe 3.8.

**3.8. Zu Kapitel 15: Änderungen in der Hierarchie 18 – Gefäß- und Kreislauferkrankungen**

Der Ansatz, unspezifische Codes aus den DxGruppen auszuschließen und hierfür eigene DxGruppen einzuführen, erscheint nachvollziehbar. Insbesondere erscheint der statistische Nachweis einer sichtbaren Verbesserung der Genauigkeit (in der jeweiligen Krankheit) geführt, solange die verwendeten Codes – wie für das Jahr 2006 unterstellt werden kann – keinen „Optimierungsinitiativen“ unterzogen wurden.

Allerdings sind alle Ansätze (d.h auch jener aus Kapitel 14), die nur aufgrund von Diagnosecodes und nicht aufgrund ergänzender Leistungen eine Aufsplittung von DxGruppen herbeiführen, aus Gründen der Anreizsetzung bedenklich. Es entsteht der Anreiz für Krankenkassen, die codierenden Ärzte hinsichtlich eines spezifischeren Kodierverhaltens zu beeinflussen. In der Sache kann diese Beeinflussung nach den Erfahrungen der letzten Monate über das Ziel einer nicht nur für die Kasse, sondern auch objektiv verbesserten Codierung hinauschießen. Außerdem sind die Möglichkeiten einer solchen Beeinflussung auch zwischen den Kassen unterschiedlich verteilt, Verzerrungen daher unvermeidbar.

Bei Umsetzung der Vorschläge aus den Kapiteln 14 und 15 sollte dies im Verwaltungsvollzug des Ausgleichsjahres 2010 unbedingt beachtet werden.

**3.9. Zu Kapitel 16: Änderungen in der Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege**

Die Änderung ist sehr positiv zu bewerten. Sie verringert für die Zukunft Manipulationsanreize und verringert die Gewinne, die manche Krankenkassen durch gezielte Beeinflussung der ärztlichen Diagnosepraxis erzielen wollten. Die entsprechend höhere Anzahl von Zuordnungen zum höherwertigen Zuschlag für Dialysepflichtige erhalten – nach der Neuregelung – alle Kassen und damit auch jene, die keine Ressourcen in die Beeinflussung der Diagnosepraxis investiert haben. Dies dürfte eine sehr zu begrüßende präventive Wirkung für die Zukunft haben.

Die Zuordnung von Versicherten zur Gruppe der Dialysepflichtigen auf Basis des Kostenmerkmals der Satzart 100 entspricht dem Vorschlag der BARMER und verringert Manipulationsanreize. Allerdings erscheint die Vorgabe eines Mindestkostenbetrags für eine Befüllung des Merkmals sinnvoll, der zufällige Zuordnungen, z.B. aufgrund schlichter Fehlkontierungen, ausschließt. Die BARMER schlägt in diesem Zusammenhang einen Mindestkostenbetrag von € 1.000 vor.

### **3.10. Zu Kapitel 17: Änderungen in der Hierarchie 25 – Transplantationen**

Die Änderungen werden grundsätzlich befürwortet, nicht jedoch die ausschließliche Berücksichtigung der Registrierungsdiagnosen U55.1 bis U55.3 bzw. Z75.2, Z75.6 und Z75.7. Eine Datenanalyse für das Jahr 2008 zeigt nämlich, dass diese Diagnosen grob unvollständig und eher zufällig dokumentiert werden.

Laut einer gemeinsamen Schätzung des GKV-SV und der Eurotransplant-Stiftung ist von ca. 6.400 Registrierungsfällen für das Jahr 2009 auszugehen. Da es sich um ein langjähriges Regelverfahren handelt, dürfte die Zahl in 2006 kaum geringer gewesen sein. Auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das BVA von einer Stichprobe ausgeht, ist die Zahl von maximal 95 Zuordnungen zur „Registrierungsgruppe“ (vgl. S. 102, Tabelle 34 zu HMG 178 in den Erläuterungen zur Festlegung) unplausibel gering, sie entspräche nur etwa einem Viertel der tatsächlichen Registrierungen desselben Jahres. Dies ist auch durchaus verständlich. Die Registrierungsdiagnosen gibt es erst seit 2005, sie sind insbesondere ambulant tätigen niedergelassenen Ärzten voraussichtlich kaum bekannt.

Leider ist die Datenlage auch 2008 noch nicht entscheidend besser:

Da die Zahlungen an Eurotransplant von den Kassen selbst geleistet werden, können wir die Versicherten, die in 2008 bei Eurotransplant registriert wurden, genau bestimmen. Die sich ergebende Zahl liegt bei der BARMER etwas über 600 und passt sehr gut zu der gemeinsam von Eurotransplant und dem GKV-Spitzenverband geschätzten Fallzahl.

Die Anzahl der Menschen, für welche die vom BVA genannten Registrierungsdiagnosen vorliegen, ist demgegenüber unplausibel niedrig. Unter Berücksichtigung des M2Q- Kriteriums liegt sie nur etwa bei der Hälfte der im laufenden Jahr stattgefundenen Registrierungen. Bei einer Wartezeit von 12 bis 18 Monaten müssten die Diagnosen aber für eine Anzahl von Versicherten vorhanden sein, die etwa doppelt so hoch ist wie die Anzahl der Registrierungen des laufenden Jahres. Es ist also weiterhin nur ein Viertel der erwartbaren Anzahl da. Für die Personen, für welche die Registrierungsdiagnosen vorlagen, wurde in etwa der Hälfte der Fälle die Registrierung im laufenden Jahr durchgeführt, der Rest in früheren Jahren, insbesondere dem Vorjahr.

Werden für die Einstufung nur die Diagnosen zugrunde gelegt, dann würde also nur ein Bruchteil der Versicherten der für sie einschlägigen Gruppe zugeordnet. Hierdurch entstehen gerade in Anbetracht der voraussichtlich hohen Bewertung der neuen Gruppe extreme Anreize für die Krankenkassen, zur „Optimierung“ der Diagnosequalität beitragen zu wollen, wie dies bereits mehrfach bei den Diagnosen für Dialysepflichtige der Fall war.

Da die Registrierung bei Eurotransplant zwar mit der Kasse abgerechnet wird, aber ausschließlich von einem Arzt vorgenommen werden kann und ein gut dokumentierter Verwaltungs- und Zahlungsprozess ist, schlägt die BARMER vor, in den Versichertenstammdaten ein Feld „Zahlung einer Registrierungspauschale im letzten oder laufenden Jahr“ vorzusehen. Dessen Füllung ist mit dem Vorliegen der vom BVA genannten Diagnosen gleichzustellen. Hierdurch wird sichergestellt, dass alle Registrierungsfälle im MRSA während der im Durchschnitt 12-18monatigen Wartezeit gleich behandelt werden.

Dieser Vorschlag führt natürlich dazu, dass eine Differenzierung nach Organen wie vom BVA vorgeschlagen, nicht erfolgen kann, das Ergebnis halten wir gleichwohl für besser als die Arbeit mit zumindest noch unvollständigen und zu „Rightcoding“ einladenden Diagnoseschlüsseln. Der Zuweisungswert wird überdies geringfügig niedriger ausfallen als in den Erläuterungen zur Festlegung. Dies liegt aber daran, dass aufgrund der stationär besseren Diagnosequalität ein Versicherter beim jetzt vorgeschlagenen BVA-Verfahren eine umso größere „Chance“ hat, in die Registrierungsgruppe zu fallen, je mehr stationäre Aufenthalte er in der Warteperiode hat. Dies ist ein zusätzliches, aber nicht versorgungsneutrales Schweregradmerkmal.

#### **4. Änderungen des Berechnungsverfahrens**

##### **4.1. Zu Kapitel 18: Zuweisungen für Verstorbene**

###### **4.1.1. Grundüberlegung**

Die Zuweisung von vollen Jahresbeträgen für im Ausgleichsjahr Verstorbene statt zeitanteiliger Beträge wird von der BARMER abgelehnt.

Das BVA begründet seine Absicht insbesondere damit, dass das Verhältnis von Zuweisungen zu tatsächlichen Ausgaben bei den Verstorbenen nur 29 % beträgt. Dieses Argument heißt nichts anderes, als dass „Tod“ ein starker indirekter Morbiditätsindikator ist, dessen Wirksamkeit trotz Morbi-RSA bestehen bleibt (ähnlich wie das Kriterium Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EMR)).

Zur Begründung einer besonderen Berücksichtigung Verstorbener reicht diese Feststellung alleine nicht aus. Denn es gibt eine lange Reihe denkbarer indirekter Morbiditätsindikatoren, für die sich ebenfalls feststellen ließe, dass die Zuweisungen die Leistungsausgaben systematisch nicht abdecken (z.B. Grad der Behinderung, Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI usw.). Erst recht gilt dies, wenn man sich zusätzliche und noch nicht berücksichtigte direkte Indikatoren für Schweregrade von Krankheiten ansieht. Die Zuweisungen aus dem Morbi- RSA decken die Kosten für an Multipler Sklerose Erkrankte, die Betaferon erhalten, nicht ab. Genauso wenig decken die Zuweisungen die Kosten für an Morbus Gaucher oder Morbus Fabry-Erkrankten ab.

Da es eine schier unbegrenzte Menge von indirekten oder direkten Merkmalen gibt, mit denen man Subgruppen erzeugen kann, deren Kosten zur Zeit nicht vom RSA abgedeckt werden, muss es zusätzliche gute Gründe geben, aus der Gesamtmenge möglicher Kriterien gerade ein bestimmtes Kriterium, hier das Kriterium „Tod“ zu wählen. Zumindest darf es keine rechtlichen oder tatsächlichen Gründe geben, ein Kriterium nicht zu wählen. So aber liegt es beim Kriterium „Tod“.

#### **4.1.2. Rechtliche Nachteile des Kriteriums „Tod“**

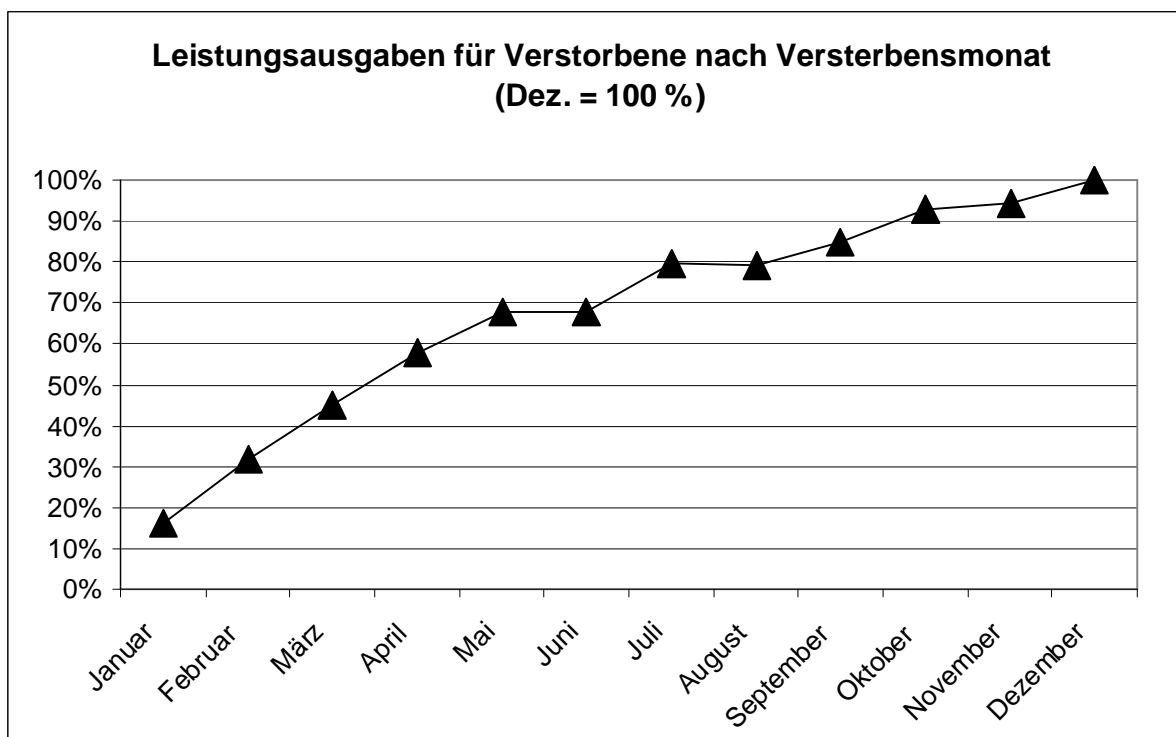
Der Vorschlag des BVA und des Beirats ist wie oben gesehen statistisch attraktiv. Daher ist er in der Stellungnahme der BARMER und DAK vom 20.06.2008 (Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2009, Seite 6) enthalten. Der Seite 23 der Dokumentation zur Auswertung dieser Stellungnahmen durch das BVA vom 03.07.2008 ist hierzu die Auffassung des BVA zu entnehmen, dass „die Berechnung unterschiedlicher Zuschläge für verstorbene und nicht verstorbene Versicherte faktisch der Bildung einer gesonderten Versichertengruppe gleichkommen, was nicht mit § 29 RSAV in Einklang stünde“.

Diese Erwiderung auf unseren damaligen Vorschlag war überzeugend. Ein Versicherter, der aus anderen Gründen als dem Versterben im Ausgleichsjahr eine unter 365 / 366 Tagen liegende Menge an Versichertentagen aufweist, wird anders behandelt als ein Versicherter mit derselben Menge an Versichertentagen, der verstorben ist.

Eine Rechtsgrundlage für diese Ungleichbehandlung ist nicht zu erkennen. „Tod“ ist keine Morbiditätsklasse nach § 268 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Hier sind enumerativ und abschließend nur Diagnosen, Indikationen, medizinische Leistungen oder Gruppierungen bzw. Kombinationen dieser Merkmale als Grundlage zur unmittelbaren Berücksichtigung von Morbidität genannt. Die Möglichkeit indirekte Morbiditätsmerkmale zu verwenden ist nach § 268 Abs. 2 Satz 4 SGB V auf die bis zum 31.12.2008 geltenden Merkmale beschränkt, da in der Risikostruktur- Ausgleichsverordnung nur bestimmt werden darf, dass „einzelne oder mehrere“ der bisherigen Merkmale weiter gelten, nicht jedoch, dass neue hinzukommen. Zu den bis zum 31.12.2008 gültigen Merkmalen gehörte „Tod“ nicht.

#### **4.1.3. Sachliche Nachteile des Kriteriums „Tod“**

Das Kriterium „Tod“ ist in besonders einfacher Weise angreifbar bzw. zu polemisieren. Die Kosten, welche die Krankenkasse in den letzten Monaten des Lebens eines Menschen tragen muss, hängen ganz offensichtlich von der Anzahl von dessen Überlebenstagen ab. Ist der 1. Januar eines Jahres erst erreicht, hängen die Einnahmen, die eine Krankenkasse aus dem Morbi- RSA für den Versicherten erzielt, nach Umsetzung des BVA- Vorschlags von dessen Überlebenstagen gerade nicht mehr ab. Damit ist augenscheinlich ein hoher „Gewinn“ zu machen, je früher ein Versicherter im Jahr verstirbt.



Zurückzuführen ist diese „Polemiserbarkeit“ auf die merkwürdige Verteilung, die der BVA- Vorschlag bewirkt. Dies wird anhand der Kostenquintile der Verstorbenen verdeutlicht:

	1. Quintil	1.-2. Quintil	1.-3. Quintil	1.-4. Quintil	5. Quintil
<b>Anteil Gesamt</b>	1,22%	5,42%	11,41%	21,45%	60,50%
<b>Du-Kosten</b>	6,12%	27,12%	57,04%	107,24%	302,48%
<b>Du. VT</b>	120	161	184	212	235

Besonders stark gewinnen würde eine Kasse für die 20 % „billigsten“ Verstorbenen. Diese weisen im Durchschnitt nur 120 Versichertentage auf und erhalten bei Umsetzung des BVA-Vorschlags im Durchschnitt die mehr als dreifachen Zuweisungen. In Anbetracht der Tatsache, dass sie nur 6,12 % der Durchschnittskosten aller Verstorbenen aufweisen, werden sie zu Trägern extrem hoher positiver Deckungsbeiträge. Die 20 % „teuersten“ Verstorbenen, die im Durchschnitt das Dreifache aller Verstorbenen kosten, profitieren hingegen sehr unterproportional vom BVA-Vorschlag, ihre Zuweisungen steigen nur um ca. 50 %.

Es gibt eine große Anzahl von Krankheiten bzw. medizinischer Leistungen, die mit einer extrem hohen Versterbenswahrscheinlichkeit verbunden sind. Lungenmetastasen sind ein Beispiel für das eine, Hospizleistungen ein Beispiel für das andere. Dies wird Anlass zur öffentlichen Behauptung geben, betroffene Versicherte müssten in Zukunft damit rechnen, dass ihre Krankenkasse alles tun wird, ihr Leben zumindest in den ersten sechs oder neun Monaten eines Jahres möglichst schnell zu beenden, um von geringen Kosten und einem hohen Aufschlag auf die zeitgerechten Zuweisungen zu profitieren.

Die Tatsache, dass ein solches Verhalten strafrechtlich sanktioniert, amoralisch und ohnehin sachlich nicht möglich ist, da Leistungserbringer und nicht die Krankenkasse die Behandlung durchführen, wird an der Polemisierung nichts ändern. Die vor wenigen Monaten durch ein böswilliges Missverstehen eines Vorschlags des AOK-BV herbeigeführte Pressekampagne (z.B. Express vom 29.06.2009) beweist dies.

Ein solches Risiko für das Ansehen der GKV einzugehen wäre, nur gerechtfertigt, wenn das Kriterium „Tod“ Alleinstellungsmerkmale aufweisen würde, die seine Berücksichtigung im RSA besonders nahelegen. Dies ist nicht der Fall, wie oben gesehen ist es ein mögliches Kriterium unter vielen.

Es ist insbesondere noch nicht einmal ein besonders sicheres. Krankenkassen erhalten weiterhin über kurz oder lang Nachricht vom Tod eines Versicherten. Seit Wegfall des Sterbegeldes haben sich die Zeiträume bis zum Durchdringen dieser Information jedoch beträchtlich verlängert und das Sicherheitsniveau dieses Informationsflusses hat insbesondere bei Familienversicherten nachgelassen. Das Ergebnis ist den Datenmeldungen zum MRSA anzusehen. Die Menge an Versicherten, die in den Stammdaten eines Jahres als „verstorben“ gekennzeichnet wurde, allerdings in den Stammdaten einer anderen Kasse weiterlebt bzw. in den Daten derselben Kasse des nächsten Jahres, ist erheblich genug, um im Fehlerkonzept des BVA mehrere eigene Prüzziffern zu erhalten.

Hierbei ist anzumerken, dass das Kriterium „Tod“ auch nicht manipulationsfrei ist. Für einen Versicherten, der die GKV dauerhaft ins Ausland oder in die PKV oder eine anderweitige Absicherung verlässt, erhält die Kasse im Jahr des Ausscheidens „normale“, d.h. tagebezogene Zuweisungen, im Durchschnitt die Hälfte der Jahresbeträge. Sie erhielte für dieselbe Person durchschnittlich die doppelte Anrechnung durch Angabe der Information „verstorben“.

Die Richtigkeit dieser Angabe wird also geprüft werden müssen, wofür in vielen – aber bei weitem nicht in allen – Fällen amtliche Unterlagen zur Verfügung stehen (KVdR- Meldeverfahren). Einen Anspruch auf die Kopie einer Sterbeurkunde hat eine Krankenkasse nicht. Druckmittel sind im Gegensatz zu Nachweisen der Familienversicherung in diesem Fall naturgemäß nicht vorhanden. Prüfdienste können diese daher auch nicht verlangen.

Insgesamt erweist sich das Kriterium Tod als ergänzendes indirektes Morbiditätskriterium keineswegs als besonders geeignet, was angesichts der Menge an Alternativen aber zu fordern wäre, sondern sogar als besonders wenig geeignet.

#### **4.1.4. Ausgabenbezogener Spitzenausgleich als Alternative**

Der Vorschlag des BVA hat auf fachlicher Seite den Nachteil, dass er zwar insgesamt zu höheren Zuweisungen für Verstorbene führt. Er tut dies aber in so ungleichmäßiger Weise, dass gerade jene Verstorbene, die bisher schon die geringste Belastung für ihre Kasse darstellen, zu extrem positiven Risiken werden. Umgekehrt erfährt die Kasse für diejenigen Versicherten die geringste Entlastung, die

bisher die stärkste finanzielle Belastung darstellten. Die Be- bzw. Entlastung der Kasse ist nach Umsetzung des BVA- Vorschlags ungleichmäßiger als vorher.

Die oben stehende Tabelle zeigt jedoch, dass auch bei den Verstorbenen das Hauptproblem in den „teuren Fällen“ liegt, d.h. in jenen 20 % der Verstorbenen, die im Durchschnitt mehr als die dreifachen Kosten aller Verstorbenen und 60 % der Gesamtkosten verursachen. Ein neues Verfahrenselement, das eine Erhöhung der Zuweisungen für alle Verstorbenen bewirkt, ist daher nicht sachgerecht und führt zu der festgestellten Polemisierbarkeit.

Eine sinnvolle und anreizkompatible Lösung für das Problem teurer Fälle ist die Wiedereinführung eines ausgabenbezogenen Spitzenausgleichs wie er mit dem Risikopool bis 2008 existierte. Würde dieser mit einem Schwellenwert auf alter Höhe wieder eingeführt und einem geringeren Selbstbehalt von 20 %, würden in der vorherigen Tabelle ausschließlich die teuersten 20 % betroffen, deren Durchschnittskosten von über 302 % auf ca. 196 % sinken würden. Kassen mit einer hohen Zahl von Verstorbenen wäre geholfen. Negative Anreizeffekte wurden in den sieben Jahren der Existenz des Risikopools nach § 269 SGB V nicht bekannt, sie würden daher auch jetzt voraussichtlich nicht ausgelöst. Für den ausgabenintensivsten Verstorbenen in der o.g. Stichprobe (Ausgaben ca. 230 T€) hätte das BVA-Verfahren den negativen Deckungsbeitrag um ca. 0,4 % oder ca. 900 € reduziert, der dargestellte Spitzenausgleich hingegen um 83,4 % oder 194 T€. Nur diese Anpassung würde auch Probleme der Art kompensieren, die letztlich die GBK zur Erhebung eines Zusatzbeitrags gezwungen haben. Die 30.000 Mitglieder starke Kasse musste ein Zehntel ihrer Ausgaben für die Versorgung von zwei Versicherten aufwenden.

Die Wiedereinführung eines Spitzenausgleichs hätte auch weitere Vorteile: Wie oben ausgeführt ist eine unbegrenzte Menge von Vorschlägen zur besseren Abgrenzung von Schweregraden möglich und kann durch den Vergleich von heutigen Leistungsausgaben und heutigen Zuweisungen für die Betroffenen auch als notwendig dargestellt werden. Die Wiedereinführung eines ausgabenorientierten Spitzenausgleichs würde diese Masse lichten und die Anzahl der notwendigen Änderungen des Gruppierungsalgorithmus dauerhaft vermindern.

Dies war wohl auch der Grund, warum das IGES-Gutachten von 2001 noch einen (Hoch-)Risikopool als Ergänzung des MRSA gefordert hatte. Die Herausnahme dieser Forderung im IGES / Lauterbach / Wasem-Gutachten von 2004 wurde mit der „nur noch geringen Verbesserung“ der Modellgenauigkeit von 24 auf 28 % begründet (Seite 223). Vergleicht man diese 4 % Verbesserung mit den Verbesserungen der Modellgenauigkeit, auf die das BVA in seinem Vorschlag einige (in der Sache durchaus sinnvolle) Vorschläge stützt, erscheint die Wiedereinrichtung eines ausgabenbezogenen Spitzenausgleichs als qualitativ sehr durchschlagend.

Dass die Wiedereinrichtung eines Spitzenausgleichs einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bedarf ist zumindest gegenüber dem BVA- Vorschlag zur Berücksichtigung von Verstorbenen kein

Nachteil. Auch diese bedarf nach oben Gesagtem einer solchen gesetzlichen Neuregelung. Beides kann daher für das Ausgleichsjahr 2010 nicht mehr umgesetzt werden.

#### **4.2. Zu Kapitel 19: Zuweisung für Langzeit- Krankenhauspatienten**

Das Argument des BVA, wonach das Problem der Zuweisungen für Langzeit-Krankenhauspatienten schon deswegen nicht analysiert werden könne, weil die notwendigen Informationen nicht zur Verfügung stehen, ist in der Sache richtig. Aus Sicht der BARMER wäre hieraus allerdings die Konsequenz zu ziehen, sich die notwendigen Informationen – und sei es als Stichprobe von einzelnen Kassen – zu beschaffen. Die BARMER bietet dem BVA daher ausdrücklich an, entsprechendes Sonderdatenmaterial für die Analyse des Sachverhalts zur Verfügung zu stellen.

#### **4.3. Zu Kapitel 20: Zuschlag je Versichertentag für von der Stichprobe nicht gedeckte Ausgaben**

##### **4.3.1. Vorbemerkung**

Die Änderung wird von der BARMER mit Nachdruck abgelehnt.

Die Änderung läuft darauf hinaus, dass für alle GKV-Leistungsausgaben, die von der MRSA-Ausgabenstichprobe (sog. Satzart 700) nicht versichertenbezogen erklärt werden, ein Risikostrukturausgleich nicht mehr stattfindet. Dabei weist das BVA selbst darauf hin, dass sich der fehlende Morbiditätsbezug nur für ca. 1,2 % der Ausgaben sachlich erklären lässt, da es sich wie bei den Ausgaben für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) um Pauschalen handelt.

##### **4.3.2. Gründe für nicht erklärte Leistungsausgaben**

Die versichertenbezogene Erfassung der Leistungsausgaben durch die Krankenkassen ist weiterhin teilweise zumindest zeitweise unvollständig. So fehlen bei der BARMER für 2007 die versichertenbezogenen Ausgaben für sozialpädiatrische Zentren, Hochschulambulanzen und psychiatrische Institutsambulanzen, da einer versichertenbezogenen Erfassung dieser extrem heterogen abgerechneten Leistungen bis zur Einführung des MRSA kein nennenswerter Genauigkeitserfolg gegenüberstand. Bei vielen Kassen sind dies nur noch Randbereiche, bei einigen ist dies aber auch erheblich, wie ein Blick auf die Ausschöpfungsquoten der Satzart 700 zeigt. Diese Bereiche sind Fallgruppe A.

Der Bereich der Leistungsausgaben für Versicherte im Ausland, die an den ausländischen Träger und nicht an den Versicherten selbst gezahlt werden (Kontenart 480: „Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand“), wird auch in Zukunft nicht versichertenbezogen erfasst werden. Dies gilt, obwohl diese Leistungen zu 70 % versichertenbeziehbar nach tatsächlichem Aufwand gezahlt werden und zwar für Menschen mit dauerhaftem Aufenthalt im Ausland genauso wie für Urlauber u.ä.. Pauschalen bilden nur den Rest. Eine Erfassung ist allerdings weder im Sinne der Kasse wirtschaftlich (ggf. auftretende Diagnosen wurden aus dem MRSA ausgeschlossen), noch ist sie in der Sache möglich, da die Abrechnung i.d.R. für die MRSA-Stichprobe zu spät erfolgt. Diese dauerhafte Nichterfassung der Kontenart 480 dürfte allgemein bekannt sein, da sonst auch für die Versicherten

mit Wohnort im Ausland eine eigene Regressionsvariable statt fiktiver Zurechnungen durchschnittlicher Zuweisungen möglich gewesen wäre. Kontenart 480 ist die Fallgruppe B.

Von sehr großer Bedeutung sind Ausgabenbereiche, die zwar pauschal und nicht versichertenbezogen zwischen den Krankenkassen abgerechnet werden, wo aber ein morbiditätsapproximierter Abrechnungsmodus gewählt wird. Dies gilt insbesondere für den Sprechstundenbedarf (Arzneimittel und Impfstoffe), der in einer Reihe von bedeutenden Landesbereichen an den ambulanten Fallzahlen der jeweiligen Kasse/Kassenart (sog. Frequenzstatistik) orientiert wird. Dies ist Fallgruppe C.

Fallgruppe D sind die vom BVA selbst genannten Ausgaben, die per Gesetz oder Verordnung nicht versichertenbezogen nach Mitgliederanteilen abgerechnet werden.

#### **4.3.3. Fallgruppe A – Problem der Manipulationsanfälligkeit**

Bislang – dies gilt für den Morbi- RSA genauso wie für den bis 2008 bestehenden RSA – konnte keine Krankenkasse ihre Einnahmen durch eine vollständigere oder unvollständigere versichertenbezogene Erfassung ihrer Leistungsausgaben erheblich und gezielt beeinflussen.

Dies würde sich durch die vom BVA vorgeschlagene Berechnungsweise deutlich ändern. Bei einer Verteilung eines GKV- Betrages „X“ nach Versichertenzahlen erhält die BARMER genau den Durchschnitt, bei einer Verteilung nach Morbidität hingegen ca. 108 % (Stand 2008). Dies bedeutet entweder ca. 9,8 oder ca. 10,6 % des in Rede stehenden Betrages (reiner Marktanteil ggü. morbiditätsgewichtetem Marktanteil). Schon bei 100 Mio. € mehr durch die Morbi- RSA- Stichprobe der BARMER erklärtem Ausgabenbetrag können also 800 T€ kassenspezifisch „umgeleitet“ werden. Laut Protokoll zur Anhörungssitzung vom 23.09.2008 sind jedoch bei der Kassengröße der BARMER Abweichungen bis zu 20 % zwischen der Jahresrechnung und dem von der MRSA-Stichprobe erklärten Betrag als unproblematisch anzusehen, dies entspräche bei der BARMER einem Betrag von 3 Mrd. € oder einer „Umleitung“ von 20 Mio. €.

Natürlich gibt es Krankenkassen, bei denen diese Umleitungsmöglichkeit genau umgekehrt funktioniert (Anreiz zur Mindermeldung in der MRSA-Stichprobe) und erheblich stärker ausgeprägt ist (Morbidität von 80 % oder weniger).

Die Abweichungstoleranzen bei der Ausschöpfung der MRSA-Stichprobe sind kaum so weit zu verringern, dass sich keine finanziell interessante „Umleitung“ via MRSA-Stichprobe ergibt. Denn diese Stichprobe ist nun mal eine Stichprobe und die Vergleichswerte aus der Jahresrechnung können von erheblichen Vorjahres- (Verpflichtungs-)effekten verzerrt sein. Lösen ließe sich das Problem daher nur durch erhöhten Prüfungsdruck. Die hierdurch erfolgende Ressourcenbindung kann wiederum nicht sinnvoll erscheinen, da die MRSA-Stichprobe erst durch die nunmehr geplante Verfahrensänderung manipulationsanfällig würde, was offensichtlich vermeidbar ist.

Soweit das BVA den Wunsch nach einer „morbiditysfrei“ ausgeschütteten Komponente der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben also aufrecht erhält, muss dieser Betrag an Positionen der Jahresrechnung und nicht am von Kassen manipulierbaren Hochrechnungsergebnis der MRSA-Stichprobe festgemacht werden.

#### **4.3.4. Fallgruppe B – Künstliche Leistungsausgaben**

Der Vorschlag des BVA hat im Zusammenhang mit den Versicherten, welche ihren dauerhaften Wohnsitz im Ausland haben, skurrile Verteilungsfolgen. Die BARMER, aber auch die restlichen Ersatzkassen haben immer wieder darauf hingewiesen, dass den Zuweisungen für Versicherte im Ausland keine adäquaten Leistungsausgaben gegenüberstehen.

Für die Versicherten mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland erhalten die Krankenkassen die sogenannten „AusAGG- Zuschläge“, die (in der Berechnungsweise des Grundlagenbescheides II, wo mit nicht versichertenbezogenen KM6-Daten gearbeitet wurde) dem altersklassenbezogenen Durchschnitt aller HMG-Zuweisungen für Versicherte im Inland entsprechen. In dieser Berechnungsweise kommen damit ca. 400 Mio. € zu jenen ca. 200 bis 300 Mio. € hinzu, welche die Kassen für die Betroffenen ohnehin bereits als reine Alters- und Geschlechtsbeträge erhalten. Vergleicht man diese Beträge mit den Leistungsausgaben der Jahresrechnung in der Kontenart 480 (unter 350 Mio. €) und berücksichtigt, dass es sich bei einem großen Teil dieser Ausgaben nicht um Pauschalzahlungen für dauerhaft im Ausland Befindliche handelt, sondern um Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand für Urlauber, erweist sich diese Zurechnung schon heute größtenteils als fiktiv.

Laut Vorschlag des BVA soll nun die Gesamtsumme der morbiditätsorientierten Zuweisungen an die von der MRSA-Stichprobe erklärte Summe der GKV-Leistungsausgaben angepasst werden. Diese enthält jedoch wie oben gesehen keine Zahlungen aus der Kontenart 480. Damit würden die morbiditätsorientierten Zuweisungen für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland (AusGG, aber auch die Zuweisungen für Alter und Geschlecht) vollständig fiktiv und zu 100 % aus den Zuweisungen herausgeschnitten, die eigentlich Versicherten mit Wohnsitz im Inland „zustehen“. Denn der auf die tatsächlichen Ausgaben für Versicherte im Ausland entfallende Kostenblock wäre aus der morbiditätsbezogenen Zuweisung draußen und je Versichertenjahr in der GKV verteilt.

Das BVA erzeugt für Versicherte mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland fiktiv morbiditätsorientierte Zuweisungen ohne versichertenbezogene Ausgaben. Wenn es dies tut, kann es die Gesamtheit der morbiditätsorientierten Zuweisungen nicht gleichzeitig an die Summe der versichertenbezogenen Ausgaben aller Versicherten anpassen. Sonst müssen echte Zuweisungen (nach Alter und Geschlecht, aber auch nach Krankheitsgruppen) gekürzt werden, um fiktive Zuweisungen zu finanzieren.

#### **4.3.5. Fallgruppe C – Morbiditätsorientierte Pauschalen**

Ein großer Teil der Leistungsausgaben ohne Versichertenbezug wird zwar „pauschal“ zwischen den Krankenkassen abgerechnet bzw. verteilt. Diese pauschale Abrechnung orientiert sich allerdings an

morbiditätsbezogenen Größen. So erklärt der Bereich des Sprechstundenbedarfs für Arzneimittel und Impfstoffe GKV- weit einen großen Teil der Lücke von insgesamt 5 %.

Die Abrechnung dieser Beträge erfolgt zwar nicht versichertenbezogen, sondern „pauschal“. Orientiert wird die Abrechnung in vielen Landesbereichen an morbiditätsorientierten Größen, insbesondere an ambulanten Fallzahlen (sog. Frequenzstatistik). Für diese Beträge wäre eine Umsetzung des BVA-Vorschlags also gleichbedeutend damit, dass die Belastung der jeweiligen Kasse morbiditätsorientiert erfolgt, die Zuweisung jedoch nach Versichertenzahlen. Dies wäre offensichtlich grob falsch.

Neben der vom BVA genannten Position 5186ff. (Schutzimpfungen / Regelleistung), die mit dem Sprechstundenbedarf auf diese Weise abgerechnet werden, gilt der tatsächliche Morbiditätsbezug noch für eine ganze Reihe der Ausgaben, die das BVA auf Seite 112 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf selbst nennt.

Die Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter wird je Verordnungsblatt gezahlt, steigt also mit der Morbidität der betroffenen Kasse an. Dasselbe gilt für Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden. Pauschal abgerechnet werden diese hinsichtlich des Betrages je Rehabilitationstag. Die Anzahl der Rehabilitationstage steigt dagegen mit der Kassenmorbidität.

Auch die Zuordnung des BVA hinsichtlich der Kosten für soziale Dienste in der Kontenart 510 und für die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V (Konto 5155) ist unverständlich. Hier handelt es sich nicht um Umlagen, sondern um autonomes Kassenhandeln. Dass der Bedarf der Versicherten an Sozialberatung (Kontenart 510, also gerade nicht Werbung) bzw. an betrieblicher Prävention (Konto 5155) für eine morbid Klientel höher ist als für eine nicht morbid, erscheint naheliegend. Dass diese Größen noch weniger Morbiditätsbezug haben sollen als die Verwaltungskosten, erscheint hingegen abwegig.

#### **4.3.6. Fallgruppe D – Nicht morbiditätsorientierte Pauschalen**

Der Vorschlag des BVA erscheint auf den ersten Blick für solche Ausgaben einschlägig, die völlig ohne Morbiditätsbezug zwischen den Krankenkassen umgelegt werden. Als erhebliche Größe bleibt dabei eigentlich nur die per Gesetz vorgesehene Mitgliedsumlage für den MDK übrig.

Selbst hier ist eine Verteilung der Zuweisung je Versicherten nicht zwingend richtig. Aufgrund des niedrigen Anteils von Familienversicherten zahlt die BARMER je Versicherten erheblich mehr als andere (hinsichtlich ihrer Gesamtmorbidität i.d.R. günstigere) Kassen. Der zurzeit berücksichtigte Morbiditätsbezug gleicht diese Tatsache noch nicht einmal ganz aus, eine Verteilung je Versicherten wäre sogar noch sichtbar weniger sachgerecht. Dies mag sich in anderen Fällen anders darstellen, das Beispiel zeigt aber, dass eine Abbildung als je Versicherten-Betrag auch für nicht morbiditätsbezogene Pauschalen keineswegs regelmäßig der richtige Weg ist.

#### **4.3.7. Gesamteinschätzung**

Die Zuweisungen für die standardisierten Leistungsausgaben sind nach der Systematik der §§ 36, 37 und 41 RSAV morbiditätsbezogen zu bestimmen, die Zuweisungen für sonstige Ausgaben wie satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen nach der Versichertenzahl (§ 37 Abs. 4 RSAV), die Zuweisungen für Verwaltungskosten nach beiden Maßstäben hälftig (§ 37 Abs. 1 und 2 SGB V).

Es gibt aus Sicht der BARMER keine sachliche Not und auch gar keine Berechtigung, im Wege der Anpassung eines Gruppierungsalgorithmus diese gesetzgeberische Grundentscheidung für etwa 5 % der Leistungsausgaben aufzuheben und damit erhebliche Verteilungseffekte auszulösen. Es gibt kaum Teile der standardisierten Leistungsausgaben der GKV, die keinen Morbiditätsbezug aufweisen. Selbst für die MDK-Umlage ist eine Zuweisungsermittlung nach Versichertenzahl nicht sachgerechter als eine nach Morbidität.

Die vorgeschlagene Änderung löst Verteilungseffekte aus, die weit über die Verteilungseffekte der im Jahr 2008 geführten „70/30“- bzw. „50/50“- Diskussion hinausgehen. Hier ging es darum, ob die Zuweisungen für Verwaltungskosten in der GKV zu 50 % oder zu 70 % über Morbidität und zu 50 % bzw. 30 % über reine Versichertenzahlen erfolgen. Diese Diskussion wurde bis tief in den parlamentarischen Raum, einschließlich eines von der Bundesregierung nicht abgeholten Einspruchs des Bundesrates, geführt.

In Anbetracht der nunmehr eindeutigen gesetzgeberischen Wertung für den Verteilungsmaßstab innerhalb der jeweiligen Zuweisungskategorien erscheint es sehr bedenklich, im Wege einer Verwaltungsfestlegung für eine quantitativ ähnliche Größenordnung den Morbiditätsbezug von 100 % auf 0 % abzusenken. Selbst wenn das Vorhaben sachlich gerechtfertigt wäre, wäre der einzige transparente und rechtlich tragbare Weg jener, einzelne Leistungskategorien aus den standardisierten Leistungsausgaben herauszulösen und der Kategorie der Zuweisungen für sonstige Ausgaben zuzuordnen.

Eine erhebliche zusätzliche Problematik erhält der Vorschlag des BVA überdies durch das Ansinnen, die Charakterisierung von Beträgen als „morbiditätsbezogen“ oder „nicht morbiditätsbezogen“ nicht an der konkreten Leistung festzumachen, sondern daran, welcher Anteil der standardisierten Leistungsausgaben durch die MRSA-Stichprobe erklärt wird oder nicht. Dies bewirkt zusätzlich grobe Manipulationsanreize und schafft überall dort abwegige Verteilungseffekte, wo das BVA in seinem Verfahren selbst künstliche Zuweisungen erzeugt, denen keine Ausgaben gegenüberstehen. Das wichtigste Beispiel sind die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland.

Als Beleg dafür, dass die ca. 5 % von der MRSA-Stichprobe nicht erklärten GKV- Ausgaben tatsächlich nicht morbiditätsbezogen sind, führt das BVA eine Berechnung an, nach der die quadrierten Abweichungen zwischen Leistungsausgaben und Zuweisungen umso geringer werden, je mehr von den genannten 5 % nach Versichertentagen verteilt werden. Diese Berechnung ist gerade kein Beweis für die Vermutung des BVA. Die für diese Berechnung zugrunde gelegten

Leistungsausgaben der GKV für 2007 sind sehr stark durch die 2007 noch nicht morbiditätsorientierte ambulante Vergütung verzerrt. Dies bewirkt, dass die AOK'en bei dieser Berechnung zumindest bezogen auf das Jahr 2007 sehr hohe Überschüsse ihrer Zuweisungen über ihre Leistungsausgaben ausweisen.

Jeder Vorschlag, der die Zuweisungen an die Ortskrankenkassen minimiert, was durch die vom BVA vorgeschlagene teilweise „Entmorbidisierung“ erfolgen würde, verringert diese Überdeckung und führt daher zu einer Verminderung der quadrierten Abweichungen in der Summe aller Kassen. Über die Sachgerechtigkeit des Vorschlags sagt dies nichts aus.

#### **4.4. Zu Kapitel 21: Anpassungsfaktoren in den Strukturanpassungen**

Die BARMER begrüßt die Regelungen zum Berechnungsverfahren der Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen. Gleichwohl schlägt die BARMER vor, für die 2. Strukturanpassung eine neue Regression auf Basis aktueller Daten durchzuführen, um so das Verhältnis zwischen morbiditätsorientierten und nicht-morbiditätsorientierten Zuweisungen möglichst aktuell abzubilden.

Auch wenn es sich hier nicht um das Ausgleichsjahr 2009 handelt, schlägt die BARMER vor, bereits bei der 2. Strukturanpassung für das Jahr 2009 eine neue Regression auf Basis der aktuellen Daten (Austauschmeldung aus dem Jahr 2007, Erstmeldung aus dem Jahr 2008) durchzuführen und die daraus resultierenden Risikozuschläge für die Zuweisungsberechnung zu verwenden.

### III      **Stellungnahme zu nicht im Festlegungsentwurf enthaltenen Positionen**

Über die im Festlegungsentwurf enthaltenen Positionen hinaus sieht die BARMER die Notwendigkeit, folgende bisher nicht berücksichtigte Vorschläge nochmals in Erinnerung zu rufen.

#### **1. Hierarchiebaum Herzerkrankungen**

Der Hierarchiebaum der Herzerkrankungen sollte nach Ansicht der BARMER überprüft werden. Während bei einer Gesamtbetrachtung aller Versicherten auffällt, dass mit steigender Anzahl von HMG der Deckungsgrad der Kosten abnimmt, verhält es sich bei der Herzhierarchie genau umgekehrt. Des Weiteren haben wir festgestellt, dass einzelne Arzneimittel zwar eigentlich nur für die Krankheitszustände aus einzelnen Hierarchiesträngen taugen (Digitoxin z.B. für Herzinsuffizienz und Arrhythmien (HMG80 bzw. HMG92)), gerade diese Gruppen jedoch in vielen Fällen gar nicht angegeben sind, sondern andere Gruppen aus der genannten Gesamthierarchie (beim Digitoxin ca. 20 %). Der Differenzierungsgrad der Herzkrankheiten scheint uns daher unangemessen groß und nicht der Kodierrealität entsprechend.

#### **2. HMG 044: Myelodysplastisches Syndrom und andere schwerwiegende hämatologische Erkrankungen**

Die Versicherten in der DxG 224: Aplastische Anämie weisen wesentlich höhere Durchschnittskosten auf als die Versicherten der drei anderen beteiligten DxG. Die kostenintensive allogene Stammzelltransplantation stellt derzeit die effektivste Therapie bei der aplastischen Anämie dar. Sie ist aber keine Behandlungsoption bei den anderen DxG, die Teil der HMG sind. Wir schlagen daher vor, die HMG 044 in zwei HMG aufzuspalten, wobei eine HMG nur aus der DxG 224 besteht und eine HMG aus den restlichen DxG der alten HMG 044.

#### **3. HMG 067, 068 und 069**

Die oben genannten HMG beschreiben Lähmungen, Rückenmarkverletzungen und Rückenmarkserkrankungen. Sie enthalten sowohl progressive Erkrankungen wie ALS, als auch traumatische Läsionen. Außerdem sind vollständige und inkomplette Beeinträchtigungen erfasst. Die Durchschnittskosten der DxG innerhalb jeder der drei HMG variieren sehr stark. Wir regen daher an, die beteiligten DxG neu zu HMG zusammenzufassen. Dabei sollte der ausgelöste Behandlungsbedarf im Vordergrund stehen.

Die Durchschnittskosten der beteiligten DxG sind in der folgenden Tabelle ausgedrückt als Vielfaches der Durchschnittsausgaben der Versicherten mit DXG 308.

Hmg	HMG_Nr	HMG_Bez	DXG	DXG_Label	Ausgaben
HMG67	67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	299	Motoneuronerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien	2,0
HMG67	67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	301	Quadriplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet	1,8
HMG67	67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	302	Quadriplegie, (C1-C7), vollständig	2,7
HMG67	67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	303	Supranukleär deafferentierter Zustand (Locked-in-Syndrom)	4,4
HMG67	67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	304	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion (C1-C7)	8,6
HMG68	68	Querschnittslähmung	305	Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie	1,1
HMG68	68	Querschnittslähmung	306	Paraplegie	1,9
HMG68	68	Querschnittslähmung	307	Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)	6,5
HMG69	69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	308	Spinozerebellare Erkrankungen, einschließlich Friedreich-Ataxie	1,0
HMG69	69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	309	Syringomyelie, vaskuläre, andere / nicht näher bezeichnete Erkrankung des Rückenmarks	1,2
HMG69	69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	310	Läsionen der Cauda equina	1,5
HMG69	69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	311	Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems	1,2
HMG69	69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	315	Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks	3,5
HMG69	69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	316	Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion	2,5
HMG69	69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	317	Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion	3,5

#### 4. HMG 021

In der HMG 021: Sehr schwere Stoffwechselstörungen sind die DxG 124: Näher bezeichnete Sphingolipidosen, DxG 137: Andere und nicht näher bezeichnete Störungen des Stoffwechsel der Plasmaproteine und DxG 118: Hypopituitarismus inkl. hypophysärem Kleinwuchs zusammengefasst. Die DxG 124 enthält unter Anderem Versicherte mit Morbus Gaucher und Morbus Fabry, deren Durchschnittskosten die der Versicherten in der anderen DxG um ein Vielfaches überschreiten. Um adäquate Zuweisungen für diese Betroffenen zu gewährleisten, empfehlen wir aus der DxG 124 eine gesonderte HMG zu bilden. Seit der Einführung von Myozyme würde auch Morbus Pompe, gegenwärtig in HMG 23, betriebswirtschaftlich besser in diese neu gebildete HMG passen. Zur Zuordnung von Versicherten zu dieser neuen HMG sollten Arzneimittel der Enzyersatztherapie herangezogen werden.