

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

An den
GKV-Spitzenverband
Mittelstr. 51

10117 Berlin

nachrichtlich:

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
27.08.2010

**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV
Anpassung des MRSA-Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011**

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 2011 bis zum 30. September 2010 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 2011 zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund hört das BVA den GKV-Spitzenverband zur Festlegung 2011 an. Zugleich wurde der Entwurf der Festlegung u. a. an den AOK-Bundesverband übermittelt (Stand 30.07.2010). Zum Entwurf der Anpassung des MRSA-Klassifikationsmodells 2011 nehmen wir wie folgt Stellung:

0. Zusammenfassende Stellungnahme:

Wie bereits im Vorjahr sind die vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Anpassungen des Klassifikationsmodells insgesamt geeignet, um den MRSA gerade auch bei Erkrankungen mit hohen Versorgungskosten zielgenauer und damit sachgerechter auszugestalten. In Verbindung mit der in 2011 erstmals vorgenommenen Änderung der berücksichtigten Krankheiten wird zudem gezeigt, dass die Weiterentwicklung und Anpassung des MRSA unproblematisch im Rahmen des bestehenden Verfahrens möglich ist. Die im Zuge der neuen Krankheitsauswahl überarbeiteten bzw. neuen Morbiditätsgruppen wurden im Wesentlichen sinnvoll gebildet. Die konsequente Orientierung an statistischen Kenngrößen dokumentiert dabei die hohe Objektivität, mit der die Anpassungsvorschläge bewertet werden. Dass von diesem Prinzip abweichend weiterhin an der Sonderregelung für verstorbene Versicherte im Regressionsverfahren festgehalten wird, erscheint daher unverständlich. Aus Sicht des AOK-Bundesverbands sind für das vorgeschlagene Klassifikationsmodell folgende Aspekte besonders herauszuheben:

- Die gewählten Schweregraddifferenzierungen und damit verbundenen Sonderklassifikationsregelungen sind geeignet, die Schweregrade innerhalb einzelner Krankheiten besser abzubilden. Diese Vorschläge werden vom AOK-Bundesverband unterstützt.
- Die vorgeschlagenen Hierarchieanpassungen bedürfen i. a. R. nur kleinerer Anpassungen. Allerdings bleiben bei der Neuordnung der Hierarchie Herzerkrankungen zentrale medizinische Aspekte unberücksichtigt. Die beabsichtigte Neuordnung der Hierarchie Herzerkrankungen wird daher abgelehnt.
- Das Festhalten an der im Regressionsverfahren bestehenden Sonderregelung für verstorbene Versicherte ist nicht begründet. Rechtliche Gründe oder Bedenken, die einer Änderung entgegenstehen, können wir nicht erkennen. Da zudem von verschiedener Seite die mangelnde Qualität des maßgeblichen Kennzeichens „Tod“ vorgetragen wurde, ist es nun unbedingt erforderlich, der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats zu folgen und die Sonderregelung abzuschaffen.
- Die beabsichtigte Neuregelung zur Berechnung der Krankengeldzuweisungen ist nicht sachgerecht und steht u. E. im Widerspruch zur 21. Risikostrukturausgleich-Änderungsverordnung.
- Der AOK-Bundesverband begrüßt ausdrücklich die Absicht des BVA, frühzeitig auf die aktuellen Daten zur Berechnung der monatlichen Abschlagszahlungen umzusteigen. Die Steuerung und Zielgenauigkeit des monatlichen Abschlagsverfahrens kann hierdurch

verbessert werden. Wir sprechen uns allerdings dagegen aus, alle Verfahrensregelungen hierzu detailliert und a priori durch die beabsichtigte Anlage 4 abschließend zu fixieren.

Das transparente und objektive Verfahren der Entwurfsfassung nebst ausführlichen Erläuterungen durch das BVA ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes auch in diesem Jahr wieder hervorzuheben. Begrüßt wird auch, dass die zentrale statistische Kenngröße der Urteilsfindung (r^2) auf Basis gutachterlicher Expertise weiter verifiziert wird. Insbesondere bei den z. T. beobachteten minimalen Veränderungen des r^2 scheint es erforderlich zu bewerten, ob hiermit eine tatsächliche Verbesserung der Vorhersagegüte des Modells einhergeht oder statistische Umstände hierfür ursächlich sind. Dabei sollen auch alternative Bewertungsmaße für Modellvergleiche (z. B. Predictive Ratio) betrachtet werden.

Zu den einzelnen Inhalten der Festlegung sowie den Erläuterungen hierzu nehmen wir wie folgt Stellung.

I. Differenzierung und Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen (zu Punkt 1.1 des Festlegungsentwurfs i. V. m. Anlagen 1 – 3 sowie Kapitel III der Erläuterungen)

Gem. Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beabsichtigt das BVA verschiedene Hierarchien des Klassifikationsmodells anzupassen, wobei weitere sinnvolle Schweregraddifferenzierungen vorgenommen werden. Z. T. erfolgt auch eine umfassende Neuordnung der Hierarchien. Die vorgeschlagenen Anpassungen, einschl. der Änderungen der Hierarchiebeziehungen sind überwiegend geeignet, die Abgrenzung der Morbiditätsgruppen in Bezug auf die medizinisch-therapeutischen Erfordernisse sicherzustellen. Dies gilt allerdings nicht für die vorgeschlagene Anpassung der Hierarchie Herzerkrankungen. Der Änderungsvorschlag lässt wesentliche medizinische Aspekte unberücksichtigt und wird daher abgelehnt.

1.1 Hierarchie der Herzerkrankungen

Die vorgeschlagene Neuregelung der Hierarchie Herzerkrankungen ist nicht sachgerecht: Der Vorschlag des BVA unterstellt, dass Hypertonie zu keinem der abgebildeten Hierarchiestränge einen zusätzlichen Risikofaktor darstellt. Dies ist medizinisch nicht begründet. Der AOK-Bundesverband empfiehlt daher dringend, primär medizinische Gesichtspunkte – und nicht die minimale Verbesserung des r^2 – bei der Hierarchiebildung für die Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Daher sprechen wir uns für die Beibehaltung der bestehenden Hierarchisierung (vgl. Klassifikationsmodell 2010) aus. Um die bedeutendsten medizinischen-systematischen Probleme des Neugestaltungsvorschlags zu beseitigen, muss der Änderungsvorschlag zumindest so

angepasst werden, dass die Hypertonie nicht den Hierarchiesträngen der arteriovasculären Erkrankungen der Herzkranzgefäße (HMG081, HMG083, HMG084), der Herzfehler und Erkrankungen der Herzklappen (HMG087, HMG088, HMG086) und nicht dem Herzstillstand und den Arrhythmien (HMG079, HMG077, HMG092) untergeordnet, sondern wenn nur im Hierarchiestrang der Herzinsuffizienz (HMG078, HMG080, HMG089) eingebunden wird.

Zur Erläuterung:

Herzstillstand/Schock (HMG079), Paroxysmale Tachykardie (HMG077) und die Vorhoffarrhythmie (HMG092) sind Erkrankungen, die keine medizinische Korrelation zur arteriellen Hypertonie haben. Daher erscheint es nicht sachgerecht, durch die gewählte Hierarchisierung gerade bei diesen Patienten, bei denen durch die arterielle Hypertonie ein weiterer kardialer Risikofaktor zur bestehenden kardialen Erkrankung hinzukommt und der das medizinische Risiko möglicherweise noch potenziert, den Zuschlag für Hypertonie zu unterdrücken.

Dasselbe gilt für die arteriovasculären Erkrankungen der Herzkranzgefäße (HMG081, HMG083 und HMG084). Hier ist zwar die arterielle Hypertonie einer der Risikofaktoren für die Entstehung einer koronaren Herzerkrankung, aber eben nur einer unter vielen Risikofaktoren. Gleichzeitig ist die arterielle Hypertonie auch ein Risikofaktor für viele weitere Erkrankungen, u. a. intrazerebrale Blutung, Schlaganfall, arterielle Aneurysmata etc.. Auch bei Patienten mit ischämischer Herzerkrankung ist der arterielle Hypertonus möglicherweise nicht nur ein additives medizinisches und Kostenrisiko, sondern potenziert das Risiko der ischämischen Herzerkrankung selbst. Daher erscheint es nicht sachgerecht, wenn der Zuschlag durch die Hierarchisierung gerade für diese Patientengruppe ausgeschlossen wird.

Auch für die angeborenen Herzfehler und Herzklappenerkrankungen (HMG087, HMG088 und HMG086) ist die vorgeschlagene Hierarchisierung der arteriellen Hypertonie medizinisch nicht nachvollziehbar. Auch bei diesen Diagnosen fehlt eine medizinische Begründung, warum die Diagnose der arteriellen Hypertonie bereits in den Diagnosen der HMG087, HMG088 und HMG086 nicht unabhängig von diesen Diagnosen vorliegt. Auch bei diesen Diagnosen ist es möglich, dass eine gleichzeitige arterielle Hypertonie das medizinische Risiko der vorliegenden kardiologischen Erkrankung potenziert. Es wird daher vorgeschlagen, die HMG091 ausschließlich in der Hierarchiekette der HMG078 -> HMG080 -> HMG089 unterzuordnen.

1.2 Hierarchie der Neubildung, HMG180 und 181

Die vorgesehenen zusätzlichen Zuschläge bei Neubildungen für Strahlen- bzw. Chemotherapie (HMG180 und HMG181) sind geeignet, die prognostizierten Versorgungskosten der Krebstherapie besser abzubilden. Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Zugleich möchten wir darauf hinweisen, dass neben der Strahlen- bzw. Chemotherapie die Versorgungskosten von Krebspatienten durch z. B. kostenintensive Diagnostika und palliativmedizinische Versorgung weiter differenziert werden können. Es sollte zusätzlich untersucht werden, wie diese Versorgungs- bzw. Behandlungsgrade durch geeignete Aufgreifkriterien im MRSA-Klassifikationsmodell abgebildet werden können.

1.3 Hierarchie der metabolischen Erkrankungen

Der Anpassungsvorschlag zur Schweregraddifferenzierung der metabolischen Erkrankungen einschließlich der vorgeschlagene Sonderregelung der Aufgreifkriterien der DXG 826 und 827 ist sachgerecht. Allerdings wird dabei die Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ der DXG 119 und damit der HMG023 zugeordnet. Unter dieser Diagnose wird aber auch die seltene Enzymmangelkrankung Marteaux-Lamy-Krankheit (oder MPS VI) verschlüsselt, die extrem hohe Versorgungskosten bedingt, welche 1:1 mit den bislang den DXG 826 und 827 und damit der dominierenden HMG 202 zugeordneten Krankheiten vergleichbar sind. Die Marteaux-Lamy-Krankheit kann eindeutig über das einzige zur Therapie zugelassene Arzneimittel Naglazyme (ATC A16AB08 Galsulfase) identifiziert werden. Wir schlagen daher vor, die Diagnose E76.2 in einer weiteren DXG mit Arzneimittelaufgreifkriterium und der HMG 202 zuzuordnen. Eine solche Erweiterung erscheint auch unter dem Gesichtspunkt der geringen Fallzahl HMG202-Versicherter sinnvoll und kann die in diesem Fall getroffene, kleingliedrige HMG-Differenzierung weiter begründen.

1.4 Hierarchie Erkrankungen des Bewegungssystems, speziell Hierarchie des Muskel-Skelettsystems

Gem. Vorschlag des Wissenschaftlichen Beitrags werden die Hierarchien der Krankheiten des Bewegungssystems nicht zuletzt wegen der neu zu berücksichtigenden Krankheit Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung) in verschiedenen Punkten überarbeitet. Dies beinhaltet auch die Neudefinition einzelner HMGs. Dabei sind die Anpassung der HMG038 und ihrer Hierarchiebeziehungen zu den HMGs 206 und 207 kritisch zu sehen, da die HMG038 nicht nur Autoimmunerkrankungen mit Gelenkbeteiligungen umfasst. Die HMG038 umfasst auch eine Teilgruppe an ICD-Kodes, die Autoimmunerkrankungen mit Lungen-, Gefäß- und sonstigen Beteiligungen beschreiben. Hier kann es durchaus zum parallelen Auftreten von Erkrankungsbildern und

entsprechend höheren Kosten kommen. Um die vorgeschlagene Hierarchisierung der HMG038 unter den HMGs 206 und 207 medizinisch sinnvoll umzusetzen, wird eine klinische Unterteilung der HMG038 vorgeschlagen. Dabei kann die HMG038 auf die Gelenkbeteiligungen reduziert und unter die HMGs 206 und 207 hierarchisiert werden. Eine neue HMG, die dann die Gruppe der Erkrankungen mit Lungen-, Gefäß- und sonstigen Beteiligungen zusammenfasst, sollte außerhalb dieser Hierarchie stehen.

1.5 Hierarchie Erkrankungen des Auges

Die neueingeführte Hierarchie der Erkrankungen des Auges ist u. E. unter den aktuellen Bedingungen der Patientenversorgung sachgerecht. Der Wissenschaftliche Beirat und das Bundesversicherungsamt konnten im Rahmen ihrer Untersuchungen lediglich auf Morbiditätsdaten des Jahres 2007 und Kostendaten des Jahres 2008 zurückgreifen. Für das Jahr 2011, für das das Klassifikationsmodell konzipiert wird, ergibt sich durch die Zulassungserweiterung von Lucentis jedoch eine veränderte Versorgungs- und Kostensituation. Ggf. kann es erforderlich werden, die Hierarchisierung vor diesem Hintergrund differenziert zu diskutieren. Von Kostensteigerungen ist insbesondere i. V. m. der Diagnosen H36.0 auszugehen.

1.6 HMG-Zuordnung Osteoporose bedingter pathologischer Frakturen (M80-)

Den HMGs 157 (Wirbelkörperfrakturen pathologisch/traumatisch) und 203 (Sonstige pathologische Frakturen) sind auch die durch Osteoporose bedingte pathologischen Frakturen des ICD-Kodes M80- zugeordnet. Gemäß den ab dem 1.1.2011 gültigen Kodierrichtlinien darf jedoch bei Kodierung einer osteoporosebedingten pathologischen Fraktur die Osteoporose nicht gesondert kodiert werden. Gerade aber diese Versicherten zeichnen sich durch eine besonders schwere Osteoporose aus. Gem. Festlegungsentwurf für das Klassifikationsmodell 2011 kann bei relevanter Osteoporose mit pathologischer Fraktur somit nur ein geringerer Zuschlag ausgelöst werden, als bei der weniger schwerwiegenden Osteoporose ohne Fraktur. Hierdurch können die erwarteten Folgekosten nicht ausreichend abgebildet werden. Auch wenn für die Anwendung des Klassifikationsmodells 2011 die im Jahr 2010 dokumentierten Diagnosen maßgeblich sind, muss zukünftig vorgesehen werden, die Osteoporose bedingten pathologischen Frakturen den Osteoporose-HMGs 204 und 205 zuzuordnen.

1.7 Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch

Das diagnostische Spektrum der Krankheit Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch (HMG 52 bzw. DXG 258) soll um die ICD Z51.83 erweitert werden. Die Z51.83 dokumentiert die Opiat-, Drogen- und Methadon-Substitution. Auch die Substitution mit Diamorphin – hier werden erhöhte Versorgungskosten erwartet – bei Heroin-Abhängigkeit

ist eindeutig diesem ICD-Code zuzuordnen. Durch zusätzliche Aufnahme des ICD Z51.83 wird sichergestellt, dass bei Substitutionspatienten trotz fehlender F-Kodierung die richtige Zuordnung der Patienten im Versichertenklassifikationsmodell erfolgt. In der Praxis kommt es bei flüchtiger Kodierung vor, dass zwar der ICD Z51.83, jedoch keine der für die HMG 52 bzw. DXG 258 Zuschlags relevanten F-Diagnosen vorliegen. Die Z51.83 ist folglich ergänzend der DXG 258 zuzuordnen.

II. Zuordnung zu den Erwerbsminderungs-, Kostenerstattungs- und Auslandsversichertengruppen (zu den Punkt 1.2, 1.3 und 1.4 des Festlegungsentwurfs)

Entsprechend der für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 getroffenen Festlegung sieht der Entwurf für das Klassifikationsmodell 2011 ebenfalls vor, dass eine Zuordnung zu den Versichertengruppen für Erwerbsminderungsrenter, Kostenerstattungsversicherte und Auslandsversicherte dann erfolgt, wenn das entsprechende Versichertenmerkmal für mindestens 183 Versicherungstage dokumentiert ist. Dies führt dazu, dass beispielsweise ein Versicherter, der im Jahr 2011 insgesamt 154 Tage im Berichtsjahr gesetzlich Krankenversichert ist und über diesen Zeitraum Kostenerstattung im Sinne des § 30 Abs. 1 Nr. 9 RSAV gewählt hat, nicht der Gruppe der Kostenerstattungsversicherten zugeordnet wird. Der AOK-Bundesverband schlägt daher vor, Versicherte immer dann den o. g. Versichertengruppen zuzuordnen, wenn die Merkmale für Erwerbsminderungsrente, Kostenerstattung oder Auslandsaufenthalt in mindestens 50% aller Versicherungstage insgesamt dokumentiert sind.

III. Zuordnung zu den Krankengeldversichertengruppen (KGG) i. V. m. dem Regressionssverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG-, (zu den Punkten 1.6 und 2.2 des Festlegungsentwurfs)

Das vom BVA vorgeschlagene Verfahren zur Abgrenzung der Versichertengruppen für Mitglieder mit Krankengeldanspruch und zur Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld steht nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes nicht im Einklang mit den Regelungen der RSAV. Insbesondere die vom Verordnungsgeber mit der 21. Risikostrukturausgleich-Änderungsverordnung formulierten Anforderungen an eine Neugestaltung des Verfahrens zur Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld sind bislang nicht umgesetzt worden. Da u. E. die Vorgaben des § 31 Abs. 4 RSAV keine Regression zur Ermittlung der Krankengeldzuweisungen vorsehen und der Verordnungsgeber bis zur Umsetzung der mit o. g. Änderungsverordnung beauftragten wissenschaftlichen Untersuchung selbst von der Fortführung des Verfahrens zur Ermittlung standardisierter Krankengeldleistungsausgaben gem. den Regelungen zum Risikostrukturausgleichs nach altem Recht ausgeht, empfehlen

wir von den beabsichtigten Änderungen in 2011 abzusehen. Für ausführliche Erläuterungen möchten wir auf unsere Stellungnahmen zu den rückwirkenden Anpassungen der Klassifikationsmodelle 2009 und 2010 vom 8.6. sowie 16.7.2010 hinweisen. Sollte das BVA der Auffassung sein, dass die beabsichtigte Neuregelung nicht im Widerspruch zu den Regelungen der RSAV steht, so muss das im Festlegungsentwurf vorgesehene Verfahren zur Abgrenzung der KGG sowie das Regressionsverfahren zur Ermittlung von Zuschlägen für KGGs in den folgenden Punkten angepasst werden, wobei wir ebenfalls auf unsere o. g. Stellungnahmen verweisen:

- Die Altersabstände für K-AGG und K-EMG sollen 1 Jahr betragen.
- Die Zuordnung der Versicherten zu den K-AGG und K-EMG darf nicht für alle Versicherten, sondern nur für Versicherte mit Krankengeld-Anspruch erfolgen (entspricht Mitglieder im Sinne des § 267 Abs. 2 Satz 2 SGB V).
- Im Regressionsverfahren muss der Annualisierungsfaktor mittels Division der Leistungsausgaben durch die Versicherungstage mit Krankengeldanspruch und Multiplikation mit den Kalendertagen im Berichtszeitraum gebildet werden. Die Division durch Versicherungstage insgesamt ist ungeeignet, um Krankengeldleistungsausgaben zu annualisieren.
- Leistungsausgaben von verstorbenen Versicherten sind analog der Leistungsausgaben aller anderen unterjährig versicherten Personen im Regressionsverfahren zu berücksichtigen.

IV. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für AGG, EMG, HMG, AusAGG und KEG-Zuschläge (zu Punkt 2.1 des Festlegungsentwurfs sowie Kapitel IV Nummer 23 der Erläuterungen).

Der Festlegungsentwurf sieht vor, dass die bestehende Sonderregelung zur Berücksichtigung von Leistungsausgaben von verstorbenen Versicherten auch für das Jahr 2011 Bestand haben soll. Damit folgt der Festlegungsentwurf ausdrücklich nicht der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, der sich deutlich für die Aufhebung der Sonderregelung und die Anwendung der auch international führenden Regressionsverfahren unter Gleichbehandlung aller unterjährig Versicherten ausgesprochen hat. Der Wissenschaftliche Beirat kommt damit zu einer gleichlautenden Empfehlung wie im vergangenen Jahr (vgl. Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats vom 16.09.2009). Der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes im Rahmen der vorliegenden Änderungsvorschläge aufzugreifen. Damit es zukünftig zu **keiner Sonderbehandlung von Toten** kommt, schlagen wir vor, die Sätze „Die Leistungsausgaben von im Berichtsjahr Verstorbenen werden hiervon abweichend nicht annualisiert“ (Nr. 2.1.2) sowie „Im Berichtsjahr Verstorbenen wird hiervon abweichend das

Gewicht Eins zugeordnet“ (Nr. 2.1.3) ersatzlos zu streichen. Für weiterführende Begründungen verweisen wir auf unsere Stellungnahmen vom 06.04.2009 und 12.04.2010.

Die Abweichung von der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beitrags begründet das BVA insbesondere mit erheblichen rechtlichen Bedenken, die der GKV-Spitzenverband hinsichtlich der Abschaffung der Sonderregelung äußere. Der AOK-Bundesverband kann keine rechtlichen Bedenken erkennen, die eine Beibehaltung der für das MRSA-Verfahren – durch die Expertise des Wissenschaftlichen Beirats erwiesener Maßen – problematische Sonderregelung rechtfertigen oder deren Abschaffung verhindern. Weder in den gesetzlichen Normen noch in der RSAV findet sich eine Regelung, die auf den hier in Rede stehenden Sachverhalt bezogen werden könnte. Wenn in dieser Sache rechtliche Bedenken geäußert werden, können diese also für eine Entscheidungsfindung nicht berücksichtigt werden. Soweit vorgetragen wird, die Verwendung des im Rahmen der Datenerhebung nach § 30 RSAV ermittelten Versichertenkennzeichens „Tod“ sei rechtlich bedenklich, da dieses nicht die für andere Versichertenmerkmale geltenden Qualitätsstandards erfüllt, kann hieraus nur gefolgert werden, dass dieses Merkmal dann gerade nicht für die Anwendung irgendeiner Sonderregelung herangezogen werden darf.

V. Berücksichtigte Leistungsausgaben im Regressionsverfahren (zu Punkt 2.1 des Festlegungsentwurfs sowie Kapitel IV Nummer 25 der Erläuterungen).

Die einfache Bildung des 100%-Wertes in der Stichprobe als Quotient aus Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und den Versichertentagen kann zu verzerrten Zuschlägen führen, nämlich dann, wenn die beobachteten Leistungsausgaben der Stichprobenversicherten von den auf Grundlage der Stichprobengröße zu erwartenden Leistungsausgaben abweichen. Der AOK-Bundesverband schlägt daher vor, die Regelungen zum Regressionsverfahren, so zu ergänzen, dass die Leistungsausgaben der Stichprobenversicherten das Niveau der Leistungsausgaben gem. amtlichem Rechnungsergebnis KJ1 der Krankenkasse im Ausgleichsjahr repräsentieren. Dazu sollte vor der Annualisierung der Leistungsausgaben (Punkt 2.1.3) folgende Formulierung ergänzt werden:

„Die gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Stichprobenversicherten einer Krankenkasse werden auf die Summe der erwarteten Leistungsausgaben in der Stichprobe hochgerechnet. Die Summe der erwarteten Leistungsausgaben in der Stichprobe wird als Produkt aus den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einer Krankenkasse gem. KJ1 und dem Anteil der Versicherungstage der Stichprobenversicherten an allen Versichertentagen der Krankenkasse (Ausschöpfungsquote) gebildet. [...]“

Damit wird sichergestellt, dass die für die Regression berücksichtigten Leistungsausgaben der Stichprobenversicherten repräsentativ für die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkasse und der GKV insgesamt sind. Bereits die Erfahrungen mit den Datenerhebungen zum Risikopool haben gezeigt, dass zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung der Leistungsausgaben (im Juli des auf das Leistungsjahr folgenden Jahres) diese noch nicht vollständig möglich ist. Tatsächlich stehen zahlreiche Rechnungsbeträge für die versichertenbezogene Auswertung erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung. In Bezug auf die Risikopool-Datenmeldung wurden daher über alle Kassenarten hinweg regelmäßig mit der erst ein weiteres Jahr später erzeugten Korrekturmeldung höhere Leistungsausgaben und mehr Risikopoolfälle festgestellt. Es kann also nicht sinnvoll argumentiert werden, dass gegenüber KJ1 fehlende Leistungsausgaben nicht in Verbindung mit den Morbiditätsgruppen nach § 29 Nr. 1 bis 3 RSAV stehen und daher bei der Ermittlung des 100%-Wertes unberücksichtigt bleiben müssen (zur Ermittlung des 100%-Wertes vgl. hier Festlegungsentwurf Punkt 3.2). In der Datenmeldung fehlende Leistungsausgaben sind abrechnungs- und EDV-technisch begründet und stehen in gleichem Bezug zu den Morbiditätsgruppen nach § 29 Nr. 1 bis 3 RSAV wie die gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Völlig sachgerecht folgt das BVA daher nicht der in Kapitel IV 25 diskutierten Meinung der SBK. Auf die Unzulässigkeit einer Ungleichbehandlung von berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben hatten wir bereits mit Stellungnahme vom 28.8.2009 hingewiesen.

VI. Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen (zu Kapitel IV Nummer 24 der Erläuterungen i. V. m. Anlage 4)

Gem. Anlage 4 wird das aus dem Ausgleichsjahr 2010 bekannte Verfahren zur Berechnung von u. a. AGG-, HMG- und EMG-Korrekturfaktoren unverändert beibehalten. Damit ist sichergestellt, dass das im Regressionsverfahren ermittelte, nach Nummer 1 bis 3 des § 29 RSAV differenzierten Verteilungsvolumen im monatlichen Abschlagsverfahren unverändert bleibt. Morbiditätseffekte, die in Zusammenhang mit der Aktualisierung der Datengrundlagen stehen, sollen weiterhin nicht berücksichtigt werden, so lange hierzu keine aussagekräftigen Analyseergebnisse vorliegen. Zugleich stellt das BVA in Aussicht, bereits sehr frühzeitig, nämlich bereits mit Beginn des monatlichen Abschlagsverfahrens 2011 die aktuellsten verfügbaren Datengrundlagen zu berücksichtigen. Damit wird das zentrale Problem der doppelten Progression zumindest teilweise im Abschlagsverfahren beseitigt. Der AOK-Bundesverband begrüßt diese Aussage des BVA ausdrücklich.

VII. Sonstiges: Leistungsausgaben des HLB 2, Zuweisungen für Auslandsversicherte, Kennzeichen Organtransplantation und Hochrisikopool (zu Kapitel IV der Erläuterungen, Nummern 26 bis 29) sowie zu Krankenhausnebendiagnosen und Manipulationsanfälligkeit (zu Kapitel II, Nummern 5 und 6)

Die unter Kapitel IV, Nummern 26 bis 29 der Erläuterung diskutierten Änderungsvorschläge sind mit den geltenden gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften nicht vereinbar und werden daher vom BVA richtiger Weise nicht für das Klassifikationsmodell 2011 berücksichtigt. Der AOK-Bundesverband teilt die Auffassung des BVA. Die Erweiterung oder Abänderung des Klassifikationsverfahrens um gesetzlich nicht vorgesehene oder anders lautende Verfahren gefährdet die rechtssichere Durchführung des RSA und ist entschieden abzulehnen. Aus gleichem Grund kann den Ausführungen des BVA zu den in Kapitel II zu Nummer 5 und 6 angeführten Vorschlägen ebenfalls nur zugestimmt werden: Sowohl bei der Krankheitsauswahl als auch in Bezug auf die in den Datenmeldungen nach § 30 RSAV zu berücksichtigenden Krankenhausdiagnosen sind die gesetzlichen Vorgaben maßgeblich. Jede hiervon abweichende Bewertung oder Vorgehensweise ist aus Sicht des AOK-Bundesverbands nicht zutreffen und muss daher zurückgewiesen werden.

VIII. Anlage 4 und 4b „Verfahrensbeschreibung“ zur Festlegung

Im Rahmen der Anlage 4 i. V. m. Anlage 4b zum Festlegungsentwurf gelingt dem BVA eine detaillierte Beschreibung der Verfahrensschritte und Datengrundlagen zur Durchführung des monatlichen Abschlagsverfahrens und des Schlussausgleiches für das Ausgleichsjahr 2011. Dabei wird auch dokumentiert, dass bereits für den ersten Grundlagenbescheid 2011 die aktuellen Morbiditätsdaten des Jahres 2009 sowie für den dritten Grundlagenbescheid 2011 die dann aktuellen Morbiditätsdaten des Jahres 2010 verwendet werden sollen. Dies bedeutet eine frühzeitige Berücksichtigung der im Schlussausgleich maßgeblichen Morbiditätsjahre und ermöglicht dem BVA eine zielgenauere Steuerung des monatlichen Abschlagsverfahrens. Der AOK-Bundesverband begrüßt ausdrücklich die Absicht des BVA, frühzeitig auf die aktuellen Daten zur Berechnung der monatlichen Abschlagszahlungen umzusteigen, zumal so die durch die sog. doppelte Prospektivität entstehenden Verzerrungen 2011 erstmals vermieden werden können. Die Anlage 4 ersetzt zugleich die bislang der Festlegung getroffenen Regelungen zur Berechnung von Aufteilungsfaktoren.

Die Erfahrungen mit den Abschlagsverfahren 2009 und 2010 zeigen u. E. das kleinere Änderungen im Verfahren unterjährig von Zeit zu Zeit erforderlich sind. Genannt seien hier z. B. die Anpassung in Folge Erweiterung der Versicherteninformationen in der Datenmeldung nach § 32 RSAV oder in Folge des Clearingverfahrens. Der AOK-Bundesverband sieht die Gefahr, dass erforderliche unterjährige, verfahrenstechnische

Anpassungen nicht mehr möglich bzw. erneut einen Anhörungsprozess erfordern, wenn die Verfahrensweisen abschließend im Rahmen der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV fixiert werden. Für das Jahr 2011 erwarten wir zumindest in Bezug auf die Berechnungsverfahren zum Schlussausgleich weitreichende Anpassungen soweit Mitgliederzeiten tagesgenau ermittelt werden (vgl. in diesem Zusammenhang BVA-Schreiben vom 30.07.2010). Diese Weiterentwicklung der Verfahren ist mit den Vorschlägen zu den Anlagen 4 und 4b bislang nicht berücksichtigt. Gleiches gilt für die Berücksichtigung von Korrekturen für Altjahre, die die Bescheidung im Schlussausgleich auch berühren. Alternativ schlägt der AOK-Bundesverband daher vor, die Verfahrensschritte zur Berechnung der Bescheide 2011 jeweils im Vorfeld der Bescheidung abzustimmen und zu veröffentlichen. Sobald das Ausgleichsverfahren nicht durch Änderungen von Datengrundlagen etc. beeinflusst wird, kann für die Festlegung auch eine Verfahrensbeschreibung im Sinne der Anlage 4 und 4b vorgesehen werden. Unabhängig hiervon möchten wir folgende Hinweise zu den Verfahrensbeschreibungen geben, die im Rahmen der Anhörungsfrist aufgefallen sind:

- Die Regelungen zum Regressionsverfahren und zur Hochrechnung von untererfassten Leistungsausgaben sollen entsprechend unserer Vorschläge zu IV. und V. dieser Stellungnahme angepasst werden.
- Das Regressionsverfahren ist so anzupassen, dass die im Regressionsverfahren ermittelten Regressionskoeffizienten multipliziert mit den über Versicherungstage gewichteten Risikomerkmale der berücksichtigten Stichprobenversicherten das Volumen ihrer Leistungsausgaben (N.1.i) erreichen. Ein zusätzlicher Normierungsschritt soll hierzu nach Punkt N.1.h. ergänzt werden. Gleiches gilt für die im Rahmen der Kapitel I der Anlage 4 beschriebenen Regressionsverfahren.
- Die Regelungen zur Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen soll entsprechend unserer Vorschläge zu II. dieser Stellungnahme angepasst werden.
- Die Regelungen zur Bemessung von Zuweisungen für Krankengeld insgesamt (mit Ausnahme der Aufteilungsfaktoren für Krankengeld) sollen entsprechend unserer Vorschläge zu III. dieser Stellungnahme angepasst werden.
- Angaben zur Rundung von Rechnungsgrößen werden uneinheitlich angegeben. So fehlt eine Rundungsangabe zum 100%-Wert (vgl. z. B. M.I.b) während die Verwaltungskosten je Versichertentag gem. M.I.d eine Rundungsangabe aufweisen.
- Die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen für das monatliche Abschlagsverfahren 2011 müssen ebenfalls auf den für das Jahr 2011 geschätzten Werten basieren und nicht auf den Werten des Jahres 2010 (vgl. Punkte A.3.a und A.3.b).
- Zu Punkt C.2.d i. V. m. Punkt C.3. Es ist unklar, warum zur Ermittlung der Zuweisungen je Bundesland die Daten gem. I. Grundlagenbescheid 2010 verwendet werden sollen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind die Zuweisungen je Bundesland im Rahmen der Berechnungen zum Grundlagenbescheid I. 2011 zu bestimmen. Für die Ermittlung der landesbezogenen Anpassungsbeträge im Abschlagsverfahren 2011 kann u. E. für

- die weiteren Berechnungen auch nicht der für 2010 gültige Schwellenwert von 200 Mio. Euro angesetzt werden (vgl. Punkt C.3.b.i).
- Der unter D.1.b beschriebene Aufteilungsfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld sollte analog der Regelung zum Schlussausgleich unter Abzug der sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben gebildet werden.
 - Die Zuweisungsanteile für KEG und AusAGG dürfen nicht auf Basis des HMG-Regressionsanteils bemessen werden (vgl. Punkte D.2.d und D.2.e).
 - Unter I. wird ein Verfahren beschrieben, dass die gleichmäßige monatliche Zuweisung von 1/12 des Gesundheitsfonds sicherstellt. Unklar ist wie die In I.1.1 beschriebene DMP-Anpassungsbeträge in Verhältnis zu den monatlichen DMP-Zuweisungen stehen bzw. ob auch eine Normierung der DMP-Zuweisungen auf 1/12 der für DMP-Zuweisungen geschätzten Zuweisungen des Gesundheitsfonds vorgesehen ist. Die unter Punkt I.6 genannte „zuletzt bekannt gegebene monatliche Grundzuweisung je DMP-Versicherten“ wurde in der Verfahrensbeschreibung der Anlage 4 nicht wieder gefunden. Soweit auch eine Zwölfteilung der DMP-Zuweisungen vorgesehen ist, ist ein Anpassungsfaktor für die DMP-Pauschale erforderlich.
 - Der Verweis auf Punkt S.I.c im Rahmen der Erläuterungen zu M.1.e ist zu korrigieren in M.I.c. Systematisch gleicher Verweisfehler findet sich auch in Punkt M.2.b.
 - In N.1.c. sollte zur Klarstellung ergänzt werden, dass hier ebenfalls Daten der Korrekturmeldung berücksichtigt werden.
 - Punkt N.4.a verweist auf Morbiditätsdaten des Jahres 2009. Wie in Anlage 4b richtig dokumentiert, sind für den Schlussausgleich 2011 sind die Morbiditätsdaten des Jahres 2010 relevant.
 - Anlage 4b weist für den 5. Grundlagenbescheid einen Korrekturfaktor der Grundpauschale aus. Dieser Korrekturfaktor ist u. E. nicht erforderlich und wird in Anlage 4 auch nicht beschrieben.

Wir möchten Sie bitten, unsere Hinweise aus der Anhörung dem Wissenschaftlichen Beirat weiterzuleiten und für die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011 zu berücksichtigen. Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Timm Paulus