

**Stellungnahme der BARMER GEK
zum Festlegungsentwurf des BVA
nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011**

26. August 2010

Vorbemerkung

Mit dem Entwurf zur Festlegung des Klassifikationsmodells nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011 trägt das Bundesversicherungsamt (BVA) der differenzierten Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) Rechnung. Die BARMER GEK begrüßt, dass zahlreiche ihrer – mit Schreiben vom 09. April 2010 unterbreiteten – Vorschläge zur Erhöhung der Zielgenauigkeit und Transparenz des MRSA aufgegriffen werden sollen.

Der Festlegungsentwurf des BVA vom 30. Juli 2010 richtet einen besonderen Fokus auf die Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen und notwendige Anpassungen durch die geänderte Krankheitsauswahl. Die BARMER GEK wertet dies positiv, da mit einer Überarbeitung der Hierarchien eine verbesserte Kostenhomogenität in den Morbiditätsgruppen erreicht wird, um letztlich alle Krankheiten mit gleicher Zielgenauigkeit abzubilden. Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

1.) Festlegungen

1.1.) Zum „Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Versicherungengruppen“

1.1.1.) „Zuordnung zur Kostenerstattergruppe“

Die BARMER GEK hält an ihrer Forderung fest, zumindest optional nach Alter und Geschlecht unterschiedliche Kostenerstatter-Zuschläge vorzusehen. Bis zur erstmaligen Berücksichtigung des Klassifikationsverfahrens 2011 im Grundlagenbescheid I/2011 und erst recht bis zur Durchführung des Jahresausgleichs 2011 werden die benötigten Daten zur Verfügung stehen.

1.1.2.) „Zuordnung zu den Krankengeldgruppen“

Die BARMER GEK fordert weiterhin die Feststellung der Zuschläge für das Krankengeld in Altersgruppen mit nur einem Jahr Abstand. Dies gilt zumindest für die Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) als auch nach Möglichkeit für die Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG). Hieraus resultiert Anpassungsbedarf in den Dokumenten zur Festlegung, beispielsweise Punkt 1.6. in den Festlegungen nach § 31, Abs. 4 RSAV, der hier nicht explizit aufgeführt wird.

Zu beiden Punkten verweisen wir im Übrigen auf unsere Stellungnahmen zu den Festlegungen 2009 und 2010.

1.2.) Zum „Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren“

1.2.1.) Zur „Annualisierung der Leistungsausgaben“

Die BARMER GEK begrüßt den Verzicht auf eine Veränderung bei der Berücksichtigung Verstorbener in der Regression. Die insgesamt vom morbiditätsorientierten RSA ausgelösten Verteilungswirkungen sind vor Durchführung des ersten Jahresausgleiches noch nicht absehbar, die Befürchtung erheblich überkompensierender Wirkungen des Verfahrens zugunsten von Kassen mit deutlich erhöhter Morbidität und insbesondere erhöhter alters- und geschlechtsbereinigter Mortalität erscheint nach den bisherigen Ergebnissen angebracht.

Bevor die tatsächlichen Wirkungen des morbiditätsorientierten RSA (MRSA) nicht untersucht werden können, erscheint es daher nicht verantwortbar, die Verteilungswirkungen des Verfahrens zugunsten des beschriebenen Kassentyps in erheblichem Umfang zu erhöhen. Genau dies wäre mit einer Annualisierung der Leistungsausgaben aber verbunden.

1.2.2.) Zum „Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für Auslandsversicherte“

Die BARMER GEK erneuert ihre Kritik an der mangelnden Begrenzung der Zuweisungen für Versicherte im Ausland. Für nähere Ausführungen verweisen wir auf 2.3.5.

1.2.3.) Zur „Annualisierung der Bruttokrankengeldausgaben“

Auch an dieser Stelle begrüßt die BARMER GEK den folgerichtigen Verzicht auf eine Annualisierung der Krankengeldausgaben von Verstorbenen. Da es sich beim Krankengeld um eine zeitgleiche Regression mit ausschließlich demographischen Variablen handelt, bei der die Altersberücksichtigung mit 65 endet, hat der Verzicht an dieser Stelle allerdings keine erheblichen Auswirkungen.

2.) Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen für den Jahresausgleich 2011

2.1.) Zu Punkt II der Erläuterungen: „Allgemeine Hinweise / Vorschläge“

Die Ausführungen können insgesamt gut nachvollzogen werden, allerdings mit einer Ausnahme:

2.1.1.) „Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus“ (Nr. 5)

Die BARMER GEK teilt die unter Nr. 5.2. dargestellte rechtliche Bewertung, nach der Maßnahmen von Krankenkassen, die darauf gerichtet sind, sich zusätzliche Diagnosen von den Krankenhäusern melden zu lassen, unzulässig sind. Es fehlt an jeglicher Rechtsgrundlage.

Unverständlich ist allerdings das unter Nr. 5.3. dargestellte Ergebnis. Auf ein entsprechendes Tätigwerden von Krankenkassen gibt es keineswegs nur „nicht näher spezifizierte Hinweise“. Vielmehr wurde das BVA sehr zeitnah (zumindest) vom VdEK über einen Bericht des „Spiegels“ informiert, nachdem die City-BKK genau in dieser Art und Weise tätig geworden ist. Das BVA hat hierbei auch einen Foliensatz des die City-BKK dabei beratenden Unternehmens „Data to Decision“ erhalten, in dem die Vorgehensweise und die Gründe für eine vom BVA abweichende Auffassung hinsichtlich der Zulässigkeit erläutert werden.

Da konkrete Hinweise für eine manipulative Gefährdung des Morbi- RSA durch „zugekaufte“ Nebendiagnosen also sehr wohl vorliegen, sollte der Vorschlag der SBK – welcher ein solches Verhalten tatsächlich unattraktiv machen würde - ergebnisoffen geprüft werden.

2.2.) Zu Punkt III der Erläuterungen: „Änderungen des Klassifikationsmodells“

Die Vergabe eines Gutachtens zur Entwicklung eines Beurteilungsschemas, welches den Vergleich von zwei Klassifikationssystemen erlaubt, wird von der BARMER GEK begrüßt.

2.2.1.) Hierarchie 01 „Infektionen“ (Nr. 8)

Die Änderungen erscheinen sachgerecht. Aus grundsätzlichen Erwägungen (Verminderung der Manipulationsanreize) wird die Berücksichtigung der Änderungen in einer neuen hierarchisch eingebundenen HMG, statt einer neuen selbständigen HMG, begrüßt.

2.2.2.) Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (Nr. 9)

Die in diesem Kapitel durchgeführte Analyse und deren Ergebnis erscheint sachgerecht. Bedauerlich ist allerdings, dass eine Analyse des BARMER GEK-Vorschlags, die HMG 073 (Multiple Sklerose) in eine HMG mit und eine ohne Behandlung mit Betaferonen etc. zu teilen, nicht erfolgt ist, obwohl sie auf Seite 13 der Erläuterungen aufgenommen wurde und in den Fokus der diesjährigen Anpassungen des Klassifikationsverfahrens passt. Die BARMER GEK regt an, dies nachzuholen.

Ebenfalls nicht erfolgt ist eine Überprüfung des Vorschlags, bei der Muskeldystrophie den Alterssplit auf DxG-Ebene auf die HMG-Ebene zu übertragen. Wir regen wiederum an, dies nachzuholen. Eine Neuberechnung auf Basis des vorliegenden Entwurfs hat erneut ergeben, dass die Ausgaben für Versicherte unter 18 Jahren um mehr als 70% höher sind als die für Versicherte ab 18 Jahren.

2.2.3.) Hierarchie 02 „Neubildungen“ (Nr. 10)

Der Berücksichtigung der Diagnosen für Chemotherapie und Strahlentherapie in einer eigenen (Teil-) Hierarchie begegnet die BARMER GEK mit erheblichen Bedenken.

Bei den Diagnosen Z51.0, Z51.1 und Z51.82 handelt es sich weniger um Diagnosen im engeren Sinn, als um Hinweise auf bestimmte Prozeduren. Sie sind daher ver-

gleichbar mit den Diagnosen für die Durchführung einer Dialyse (Z992 sowie Z49X) und denen für die Registrierung zur Transplantation (Z75.2, Z75.6 und Z75.7).

Genau wie bei den genannten beiden Bereichen ist auch im Bereich der Diagnosen für Chemotherapie und Strahlentherapie eine erhebliche Untererfassung und eine ebenfalls erhebliche Falscherfassung festzustellen.

Dies zeigt sich durch einen Vergleich mit verlässlichen Anhaltspunkten für die Durchführung einer Strahlen- bzw. Chemotherapie. Dies ist auf der einen Seite die EBM-Position „Strahlentherapie“ und andererseits die Verordnung von Zytostatika. In beiden Fällen findet sich die entsprechende Diagnose nur bei ca. einem Drittel (!) der Menschen, für die eine Strahlentherapie bzw. hochwirksame Zytostatika abgerechnet wurden. Gleichzeitig ist etwa bei einem Viertel der Fälle, in denen die Diagnose Strahlen- bzw. Chemotherapie gestellt wurde, kein Hinweis auf die tatsächliche Durchführung der Strahlen- bzw. Chemotherapie im entsprechenden Jahr zu finden, d.h. es wurde keine Strahlentherapie abgerechnet bzw. keine Verordnung für ein Zytostatikum ausgestellt.

Damit entsteht – auch hier wieder eine Parallelität zur Dialyse und zur Transplantationsregistrierung – ein erheblicher Anreiz zum „Rightcoding“, d.h. zum ggf. mit Geld unterstützten Versuch, das diagnostische Geschehen zu eigenen Gunsten zu verbessern. Hierin sehen wir eine sehr erhebliche Gefährdung der Akzeptanz des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Bei der Dialyse wurde der „Rightcoding“-Spielraum inzwischen durch Berücksichtigung des Dialysekennzeichens aus der Satzart 100 beseitigt, für die Diagnosen der Transplantationsregistrierung ist mittelfristig etwas Ähnliches möglich (s.u. 2.3.6.). Eine ähnlich einfache Möglichkeit zur Absicherung der Prozedurdiagnosen bei Strahlentherapie / Chemotherapie sehen wir zzt. aber nicht. Hierfür müssten Positionen des EBM bzw. Zytostatika-Wirkstoffe im MRSA berücksichtigt werden. Erstere sind zur Meldung für den MRSA bisher nicht zugelassen, die zweiten sind – da sie meist nicht als Fertigarzneimittel abgegeben, sondern als Rezeptur zubereitet werden – in ihrer Benutzung im MRSA etwas kompliziert. Die Strahlentherapie / Chemotherapie-Diagnosen können daher - sollen sie einen eigenen zusätzlichen Zuschlag bewirken - für das Jahr 2011 nicht mit demselben Sicherheitsgrad eingesetzt werden wie die Prozedur-Diagnosen der Dialyse (seit 2010).

Die jetzt vom BVA vorgesehene Validierung der Strahlentherapie / Chemotherapie-Diagnose mit passenden Krebs-Diagnosen ist für eine echte Validierung mit EBM-Positionen bzw. Zytostatika-Wirkstoffen kein Ersatz. Das Problem der Untererfassung mit den daraus folgenden Anreizen zum „Rightcoding“ wird von der Validierung überhaupt nicht tangiert. Das Problem der Falscherfassung von Strahlentherapie- / Chemotherapie-Diagnosen für Menschen, die eine solche Behandlung nicht mehr erhalten, wird nur marginal gelöst. Viele Menschen erhalten die Krebsdiagnose richtigerweise über Jahre, da sie weiterhin behandelt werden, aber nicht strahlen- oder chemotherapeutisch. Falsch erfasste Diagnosen für Strahlen- oder Chemotherapie, die heute etwa ein Viertel aller dieser Diagnosen ausmachen (s.o.), lösen in diesen Fällen trotz Validierung einen falschen ergänzenden Zuschlag aus.

Da ein sicherer Einsatz der Strahlentherapie / Chemotherapie-Diagnosen zur Ermittlung eines eigenen zusätzlichen Zuschlages für das Verfahren 2011 voraussichtlich

nicht mehr möglich ist, regen wir folgendes an: Kurzfristig werden zunächst beide Diagnosen im Rahmen des M2Q-Kriteriums zugelassen, um eine andere Diagnose, welche die konkrete Verortung der jeweiligen Krebsart in der Hierarchie 02 zulässt, zu validieren. Die Diagnosen erfahren ansonsten aber keine Berücksichtigung, insbesondere lösen sie keinen eigenständigen ergänzenden Zuschlag aus. Mittelfristig sollte geprüft werden, welche Möglichkeiten es gibt, die Kostenintensität von Krebserkrankungen durch die Berücksichtigung von Zytostatika oder Abrechnungsziffern des EBM besser im MRSA abzubilden.

2.2.4.) Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (Nr. 11)

Die Umgestaltungen in der Hierarchie 04 werden von der BARMER GEK ausdrücklich begrüßt. Die Ausgliederung der extrem teuren Krankheiten der neuen HMG202 in eine eigene Gruppe, die eine bessere Abdeckung der entstehenden Kosten zulässt, war wettbewerblich dringend erforderlich. Die betroffenen Fälle sind GKV-weit sehr unterschiedlich verteilt.

Durch die Berücksichtigung der spezifischen Arzneimittel, welche bei den Krankheiten der neuen HMG202 auch den weitaus überwiegenden Teil der Kosten ausmachen, als Gruppierungskriterium gelingt überdies eine sehr manipulationsresistente Zuordnung zur neuen HMG.

2.2.5.) Hierarchien 07, 13 und 23 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“, „Metabolische Erkrankungen“, „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“, „Verletzungen“ (Nr. 12)

Die Änderungen erscheinen sachgerecht. Insbesondere ist begrüßenswert, dass die Anzahl der neuen HMG trotz des erheblichen Genauigkeitsgewinns bei der Osteoporose und trotz einiger Neuaufnahmen von Krankheiten (z.B. arthritis psoriatica) begrenzt gehalten werden konnte.

Leider wurde der Vorschlag der BARMER GEK zur Überarbeitung der Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks (HMG 067, 068 und 069) hiervon nicht berührt und bisher nicht umgesetzt. Wir möchten daher erneut darauf hinweisen, dass in jeder der genannten HMG DxG zusammengefasst sind, die ökonomisch nicht zusammenpassen. Auch nach der Neuordnung der Hierarchie haben in jeder der HMG die Versicherten der teuersten DxG mehr als viermal so hohe Durchschnittskosten wie die Versicherten der günstigsten DxG in derselben HMG.

2.2.6.) Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (Nr. 13)

Die Änderungen werden von der BARMER GEK begrüßt.

2.2.7.) Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“ (Nr. 14)

Die Änderungen erscheinen sachgerecht.

2.2.8.) Hierarchie 10 „Psychische Erkrankungen“ (Nr. 15)

Die Änderungen erscheinen sachgerecht. Insbesondere ist begrüßenswert, dass die Anzahl der HMG trotz der erheblichen Zunahme der abgebildeten ICD-Codes und trotz einer sichtbaren Verbesserung der Abbildungsqualität nicht gestiegen ist.

2.2.9.) Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (Nr. 16)

Die Umgestaltungen in der Hierarchie 16 werden von der BARMER GEK ausdrücklich begrüßt.

Die zum ersten Mal im Vorschlagsverfahren hinsichtlich des Klassifikationsverfahrens 2010 von uns dargelegte Feststellung, dass die übergroße Anzahl von Hierarchiesträngen in Hierarchie 16 zu Manipulationsanreizen führt, hat sich leider seither immer wieder bestätigt.

Das MRSA-Klassifikationsverfahren führt auch weiterhin insgesamt systematisch NICHT dazu, dass Versicherte mit multiplen HMG-Zuordnungen („Multimorbide“) im Verhältnis zu ihren Leistungsausgaben überhöhte Zuweisungen erhalten. Dennoch ist dies bei Versicherten mit multiplen Zuordnungen im Bereich der Herzerkrankungen (Hierarchie 16) anders.

In einem so kleinen anatomischen Bereich wie dem Herzen ist es offenbar möglich, durch eine möglichst „variantenreiche“ Diagnostik eine Situation herbeizuführen, in der die tatsächlichen Leistungsausgaben von Versicherten systematisch durch die Zuweisungen überdeckt werden. Dies geht zu Lasten von Versicherten, die tatsächlich dieselbe Krankheits- und auch prospektive Kostenlast tragen, deren kardiologische Diagnostik aber gezielter ausfällt.

Eine solche Förderung variantenreicher Diagnostik führt nicht nur zu Manipulationsanreizen im MRSA, sondern ist auch unter keinen Umständen als medizinisch sinnvoll anzusehen.

Die Deckungsgradunterschiede zwischen Versicherten, die eine oder mehrere Herz-HMG-Zuordnungen haben, sind grundsätzlich quantitativ gut ermittel- und darstellbar. Insofern wäre es möglich gewesen, die Umgestaltung der Hierarchie 16 ergänzend zu den in Nr. 7 der Erläuterung dargestellten Beurteilungskriterien am Ziel der Verminderung dieser Deckungsgradunterschiede zu prüfen und dies zu dokumentieren. Es ist allerdings verständlich, dass sich hierbei ggf. Zielkonflikte mit der aufgrund der Krankheitsauswahl 2011 notwendigen Einarbeitung drei neuer DxGruppen ergeben hätten.

Die Beibehaltung der bisherigen Zielstellungen R^2 und (damit untrennbar verknüpft) Kostenhomogenität erscheint daher sachgerecht. Das Ergebnis erscheint – besonders durch die geänderte Berücksichtigung der HMG091 „Hypertonie“ – auch hinsichtlich des von der BARMER GEK vorgetragenen Problems ausgesprochen zielführend.

Ein ergänzender Vorschlag hat sich bei einer erneuten Analyse der Abbildung der Herzkrankheiten ergeben: Die DxG384: Hypertensive Enzephalopathie wird im Klassifikationsverfahren nur stationär vergeben. Aus medizinischer Sicht ist diese Ein-

schränkung nicht verständlich, da die genannte Erkrankung, kodiert mit der Diagnose I67.4 auch langfristig ambulant behandelt werden muss. Eine Analyse von Daten der BARMER GEK ergab, dass eine Ausweitung der Aufgreifkriterien auf stationär und M2Q ohne Arzneimittelvalidierung die Anzahl der aufgegriffenen Versicherten in etwa verdoppelt. Die hinzugekommenen Versicherten haben durchschnittliche Ausgaben in vergleichbarer Höhe. Es liegt daher nah, dass es sich auch um klinisch vergleichbare Fälle handelt.

Wir regen an, das Aufgreifkriterium für die DxG384 entsprechend zu öffnen.

2.2.10.) Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (Nr. 17)

Die Änderungen erscheinen sachgerecht.

2.2.11.) Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (Nr. 18)

Die Änderungen erscheinen sachgerecht, die Änderung bei der (bisherigen) HMG 107 „Mukoviszidose“ wird ausdrücklich begrüßt.

Die Aufteilung der HMG 107 „Mukoviszidose“ in zwei Altersgruppen bei gleichzeitiger Einführung einer obligaten Arzneimittelprüfung für die (höherwertige) ältere der beiden Gruppen (HMG 217) erreicht das von der BARMER GEK mit ihrer Anregung verfolgte Ziel in besonders guter Weise. Die Arzneimittelprüfung übernimmt dabei die Funktion einer oberen Altersschwelle, ohne noch eine HMG einführen zu müssen. Diese sparsame Herangehensweise an eine in erster Linie medikamentös behandelte, aber auch mit spezifischen Altersschwerpunkten versehene Krankheit sollte im Auge behalten und zukünftig ggf. auch in anderen Krankheitsbereichen auf Eignung geprüft werden.

2.2.12.) Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (Nr. 19)

Die Änderungen erscheinen sachgerecht.

2.2.13.) Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ (Nr. 20)

Die Änderungen erscheinen sachgerecht. Insbesondere die Auftrennung der neu eingeführten HMG zur Abbildung der Psoriasis / Parapsoriasis in eine mit und eine ohne Dauermedikation erscheint bei einem Blick auf die ausgelösten Zuschläge unmittelbar einleuchtend. Die spezifischen kostenintensiven Therapeutika sind auch ein ausreichend manipulationssicheres Kriterium, um die beiden finanziell sehr unterschiedlich bewerteten Gruppen voneinander abzugrenzen.

2.2.14.) Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (Nr. 21)

Die neugebildete Hierarchie erscheint sachgerecht. Es erscheint darüber hinaus sinnvoll, bei Gelegenheit zu untersuchen, wie „teure“ und „billige“ Fälle der Diagnose H35.1 voneinander getrennt werden können. Ist dies völlig manipulationssicher möglich, könnte noch einmal über die Auftrennung der jetzt vorgesehenen HMG222 in „teure“ Fälle der Diagnose H35.1 einerseits sowie die DxG490, die Diagnose H34.0 und die „billigen“ Fälle der Diagnose H35.1 nachgedacht werden.

2.2.15.) Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ (Nr. 22)

Die neugebildete Hierarchie erscheint grundsätzlich sachgerecht. Dies gilt allerdings aufgrund der Schwere der Erkrankung und ihren häufig lang dauernden Folgewirkungen nicht für die Einschränkung auf maximal einjährige Kinder.

Die Diagnosen der HMG 169 beschreiben Erkrankungen, die in vielen Fällen Folgeoperationen oder Revisionseingriffe erforderlich machen. In anderen Fällen tritt die Erkrankung erst nach dem Wechsel auf feste Nahrung zutage oder die Differentialdiagnostik ist zu aufwändig, als dass im Folgejahr bereits zweimal eine gesicherte Diagnose gestellt werden könnte. In der HMG 170 ist die Beschränkung auf die maximal Einjährigen für die DxG 726 nachvollziehbar, in der DxG 731 finden sich hingegen ebenfalls Versicherte mit langwierigem Behandlungsbedarf. Das Gleiche gilt für die HMG 171.

Tatsächlich findet die vollständige Begrenzung aller HMG der Hierarchie 27 auf Versicherte mit einem Alter bis zu einem Jahr auch keine Unterstützung in den Metadaten des DIMDI. Für keine der betroffenen Diagnosen aller drei HMG ist ein Alter von über einem Jahr ein sogenannter Muss-Fehler, der zum Ausschluss der Diagnose führt. Für fast 40 % gibt es sogar keinerlei Ausschluss von über Einjährigen aus der Kodierung. Für die anderen 60 % handelt es sich bei der Begrenzung auf bis zu Einjährige um sogenannte Kann-Fehler. Diese können in Ausnahmefällen – und um solche handelt es sich bei Kindern, die auch nach mehreren Jahren noch an den Folgen von Geburtsschwierigkeiten leiden zweifelsohne – völlig korrekt sein.

Im Klassifikationsverfahren des deutschen MRSA wird von der grundsätzlichen Richtigkeit der ärztlichen Diagnosestellung ausgegangen und nur Diagnosen, welche unzulässig sind oder Muss-Fehler hinsichtlich Alter und Geschlecht aufweisen, ausgeschlossen. Es erscheint nicht konsequent und auch nicht begründet, diesen Grundsatz bei der Hierarchie 27 aufzugeben.

Eine Prüfung des Sachverhalts auf Basis von Daten der BARMER GEK hat gezeigt, dass eine Erweiterung der Altersgrenze auf Kinder mit einem Alter bis zu 5 Jahren zu relevanten Mehrbesetzungen insbesondere der HMG 169 mit vergleichbaren Fällen führen würde. Zumindest eine solche Erweiterung der Altersgrenze ist aus medizinischen und ökonomischen Gründen sinnvoll. Wir regen daher eine diesbezügliche Änderung an.

2.3.) Zu Punkt IV der Erläuterungen: „Änderungen des Berechnungsverfahrens“

2.3.1.) Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte (Nr. 23)

Der Verzicht auf eine Änderung an dieser Stelle wird von der BARMER GEK ausdrücklich begrüßt. Zur Begründung verweisen wir auf 1.2.1. Das Thema ist aus Sicht der BARMER GEK frühestens dann anzugehen, wenn festgestellt würde, dass das bestehende Morbi-RSA-Verfahren nicht bereits ohne eine Änderung zu einer erheblichen Überkompensation für Krankenkassen mit hoher Morbidität und insbesondere weit überdurchschnittlicher alters- und geschlechtsadjustierter Mortalität führt.

2.3.2.) Angleichungsfaktoren (Nr. 24)

Es erscheint sachgerecht, die Festlegung der Angleichungsfaktoren erst nach Durchführung des ersten Jahresausgleichs zu überprüfen. Bis dahin erscheint jede Entscheidung darüber, ob das festzustellende und aus Sicht der BARMER GEK besorgniserregende Ansteigen der dokumentierten Morbidität auch zu einer Erhöhung des morbiditätsbezogenen Anteils der Zuweisungen oder nur zu einer Verwässerung der Zuschläge führt, voreilig.

Die Entscheidung, neuere Morbiditätsinformationen früher im Verfahren zu berücksichtigen, wird begrüßt.

2.3.3.) Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug (Nr. 25)

Ob eine Leistungsausgabe morbiditätsbezogen ist oder nicht, ist aus Sicht der BARMER GEK empirisch nicht abzuleiten. Die Empirie des Anfalls einer spezifischen Leistungsart ist nämlich davon abhängig, dass die weit überwiegende Mehrzahl der Kassen diese auch versichertenbezogen meldet.

Dies war der Grund für den erheblichen Widerstand der BARMER GEK gegen den Vorschlag des BVA aus den Festlegungen für das Klassifikationsverfahren 2010, alle von der Stichprobe der „Satzart 700“ nicht abgedeckten Ausgaben zu nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben zu erklären.

Dies hätte Manipulationen durch morbiditätsgünstige Krankenkassen „Tür und Tor geöffnet“, indem diese auf die versichertenbezogene Erfassung einzelner Leistungsbereiche schlicht verzichtet und dies mit einer Unfähigkeit zur Meldung begründet hätten. Die schlichte Nicht- oder nur teilweise Durchführung einer versichertenbezogenen Datenerfassung wurde in der Vergangenheit seitens des BVA oder der Prüfdienste nach § 274 SGB V nicht aufgegriffen oder geahndet. Eine solche Form der Manipulation ist insofern wahrscheinlich und naheliegend.

Anderweitig geäußerte Vermutungen zu möglichen Manipulationen im Rahmen des jetzt gültigen Modells erschienen hingegen wenig nachvollziehbar. Dass Krankenkassen mit hoher Morbidität ganz gezielt die Leistungsdaten von Versicherten ohne HMG-Zuordnung unterdrücken, um die Zuschläge für die bestehenden HMG nach oben zu manipulieren, ist abwegig. Eine solche Programmierung der Erstellung der Stichprobenmeldung der Satzart 700 ist durch eine Softwareprüfung einfach aufzudecken und erfüllt im Gegensatz zu behaupteter (Melde-)Unfähigkeit den Tatbestand des vorsätzlichen Betruges.

Ob eine Leistungsausgabe morbiditätsbezogen ist oder nicht, ist aus Sicht der BARMER GEK ausschließlich aus den rechtlichen und technischen Bestimmungsgründen von deren Anfall abzuleiten. Der Morbiditätsbezug der Anschubfinanzierung für die Digitalisierung der Verordnungsblätter ist z.B. empirisch nicht aufdeckbar, da diese Zahlungen nicht versichertenbezogen abgerechnet werden. Wird allerdings berücksichtigt, dass die Zahlungen von der Anzahl der Verordnungen abhängig sind, wird der Morbiditätsbezug unmittelbar einleuchtend.

Die BARMER GEK hat daher das Vorgehen des BVA, das Volumen der nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben an bestimmten Positionen der KJ 1 festzumachen – trotz unterschiedlicher Auffassungen bei einzelnen Positionen – sehr begrüßt.

Aus unserer Sicht zielt der Vorschlag des AOK Bundesverbandes darauf ab zu untersuchen, wie Impfstoffe inzwischen tatsächlich abgerechnet werden und ob die Festlegung aus 2009, die Konten 5186 bis 5188 grundsätzlich den nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zuzuschlagen, noch sachgerecht ist. Dieser Vorschlag erscheint vernünftig, da die Einzelabrechnung von Impfstoffen tatsächlich zunimmt. Die Untersuchung ist aus Sicht der BARMER GEK auch bereits vor Vorliegen der Daten zum Jahresausgleich 2009 möglich, da die versichertenbezogenen Daten gleich welchen Jahres wie ausgeführt aus Sicht der BARMER GEK für die Beantwortung der Frage keine Relevanz besitzen.

2.3.4.) Berücksichtigung des HLB 2 (Nr. 26)

Die Entscheidung des BVA ist sachgerecht. Sollten die zahnärztlichen Leistungsausgaben tatsächlich kaum Bezug zu den festgelegten HMG haben (wonach es zzt. aussieht) wird das entsprechende Finanzvolumen ohnehin nur in die AGG „wandern“. Der hinter diesem Punkt liegende Vorschlag ist für die BARMER GEK daher schon in der Sache unverständlich.

2.3.5.) Ausgaben und Zuweisungen von im Ausland lebenden Versicherten, Hochrisikopool (Nr. 27 und 29)

Die Begrenzung der Gesamtzuweisungen für Versicherte im Ausland auf das tatsächlich in der Jahresrechnung der GKV ausgewiesene Niveau erscheint der BARMER GEK weiterhin sachgerecht. Das Kostenrisiko dieser Versicherten wird von dem durch die Inlandsversicherten dominierten durchschnittlichen Zuweisungsniveau je Altersgruppe völlig überhöht abgebildet, die Zuweisungen für Versicherte im Inland im Gegenzug zwangsläufig zu gering.

Die Ergänzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs durch einen Hochrisikopool erscheint der BARMER GEK aufgrund der im Vorschlagsverfahren aufgeführten Gründe auch weiterhin dringend erforderlich.

Zu den Ausführungen des BVA erlauben wir uns folgenden Hinweis: Die Diskussion der Festlegungen des Klassifikationsverfahrens für das Folgejahr erregt nach unserer Wahrnehmung relativ viel (Fach-)Öffentlichkeit. Es erscheint uns daher notwendig, in diesem Rahmen auch dann auf Fehlentwicklungen (wie bei der Berücksichtigung von im Ausland lebenden Versicherten) bzw. auf Chancen (wie bei der Einführung eines Hochrisikopools) hinzuweisen, wenn sich das entsprechende Verfahrenselement einer Veränderung in den Festlegungen entzieht.

2.3.6.) Registrierung zur Organtransplantation (Nr. 28)

Der Hinweis des BVA ist richtig. Um die Zahlung von Registrierungspauschalen zu Organtransplantationen im MRSA zu benutzen, wäre erst eine Rechtsgrundlage für die Lieferung dieser Information in der RSAV (parallel zur Rechtsgrundlage zur Lieferung des Dialysestatus) zu schaffen. Da ein entsprechendes Tätigwerden des BVA erfolversprechender ist als das einer einzelnen Kasse gehen wir davon aus, dass

das BVA einen entsprechenden Vorschlag in die nächste Novellierung der RSAV einbringt. Dazu würde sich z.B. die zurzeit diskutierte 22. RSAV-Änderungsverordnung anbieten.