

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

AOK Hessen 64520 Groß-Gerau

Bundesversicherungsamt
Herrn Dr. Göppfarth
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Ärztliches Vertragsmanagement

Kölner Straße 8, 65760 Eschborn

Beratungszeiten: Mo. bis Mi. [08:30-16:30 Uhr]
Do. [08:30-18:00 Uhr]
Fr. [08:30-16:30 Uhr]

Ansprechpartner: Christina Hilt
Tel.-Nr.: (06196) 406 595
Fax-Nr.: (06196) 406 482
E-Mail: christina.hilt@he.aok.de
Internet: www.aok.de/hessen
Unser Zeichen: 35678

Datum: 12.01.2011

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich - Anfrage zu Aufgreifkriterien bei stationärer ersetzenden ambulanten Operationen im Rahmen der integrierten Versorgung Neurochirurgie.

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

die AOK Hessen hat im Sinne des SGB V nach §140 a-d einen Vertrag zur integrierten Versorgung (IV) mit dem Landesverband der niedergelassenen Neurochirurgen in Hessen geschlossen. Im Rahmen der IV werden Erkrankungen mit Diagnosen im Hals- und Lendenwirbelbereich operiert. Zielsetzung des Vertrages ist eine strukturierte, qualitativ hochwertige Versorgung unserer Versicherten unter ökonomischen Gesichtspunkten. Dazu wurden die Operationen vom stationären in den ambulanten Sektor überführt. Die teilnehmenden Neurochirurgen leisten die stationärer ersetzenden Operationen in Kooperation mit Krankenhäusern oder in Praxiskliniken. Die AOK Hessen folgt damit dem Versorgungsgrundsatz „ambulant vor stationär“ gemäß SGB V, §§ 39 Abs. 1 und 73 Abs. 4.

Die Diagnosen im IV-Vertrag werden in den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) 39 und 69 im Rahmen des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) berücksichtigt. Laut bestehenden MRSA-Anforderungen werden diese Diagnosen aus einer „regulären“ stationären Versorgung, die aber sehr viel teurer wäre, in der SA 500 gemeldet und HMG Zuschläge begründet. Gleiche Diagnosen, die im Rahmen des IV-Vertrages dokumentiert und in der SA 600 gemeldet werden, lösen dagegen keinen Zuschlag aus, da das erforderliche M2Q-Kriterium nicht erfüllt ist. Da die Operation im ambulanten Bereich erfolgt, kann keine Entlassungsdiagnose - wie in der RSA Bestimmung Anlage 3.4 gefordert - nachgewiesen werden. Somit erhalten wir keinen Ausgleich für die prognostizierten krankheitsbedingten Mehrkosten dieser Versicherten.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Ärztliches Vertragsmanagement

Seite: 2

Da die Kostenersparnis durch den IV-Vertrag die akuten Behandlungskosten betrifft, unterscheiden sich die im MRSA auszugleichenden Folgekosten dieses Krankheitsbildes kaum, wenn man Patienten mit stationärer und IV-ambulanter Behandlung vergleicht. Die Zuordnung eines entsprechenden Morbiditätszuschlags der HMGs 39 bzw. 69 für IV-ambulant behandelte Patienten ist aus MRSA-Systematik daher zielführend. Allerdings kann es auch nicht sinnvoll sein, die Operationen in den stationären Bereich zur Erfüllung des M1Q Aufgreifkriteriums zurückzuführen. Dies wäre erheblich kostenintensiver als innerhalb der IV und würde zu einer ungewollten Steigerung der Leistungsausgaben führen.

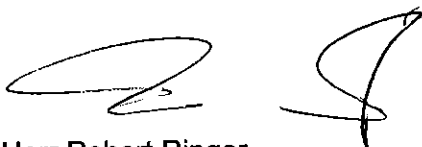
Es besteht somit ein Konflikt zwischen dem Auftrag der Krankenkassen, ambulant ökonomisch vor stationär gemäß der Gesetzeslage zu versorgen und den aktuellen Anforderungen der Aufgreifkriterien im Rahmen des MRSA. Um die Versorgungsneutralität durch den MRSA zu gewährleisten, ist eine Anpassung des Verfahrens dahingehend erforderlich, dass Diagnosen aus IV-Verträgen, die im Rahmen von stationärsersetzenden Leistungen dokumentiert werden, unabhängig vom M2Q-Kriterium einen HMG-Zuschlag auslösen. Dies kann durch eine Anpassung der RSA-Bestimmung nach § 267 SGB V - Meldung der Diagnosen im Rahmen der SA 500 - oder eine Anpassung des MRSA-Klassifikationsmodells erfolgen. Bisher wurden die Diagnosen im Rahmen der SA 600 übermittelt.

Unser Ziel ist es, den Versicherten weiterhin eine qualitativ hochwertige Versorgung im kostengünstigen und für den Patienten weitaus weniger belastenden ambulanten Bereich anzubieten und gleichzeitig die für die Versorgung dieser Patienten anfallenden Folgekosten über GKV-weit einheitliche MRSA-Zuschläge zu refinanzieren.

Deshalb möchten wir Sie bitten, unser Anliegen mit einem Lösungsvorschlag, wie eine Geltendmachung der für diese diagnosebedingten Operationen vorgesehenen MRSA-Zuweisungen im Rahmen des MRSA-Klassifikationsmodells gewährleistet werden kann bzw. mit einem Eintreten für die Übermittlung dieser Diagnosen aus stationärsersetzenden IV-Verträgen im Rahmen der SA 500, zu unterstützen.

Sollten Sie noch Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne für ein Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen von Ihrer
AOK- Die Gesundheitskasse in Hessen



Herr Robert Ringer
Abteilungsleiter Ärztliches Vertrags- und Abrechnungsmanagement