

Vorschläge der BARMER GEK
zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells
nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2012

1. April 2011

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Vor diesem Hintergrund gibt das BVA den Krankenkassen und deren Verbänden die Möglichkeit, frühzeitig Kritikpunkte, Anregungen und Verbesserungsvorschläge zur Gruppierungslogik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) zu äußern. Die BARMER GEK kommt dem hiermit nach.

I Grundsätzliche Vorbemerkung

In den folgenden Abschnitten 1 bis 4 wird auf aus Sicht der BARMER GEK notwendige Weiterentwicklungen auf den verschiedenen Ebenen des Klassifikationsverfahrens hingewiesen. Hierzu gehören in erster Linie neue bzw. überarbeitete Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens bzw. für eine sinnvollere Abgrenzung der für die Klassifikation herangezogenen Daten. Daneben erlauben wir uns in Abschnitt 4 u.a. unsere Vorschläge zur Einführung eines Hochrisikopools und zur Überprüfung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte zu wiederholen und zu begründen.

Uns ist bewusst, dass die beiden letztgenannten Punkte zu ihrer Umsetzung gesetzlicher Änderungen bedürfen. Sie sind jedoch unerlässlich, um den MRSA zielgerichteter auszugestalten.

Ungeachtet dessen möchten wir an dieser Stelle auch auf aktuelle, öffentliche Überlegungen des Bundesversicherungsamtes zur Vereinfachung des MRSA eingehen, die den Verzicht auf die Begrenzung des MRSA auf 80 Krankheiten vorsehen. Es spricht vieles dafür, dass mit einer Aufhebung der sogenannten „80-Krankheitenliste“ das MRSA-Verfahren insgesamt einfacher und unbürokratischer sowie die Transparenz durch Wegfall der ständigen Anpassungen erhöht wird. Für eine weitere positive Begleitung ist es aber notwendig, dass das Bundesversicherungsamt entsprechende Daten zur Verfügung stellt, damit die finanziellen Folgen für alle am Verfahren beteiligten Krankenkassen in belastbarer Art und Weise eingeschätzt und durch eigene Berechnungen reproduziert werden können.

II Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens

1. Änderungen, die die Zuordnung von Diagnosen zu DxGruppen betreffen

1.1. Risikogeburten

Wie bereits in der Stellungnahme zum Festlegungsentwurf 2011 geäußert, halten wir die neugebildete Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“ grundsätzlich für sachgerecht¹. Dies gilt allerdings aufgrund der Schwere der Erkrankung und ihren häufig lang dauernden Folgewirkungen nicht für die Einschränkung auf maximal einjährige Kinder.

Die Krankheitsauswahl sowie das Klassifikationsverfahren gehen bisher von der grundsätzlichen Richtigkeit der ärztlichen Diagnosestellung aus. Daher sind in Anlage 1 zur „Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für den Jahresausgleich 2011“ vom 30.09.2010 genauso wie in allen Vorgängerversionen ICD-spezifische Gültigkeitskriterien nur dort vorgesehen, wo ein Verstoß gegen das jeweilige Gültigkeitskriterium auch in den Metadaten des DIMDI als „Mussfehler“ vorgesehen ist. Die einzige Ausnahme bilden die ICDs zu den drei HMGs der Hierarchie 27. Ca. 40 % der ICD-Codes, die in Anlage 1 für die HMGs 169 bis 171 angegeben und mit einer Gültigkeitsbeschränkung für bis maximal Einjährige versehen sind, haben in den DIMDI-Metadaten überhaupt keine Gültigkeitseinschränkung. Bei allen anderen ist den Metadaten lediglich eine Einschränkung als „Kannfehler“ zu entnehmen. Eine solche Diagnose ist für einen mehr als Einjährigen in der Regel falsch. Ausnahmen von der Regel sind zulässig. Im vorliegenden Fall sind dies Kinder, die auch nach mehreren Jahren noch an den Folgen von Geburtsschäden leiden.

Quantitativ gesehen zeigte eine Prüfung des Sachverhalts auf Basis von Daten der BARMER GEK bereits in 2010, dass eine Erweiterung der Altersgrenze für alle Diagnosen der HMGs 169 bis 171 auf Kinder mit einem Alter bis zu 5 Jahren zu relevanten Mehrbesetzungen (insbesondere der HMG 169) mit Fällen führt, die hinsichtlich der ausgelösten Kosten sehr vergleichbar sind. Für höhere Lebensalter ergibt sich kein ausreichend großes Mengengerüst, um die Analyse weiterzuführen. Bereits in den Erläuterungen zur Festlegung 2011 haben wir daher angeregt, die Altersgrenze zumindest auf 5 Jahre anzuheben oder ganz aufzuheben.

In den Erläuterungen zur Festlegung 2011 ist das BVA dieser Empfehlung nicht gefolgt, da die Einschränkung auf maximal Einjährige bereits in der Krankheitsauswahl erfolgt sei. Des Weiteren wurde eine Überprüfung des Vorschlags bei der nächsten Überarbeitung der Krankheitsliste angekündigt. Eine solche Überarbeitung findet für 2012 nicht statt. Wir halten die Begrenzung der gesamten Hierarchie auf bis Einjährige aufgrund des oben Ausgeführten allerdings für nicht konsistent und den Vor-

¹ Vgl.: Stellungnahme der BARMER GEK zum Festlegungsentwurf des BVA nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011“ vom 26.08.2010, S. 8

schlag der Aufhebung dieser Begrenzung daher für so zwingend, dass wir das BVA bitten, gleichwohl eine Überprüfung unserer Argumente vorzunehmen.

1.2. Transplantationen

Im Rahmen der Festlegungen für das Klassifikationsverfahren 2010 hatte das BVA im Jahr 2009 vorgeschlagen, in der Hierarchie 25 „Transplantationen“ jene ICD-Codes, die auf erfolgte Registrierungen zur Organtransplantation hinweisen können (Z75.2 etc.), im Klassifikationsmodell zu berücksichtigen². Der Vorschlag wurde nicht umgesetzt, da die Diagnosen aus anderen Gründen für das endgültige Klassifikationsverfahren 2010 nicht mehr zur Verfügung standen³.

Die BARMER GEK hatte im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens auf die grobe Unvollständigkeit und Fehlerhaftigkeit der Diagnosen, welche Registrierungen zur Organtransplantation beinhalten, hingewiesen. Ergänzend haben wir vorgeschlagen, für den vom BVA verfolgten Zweck statt auf die Registrierungsdiagnosen auf den bei den Kassen dokumentierten mit dem Registrierungsvorgang verbundenen Zahlungsvorgang abzustellen (ähnlich dem Dialysekennzeichen). Das BVA hatte diesen Vorschlag in der Sache begrüßt. Auf wiederholten Vorschlag unsererseits im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Festlegung des Klassifikationsverfahrens 2011 hat uns das BVA mitgeteilt, dass dem

Vorschlag erst näher getreten werden könnte, wenn die notwendige Rechtsgrundlage für die Übermittlung des Kennzeichens geschaffen sei⁴.

Dieser Hinweis ist richtig. Da eine entsprechende Änderung von § 30 Abs. 1 RSAV bisher ausgeblieben ist und wir auch keinen entsprechenden Änderungsentwurf gesehen haben, bringen wir unsere Forderung nochmals ein.

1.3. Krankenhausdiagnosen

Bedeutung von Krankenhausdiagnosen im RSA

Seit der erstmaligen Festlegung des Klassifikationsverfahrens für den deutschen MRSA werden in diesem stationäre Diagnosen bedeutend hochwertiger berücksichtigt als ambulante Diagnosen. Soweit eine vom MRSA erfasste Diagnose stationär festgestellt wird, führt diese unmittelbar zur Vergabe eines HMG-Zuschlags. Ambulante Diagnosen sind hingegen erheblichen Einschränkungen unterworfen. Je nach Zuschlagsgruppe gilt das M2Q-Kriterium und/oder es muss eine Mindestmenge an Arzneimittelverordnungen nachgewiesen sein.

² Vgl.: „Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt für den Jahresausgleich 2010“, Entwurfsfassung vom 31.07.2009, S. 100 ff

³ Vgl.: Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt für den Jahresausgleich 2010“, Endfassung vom 30.09.2009, S. 129 ff

⁴ Vgl.: Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt für den Jahresausgleich 2011“, Entwurfsfassung vom 30.7.2010, S. 177

Tatsächlich wurde diese „Bevorzugung“ stationärer Diagnosen vom BVA bislang nicht ausführlich begründet. Sie ist vielmehr bereits in der Definition des Begriffes der Krankheitsschwere im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Auswahl von 80 Krankheiten aus dem Dezember 2007 angelegt. Zur Begründung, dass eine Krankheit erst ab einer bestimmten Hospitalisierungsquote als schwerwiegend angesehen werden könnte, wird darauf verwiesen, dass die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung und der Nutzung der besonderen Mittel eines Krankenhauses auch faktisch auf einen hohen Schweregrad der Krankheit hinweist⁵ und auch in der Regel von höheren Folgekosten auszugehen ist⁶. Eine explizite Beschäftigung des BVA mit der besonderen Wertigkeit stationärer Diagnosen erfolgte später bei der Festlegung des Klassifikationsverfahrens für 2010, als festgestellt wurde, dass eine „Abwertung“ aller (!) stationären Nebendiagnosen zu einem bedeutenden Verlust an Erklärungskraft für das Modell führen würde⁷.

Grundsätzlich erscheint es auch nachvollziehbar, an die Validierung stationärer Diagnosen geringere Anforderungen zu stellen als an die ambulanter Diagnosen. Hierfür gibt es nicht nur internationale Vorbilder (so gibt es eine Reihe von Klassifikationsmodellen, in denen ambulante Diagnosen überhaupt keine Berücksichtigung finden, stationäre schon), sondern auch gute Begründungen. Dies gilt insbesondere in einem Krankenversicherungssystem, das seine Krankenhäuser nicht nach Umfang

der Leistungen oder Aufenthaltstagen, sondern nach Diagnosegruppen der behandelten Krankheiten bezahlt. Hier besteht grundsätzlich ein erhebliches Interesse der Krankenversicherung, die Diagnosestellung erheblichen Plausibilitäts- und ggf. auch Einzelfallprüfungen zu unterziehen, um Überforderungen bei der Honorierung zu vermeiden. Die Krankenhäuser haben wiederum zwar ein wesentliches Interesse an einer Überkodierung („upcoding“, „DRG-Crawl“), müssen ihre Diagnosen jedoch auch jederzeit nachprüfbar begründen können.

Tatsächlich hat die BARMER GEK im Rahmen einer Datenanalyse selbst festgestellt, dass es Krankenkassen regelmäßig nicht möglich ist, aus der Hinnahme übertriebener Krankenhausdiagnosen einen Gewinn zu schlagen, da die möglichen Mehreinnahmen aus dem RSA die erhöhten Krankenhausentgelte nicht aufwiegen⁸.

Seither gab es aber den Fall einer Wettbewerberkasse, welche mit Hilfe eines Dienstleisters Krankenhäuser veranlasst hat, (nach eigener Meinung) „vergessene“ Nebendiagnosen zu ergänzen⁹. Es ist auch beobachtbar, dass Anbieter von Software zur Krankenhausabrechnungsprüfung diese zunehmend mit Elementen bestücken, die dem Bearbeiter Auskunft über geschätzte Rückwirkungen der

⁵ Vgl.: Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, S. 30

⁶ Ebenda, S. 31

⁷ Vgl.: Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt für den Jahresausgleich 2010 vom 30.09.2009, S. 9 ff.

⁸ Vgl.: P. Ballesteros.: Wie manipulierbar ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ? in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem: Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010, Heidelberg, S. 13-25

⁹ Vgl.: Schreiben des BVA an die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger vom 07.12.2010

abgerechneten Diagnosen im MRSA – offensichtlich zu „Optimierungs“-Zwecken – geben. Dies erscheint auf Grundlage der o.s. Datenanalyse zunächst nicht rational.

Unsere oben angesprochene Analyse ließ jedoch außer Betracht, dass außer der Hauptdiagnose eines Krankenhausfalles tatsächlich nicht alle Diagnosen Auswirkungen auf die Vergütung haben. Nur die Haupt- und jene Nebendiagnosen, welche tatsächlich oder zumindest potenziell die Höhe des Krankenhausentgelts beeinflussen, sind Ziel der Krankenhausabrechnungsprüfung durch Krankenkassen. Alle anderen werden bei der Krankenhausabrechnungsprüfung nicht berücksichtigt, sind aber gleichwohl im MRSA relevant. Für alle nicht vergütungsrelevanten Diagnosen einer Krankenhausbehandlung ist das Ergebnis der o.s. Analyse daher überhaupt nicht anwendbar.

CCL- Wert von Krankenhausdiagnosen

Im deutschen DRG-System (GDRG) besteht eine einzelne DRG aus vier Stellen, der Beschreibung der Behandlungsursache (MDC: Major diagnostic category) an der ersten Stelle, der durchgeführten Behandlung an der zweiten und dritten Stelle und dem Schweregrad an der vierten Stelle. Jede vierstelligen DRG ist ein Relativgewicht und damit ein Euro-Kostenbetrag zugerechnet. Jede Änderung der DRG an welcher Stelle auch immer führt zu mehr oder weniger Kosten.

Die Hauptdiagnose bestimmt bereits über die erste Stelle (MDC) und ist daher mit vernachlässigbar wenigen Ausnahmefällen abrechnungsrelevant. Sekundäre Hauptdiagnosen und alle Nebendiagnosen aus dem Fallsegment der Entlassmitteilung (bei Verlegungsfällen) bzw. aus dem

Abteilungssegment der Entlassmitteilung (ohne Verlegung) können auf die vierte Stelle des DRG-Codes, den Schweregrad oder sog. PCCL-Wert (Patient clinical complexity level) wirken. Dies gilt aber nicht für alle, sondern nur für jene, denen das Definitionshandbuch des InEK einen individuellen Schweregrad (CCL, complication and comorbidity level) für eine bestimmte DRG zuweist. Diese eindeutige Zuordnung ist den InEK-Handbüchern zu entnehmen, ist aber auch jedem GDRG-Grouper implementiert, welcher vom InEK zertifiziert werden muss¹⁰.

Die CCL-Werte aller Nebendiagnosen, die überhaupt einen positiven CCL-Wert haben, werden dann zum Gesamt-CCL-Wert der DRG, also der oben angesprochenen PCCL verdichtet. Zahlreiche Nebendiagnosen, nämlich jene, die einen CCL-Wert von „0“ für die entsprechende DRG aufweisen, haben keinerlei Chance in der PCCL berücksichtigt zu werden. Diese Diagnosen sind daher unter keinen Umständen vergütungsrelevant und nicht Objekt der Krankenhausabrechnungsprüfung, womit auch das o.s. Argument für die bevorzugte Behandlung von Krankenhausdiagnosen im MRSA für sie nicht gilt. Im Übrigen besitzen Diagnosen bei einer bestimmten DRG dann einen CCL-Wert von „0“,

¹⁰ Auswirkungen auf das dem Krankenhaus zufließende Honorar haben außerdem OPS- Schlüssel, Beatmungsstunden oder ähnliche Angaben zu durchgeführten Prozeduren. Diese wirken hierauf jedoch nicht durch Variation der CCL, sondern völlig unabhängig von den Diagnosen durch Variation der mittleren zwei und in Ausnahmefällen der ersten Stelle des DRG-Codes.

wenn ihr Auftreten i.d.R. nur mit einem vernachlässigbaren zusätzlichen Ressourcenverbrauch im Krankenhaus verbunden ist oder wenn dieser gar nicht messbar ist, da die Kombination aus MDC, durchgeführter Behandlung und konkreter Nebendiagnose zu selten auftritt. Sie können natürlich richtig und auch (irgendwie) behandlungsrelevant sein, so sicher wie bei Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen mit positivem CCL-Wert ist das allerdings nicht.

Das BVA hat in 2009 festgestellt, dass die Erklärungskraft des MRSA durch eine „Abwertung“ aller Krankenhausnebendiagnosen zu ambulanten Diagnosen deutlich abnehme und hieraus auf eine erhebliche Erklärungskraft der Nebendiagnosen geschlossen¹¹. Der direkte Zusammenhang, der schon aufgrund der DRG-Systematik zwischen dem CCL-Wert einer Nebendiagnose und dem Ressourcenverbrauch besteht, gibt berechtigten Grund zu der Vermutung, dass dies tatsächlich nur für die Nebendiagnosen mit positivem CCL-Wert und keineswegs für alle gilt.

Auswirkungen

Bei der BARMER GEK werden für etwa 50 % der Krankenhaufälle fünf oder mehr Diagnosen (einschließlich der Hauptdiagnose) gemeldet. Zieht man davon alle Nebendiagnosen mit einem CCL-Wert von „0“ ab, sind im Durchschnitt nur ca. ein Drittel aller gemeldeten Diagnosen vergütungsrelevant. Bei Fällen, für die weniger als fünf Diagnosen gemeldet werden, ist der Anteil der vergütungsrelevanten Diagnosen an allen gemeldeten Krankenhausdiagnosen naturgemäß höher.

Die Anzahl der gemeldeten Krankenhausdiagnosen ist seit 2007 GKV-weit (ohne Berücksichtigung der BARMER GEK Daten) um ca. 6 % pro Jahr gestiegen, wobei dies fast ausschließlich auf die Meldung einer größeren Anzahl von Nebendiagnosen je Fall zurückzuführen ist. Da der Anteil der CCL-relevanten Diagnosen bei einer steigenden Anzahl von Diagnosen je Fall abnimmt, steigt damit auch die Anzahl der im MRSA gemeldeten nicht vergütungsrelevanten Diagnosen.

Dass dies bereits auf Maßnahmen des Nachkodierens von Diagnosen zurückzuführen ist oder auf den Einsatz spezifischer MRSA-„optimierender“ Abrechnungssoftware ist natürlich nicht beweisbar. Es bedeutet aber, dass einem bereits überwiegenden und wachsenden Teil der Krankenhausdiagnosen kein höherer Vertrauensgrad zukommt als ambulanten Diagnosen. Diese Diagnosen sind manipulativen Maßnahmen zugänglich.

Daher regen wir an, für alle nach GDRG abgerechneten Krankenhaufälle alle Nebendiagnosen mit einem CCL-Wert von „0“ ambulanten Diagnosen gleichzustellen. Sie besitzen nicht notwendigerweise eine erhöhte Vertrauenswürdigkeit oder verminderte Manipulationsanfälligkeit gegenüber ambulanten Diagnosen. Es gibt daher auch keinen Grund, warum sie Zuschläge ohne die bei den ambulanten Diagnosen vorgesehenen Validierungsmaßnahmen auslösen sollten.

¹¹ Vgl.: Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für den Jahresausgleich 2010 vom 30.09.2009, S. 9ff.

Die Feststellung des CCL-Wertes einer Nebendiagnose ist für jede Krankenkasse problemlos und eindeutig möglich, da dies wie ausgeführt vom InEK für jede DRG eindeutig festgelegt und in jeder vom InEK zertifizierten Groupersoftware hinterlegt wird. Da ein Verzicht auf die Prüfung von Krankenhausabrechnungen schon aufgrund von § 12 Abs. 1 SGB V ausscheidet und eine Krankenhausabrechnungsprüfung ohne Nutzung eines vom InEK zertifizierten Groupers nicht möglich ist, sind mit der Unterdrückung der Meldung von Nebendiagnosen ohne CCL-Wert für die Krankenkassen auch keine zusätzlichen Verwaltungsprozesse verbunden. Da der CCL-Wert jeder Nebendiagnose für jede DRG eindeutig geregelt ist, ist auch die Prüfung der korrekten Umsetzung einer solchen Vorgabe im Rahmen von Prüfungen analog § 15a RSAV oder § 273 SGB V möglich. Würde § 30 RSAV um die Meldung der zu einem Krankenhausfall gemeldeten DRG erweitert, könnte diese Prüfung sogar in das Datenbereinigungskonzept des BVA integriert werden.

Wir weisen abschließend darauf hin, dass ein ähnlicher Vorschlag bereits im Anhörungsverfahren für die Festlegung des Klassifikationsmodells 2009 von der KBS vorgebracht wurde¹².

¹² Vgl.: Dokumentation zur Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Entwurf der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV vom 03.07.2008, S. 4

2. Änderungen, die die Zuordnung von ATC zu DxGruppen betreffen

2.1. DxG 821, 822 (Dialyse: Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz)

Bei der HMG130 gibt es die zwei Diagnosegruppen DxG536 und DxG821. Der DxG536 Dialysestatus werden nur ATC zugeordnet, die tatsächlich für die Dialyse benötigt werden bzw. in unmittelbaren Zusammenhang zur Dialyse stehen. Bei der DxG821 werden neben den ATC der DxG536 auch ATC beginnend mit C03 und beginnend mit C09 zur Behandlung von hypertensiven Erkrankungen berücksichtigt. Diese Erkrankungen sind zwar häufig Komorbiditäten einer Niereninsuffizienz, sind aber dennoch nicht geeignet, den Dialysestatus abzubilden. Das Gleiche gilt für die DxG822, welche in die HMG134 führt.

Wir empfehlen, die ATC beginnend mit C03 und C09 aus der ATC-Liste zur Validierung der Diagnosegruppen 821 und 822 zu streichen und somit alle ATC-Listen zur Validierung einer Dialyse zu vereinheitlichen. Aus Daten der BARMER GEK ließ sich nach dieser Änderung eine zielgenauere Abbildung der Dialyse feststellen.

3. Änderungen, die die Zuordnung von DxGruppen zu Morbiditätsgruppen betreffen

3.1. HMG 022 Andere kostenintensive schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen

Die HMG 022 gehört zur Hierarchie 4 der metabolischen Erkrankungen und ist in der Hierarchie zwischen der HMG 021 und HMG 023 eingeordnet. Die HMG 022 setzt sich aus vier Diagnosegruppen (DxG 117, 123, 115 und 828) zusammen. Die Durchschnittskosten der DxGruppen innerhalb der HMG 022 variieren sehr stark.

Die DxGruppen 117 und 123 würden auf Basis ihrer Durchschnittskosten zur HMG 021 passen, die DxGruppen 115 und 828 dagegen zur HMG 023. Wir regen an, die Zuordnung der DxGruppen 117, 123, 115 und 828 zu überarbeiten und eine Aufteilung auf die HMG 021 und HMG 023 zu überdenken.

3.2. HMG 067, 068, 069, 157 und 203 (Erweiterung eines offenen Punktes aus den Anhörungsverfahren für 2010 und 2011)

Die oben genannten HMG beschreiben Lähmungen sowie Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarks. Sie enthalten sowohl progressive Erkrankungen wie ALS, als auch traumatische Läsionen. Außerdem sind vollständige und inkomplette Beeinträchtigungen erfasst. Die HMG 203 umfasst sonstige Frakturen. Die Durchschnittskosten der DxGruppen innerhalb der genannten HMG variieren sehr stark. Wir regen daher an, die Zuordnung der beteiligten DxGruppen zu den HMG zu überarbeiten. Dabei sollte der ausgelöste Behandlungsbedarf im Vordergrund stehen.

Die Durchschnittskosten der beteiligten DxGruppen sind in der folgenden Tabelle als Vielfaches der Durchschnittsausgaben der Versicherten mit DXG 657 ausgedrückt.

HMG	HMG Bezeichnung	DXG	DXG Bezeichnung	Ø LA
67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	299	Motoneuronenerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien	3,7
67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	301	Quadriplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet	3,3
67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	302	Quadriplegie, (C1-C7), vollständig	5,0
67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	303	Supranukleär deafferentierter Zustand (Locked-in-Syndrom)	10,7
67	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	304	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion (C1-C7)	25,3
68	Querschnittslähmung	305	Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie	1,6
68	Querschnittslähmung	306	Paraplegie	2,9
68	Querschnittslähmung	307	Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)	8,1
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	5	(Sub)akute Myelitis	2,5
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	308	Spinozerebellare Erkrankungen, einschließlich Friedreich-Ataxie	1,6
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	309	Syringomyelie, vaskuläre, andere / nicht näher bezeichnete Erkrankung des Rückenmarks	1,6
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	310	Läsionen der Cauda equina	1,9
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	311	Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems	1,5
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	315	Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks	1,9
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	316	Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion	3,0
69	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	317	Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion	5,3
157	Wirbelkörperfrakturen (inkl. pathologische)	641	Pathologische Wirbelkörperfraktur / Wirbelkörperkompressionsfraktur / Trümmerfraktur	1,6
157	Wirbelkörperfrakturen (inkl. pathologische)	642	Wirbelkörperfraktur ohne Schädigung des Rückenmarks	1,8
203	Sonstige pathologische Frakturen	643	Pathologische Hüftfraktur	2,1
203	Sonstige pathologische Frakturen	647	Pathologische Fraktur des Humerus / der Schulter	1,8
203	Sonstige pathologische Frakturen	648	Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula	2,1
203	Sonstige pathologische Frakturen	656	Sonstige, nicht näher bezeichnete pathologische Frakturen	1,3
203	Sonstige pathologische Frakturen	657	Pathologische Frakturen des distalen Radius und der Ulna	1,0

3.3. HMG 70 Muskeldystrophie

Die Ausgaben für Versicherte unter 18 Jahre sind um ca. 50 % höher als die für Versicherte ab 18. Wir empfehlen daher in Wiederholung eines bereits im letzten Jahr unterbreiteten Vorschlags, den Alterssplit der DxGruppen in den HMG fortzuführen.

3.4. Zusammenlegung der HMG 223 und 224

Die Hierarchie 23 besteht aus drei HMG, von denen die oberste sehr schwach besetzt ist und die unterste nicht bewertet werden konnte. Die mittlere HMG 223: Diabetische Retinopathie besteht nur aus der Diagnose H36.0. Diese ICD ist eine sogenannte Stern-Diagnose und darf nur kodiert werden, wenn gleichzeitig die Primärerkrankung Diabetes mit Kreuz kodiert wird. Liegen dem Augenarzt hierfür keine Informationen vor, wird er stattdessen die ICD H35.0 kodieren, die in die nicht bewertete HMG 224 führt und dort der einzige ICD-Schlüssel von quantitativer Relevanz ist. Tatsächlich hat ca. die Hälfte der Versicherten mit HMG 224 auch eine HMG aus der Diabetes-Hierarchie. Da die Besetzung der HMG 224 in etwa doppelt so hoch ist wie die der HMG 223 befinden sich mithin ähnlich viele Menschen mit völlig gleicher medizinischer Situation in zwei verschiedenen Gruppen.

Dadurch, dass der diagnostizierende Augenarzt von der Komorbidität „Diabetes“ nichts weiß oder diese nicht korrekt berücksichtigt, erhält die Krankenkasse insofern keinen Zuschlag und verliert ca. 600 €, da kein anderer Zuschlag (mangels Signifikanz der HMG) ausgelöst wird. Die aktuelle Abbildung löst daher einen erheblichen Anreiz zur Manipulation durch sog. „rightcoding“ aus, d.h. ggü. dem Augenarzt gezielt „beratend“ tätig zu werden und/oder ihn – durchaus auch ohne Zustimmung des Patienten – über die bestehende diabetische Komorbidität zu unterrichten.

Wir schlagen daher vor, die HMG 223 und 224 zu einer zusammen zu fassen. Nach unseren Analysen wäre diese neue HMG sowohl signifikant als auch positiv bewertet. Es würden sich etwas niedrigere Zuschläge für Personen ergeben, die heute die HMG 223 erhalten, dafür eine etwas höhere für Menschen mit HMG 224 bei gleichzeitiger Diabetes. Unter Effizienz- und Gerechtigkeitsgesichtspunkten ist beides etwa gleichwertig. Aus Sicht der BARMER GEK gibt die Vermeidung der zur Zeit bestehenden Manipulationsanreize daher den Ausschlag zugunsten einer Zusammenfassung.

4. Änderungen, die die Aufgreifkriterien betreffen

4.1. Schweregraddifferenzierung von Multipler Sklerose

An Hand der Daten der BARMER GEK ließ sich zeigen, dass eine Ausweitung der arzneimittelbasierten Differenzierung in kostenintensive und weniger kostenintensive Fälle auch für die Multiple Sklerose begründet ist. Eine Identifizierung der Versicherten mit Behandlung durch Medikamente zur Immunmodulation und ihre Zuordnung zu einer eigenen HMG kann mit hoher Wahrscheinlichkeit die Erklärungskraft des Klassifikationssystems verbessern. Zu berücksichtigende Wirkstoffe sind dabei beta-Interferone, Glatirameracetat, Natalizumab und Fingolimod.

Im Fall der Multiplen Sklerose wird mit der Gabe von Medikamenten zur Immunmodulation zu erreichen versucht, dass sich das Fortschreiten der Entzündung im Zentralnervensystem verlangsamt.

Während eines Schubes oder wenn ein definierter Behinderungsgrad erreicht ist, ist das Verordnen dieser Medikamente hingegen auf Grund der Nebenwirkungen und Zulassungsbeschränkungen in der Regel nicht mehr geboten. Daher werden die genannten Medikamente zwar regelmäßig zur Reduzierung der Schwere von akuten Schüben und zur Schubprophylaxe verordnet, aber nicht zwangsläufig durchgehend im Sinne einer Dauermedikation eingenommen. In eigenen Analysen erwies sich eine Abgrenzung der Fälle durch die Forderung nach 183 Tagesdosen als weniger geeignet. Kostenhomogene Gruppen entstanden dagegen durch die Bedingung, dass in mindestens zwei Quartalen eine Verordnung erfolgt sein muss, wie sie z.B. analog zur Abbildung der Hämophilie verwendet wird.

4.2. Angleichung der Sonderregeln bei DxGruppen mit Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel und der Berücksichtigung stationärer Diagnosen

Bei der Definition der Sonderregeln in der Festlegung 2011 erfolgte eine unterschiedliche Berücksichtigung der stationären Diagnosen bei der DxGruppe 225 (Hämophilie mit Dauermedikation) auf der einen Seite und der DxGruppen 813, 814, 826, 827, 836 und 840 auf der anderen Seite.

Bei der DxGruppe 225 führt auch eine stationäre Diagnose zu einem Zuschlag, wenn sie zusätzlich das Arzneimittelkriterium erfüllt. Bei den oben aufgeführten DxG der restlichen Sonderregeln führen die stationären Diagnosen ausdrücklich nicht zu einem Zuschlag, auch wenn die Arzneimittelkriterien erfüllt wären.

Aus Gründen der Vereinfachung (sowohl in der Analyse als auch in der Kommunikation) schlagen wir daher vor, auch bei den DxGruppen 813, 814, 826, 827, 836 und 840 eine Zuordnung über stationäre Diagnosen zuzulassen, wenn zusätzlich die Arzneimittel-Kriterien erfüllt sind.

4.3. Arzneimittelvalidierung bei der Abbildung der Psoriasis

Erscheinungsformen der Psoriasis werden in zwei Hierarchien abgebildet: Erstens in der Hierarchie 7 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) in der HMG 206: Arthritis psoriatica und in der HMG 207: Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie und zweitens in der Hierarchie 22 (Erkrankungen der Haut) in den HMG 219: Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation und HMG 220: Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation. Die unterschiedliche Bewertung von Personen mit und ohne Dauermedikation findet demnach nur in der Hierarchie der Hauterkrankungen statt. Eine Untersuchung der Versicherten der BARMER GEK mit HMG 206 ergab jedoch, dass ca. 40 % der Versicherten der HMG 206 ebenfalls Verordnungen von Arzneimitteln aus der Validierungsliste der DxG 836 gleich HMG 219 erhalten. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben dieser Versicherten sind mehr als doppelt so hoch wie die durchschnittlichen Leistungsausgaben der restlichen Versicherten in der HMG 206. Wir schlagen daher vor, die Trennung in Versicherte mit und ohne Dauermedikation in analoger Form auch in der Hierarchie 7 vorzunehmen.

5. Änderungen des Berechnungsverfahrens

5.1. Berücksichtigung der Kostenerstatter

Die BARMER GEK hält weiterhin eine nach Alter und Geschlecht getrennten Ermittlung und Berücksichtigung des Zuschlages für (u.a.) Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V für dringend erforderlich. Laut § 31 Abs. 5 Satz 2 RSAV wird zwar grundsätzlich nur eine Kostenerstatter-Risikogruppe gebildet. Es besteht jedoch nach § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV für das BVA die Möglichkeit im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband weitere Differenzierungen innerhalb der Kostenerstattergruppe vorzunehmen. Nach der Begründung zur 19. RSAV-ÄndVO (BR-Drs. 86/09, S. 8) ist diese gerechtfertigt, wenn durch die weitere Differenzierung die Zielgenauigkeit (der Zuschlagsermittlung) verbessert wird.

Wie bereits mehrfach unsererseits dargestellt, hängen die Folgejahreskosten von Kostenerstattern mindestens genauso stark von deren Alter und Geschlecht ab, wie dies bei der Gesamtheit aller anderen Versicherten der Fall ist¹³. Hieran hat sich nichts geändert. Es gab daher bereits im Jahr 2009 gute Gründe anzunehmen, dass die Zielgenauigkeit des MRSA durch eine alters- und geschlechtsgetrennte Berücksichtigung der Kostenerstatter verbessert werden könnte.

Wir haben die damals dargestellte Analyse inzwischen durch Regressionen auf dem Datenbestand der BARMER GEK ergänzt. Hierbei wurde ermittelt, ob sich das Bestimmtheitsmaß unserer Leistungsausgaben durch das BVA-Klassifikationsverfahren verbessert, wenn die Kostenerstatter nach Muster der AGG oder AusAGG in insgesamt vierzig alters- und geschlechtsgetrennte Gruppen unterteilt und statt eines einzigen Durchschnittszuschlags (bis zu) vierzig verschiedene Zuschläge ermittelt werden. Obwohl die Anzahl der Kostenerstatter insgesamt nicht sehr groß ist, erhöht sich das R^2 der gesamten Klassifikation (!) um ca. 0,2 Promill. Das BVA schreibt 2010:

„Bei der Beurteilung der empirischen Ergebnisse spielt neben der medizinischen Bewertung und einer Analyse der Schätzer als Kriterium für die Zielgenauigkeit – wie in den Vorjahren – das statistische Bestimmtheitsmaß (R^2) eine zentrale Rolle. Bei einer Beurteilung von Einzeländerungen in Hierarchien, bei denen oft nur wenige tausend oder gar hundert Versicherte aus einer Stichprobe von 4,5 Millionen Versicherten betroffen sind, zeigen sich die Änderungen naturgemäß oft nur in der dritten oder vierten Stelle hinter dem Komma. Dieses Vorgehen ist auch international üblich.“¹⁴

Nach diesem vom BVA selbst aufgestellten Beurteilungskriterium ist von einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des MRSA durch eine alters- und geschlechtsgetrennte Berücksichtigung der Kostenerstatter mit Sicherheit auszugehen.

¹³ Vgl.: Stellungnahme der BARMER zum Festlegungsentwurf des BVA nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010 vom 28.08.2009, S.3

¹⁴ Vgl.: Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt für den Jahresausgleich 2011“, Entwurffassung vom 30.07.2010, S. 100

Der Verzicht auf diese getrennte Ermittlung im Jahresausgleich 2009 und im bisherigen Vollzug des Ausgleichsjahres 2010 ist für uns daher in steigendem Maße unerklärlich und steht in erheblichem Kontrast zur Form der Umsetzung anderer Elemente des MRSA, z.B. zur nach Alter und Geschlecht getrennten Berücksichtigung von Versicherten im Ausland (s.u. 5.3).

Da eine Begründung für die Nichtberücksichtigung unseres Vorschlags bisher fehlt, haben wir versucht festzustellen, ob diese ggf. in der relativ geringen Besetzung der Gruppe der Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V liegt, die dazu führt, dass alters- und geschlechtsgetrennte Zuschläge für Kostenerstatter nicht statistisch signifikant feststellbar sind. Dies vermögen wir nach ergänzenden Analysen aber auszuschließen:

Die BARMER GEK versichert natürlich mehr Kostenerstatter nach § 13 Abs. 2 SGB V als die GKV-Stichprobe enthält (ca. 5.300 Versicherte). Wir haben daher unsere Analyse auch auf Basis einer 20%-Zufallsstichprobe durchgeführt, was zu einer mit der GKV-Anzahl vergleichbaren (etwas geringeren) Menge führt. Hierbei werden tatsächlich einige nach Muster der AGG oder AUSAGG gebildete alters- und geschlechtsgetrennte Zuschläge für Kostenerstatter (im folgenden „KEAGG“) insignifikant.

Es entspricht in diesem Fall statistisch-methodisch völlig zulässigem Vorgehen, die KEAGG solange zusammenzufassen, bis sich signifikante Zuschläge ergeben. Tatsächlich bleiben nach dieser Prozedur mehr als die Hälfte der KEAGG in ihrer Ursprungsstruktur erhalten, nur die KEAGG für jüngere Versicherte müssen – weiterhin allerdings nach Geschlecht getrennt – in größere Altersgruppen zusammengefasst werden.

Besonders positiv ist dabei zu erwähnen, dass die sich gegenüber dem Status quo ergebende Verbesserung des Bestimmtheitsmaßes R^2 um ca. 0,2 Promill dabei vollständig erhalten bleibt. Damit bleibt es bei einer erheblichen Verbesserung der Zielgenauigkeit des MRSA durch eine alters- und geschlechtsgetrennte Berücksichtigung der Kostenerstatter selbst unter Berücksichtigung aller denkbaren Beschränkungen, die von der geringen Größe der GKV-Stichprobe ausgehen.

Wir bitten daher an dieser Stelle das BVA nochmals dringend darum, in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband, der unsere Position in der Sache unseres Wissens teilt, eine alters- und geschlechtsdifferenzierte Berücksichtigung der Kostenerstatter vorzusehen. Da wir keinerlei Hinderungsgründe sehen, sollte diese differenzierte Berücksichtigung bereits im Jahresausgleich 2010 beginnen.

5.2. Ausgabenbezogener Spitzenausgleich als Ergänzung

Trotz der hohen Zielgenauigkeit des MRSA stehen den Kosten insbesondere für sehr teure Versicherte keine vergleichbaren Zuweisungen gegenüber. In Simulationen auf Daten der BARMER GEK sind z.B. die Kosten der 100 teuersten Versicherten auch durch das Klassifikationsverfahren 2011 nur zu

ca. 9 % gedeckt, die der 1000 Teuersten zu ca. 16 %. Andere Kassen berichten von vergleichbaren Werten.

Die Ursache hierfür liegt nicht in einer mangelhaften Ausgestaltung des MRSA, sondern ist im mathematischen Ansatz selbst begründet. Ein Regressionsverfahren ist nur dann dazu geeignet, extrem teure Fälle gut abzubilden, wenn die Gruppe sehr gut abgrenzbar ist und die (stark erhöhte) Leistungsanspruchnahme in dieser Gruppe ausreichend homogen verteilt ist. Dies gilt in zumindest ausreichendem Maße z.B. für die im Klassifikationsverfahren 2011 der neuen HMG 202 („Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT / SRT“) zugeordneten Versicherten. Die Betroffenen werden mit sehr teuren Arzneimitteln, im Jahresdurchschnitt aber sehr ähnlichen Mengen, behandelt. Die Standardabweichung der Ausgaben liegt „nur“ bei ca. drei Vierteln des Mittelwertes.

Schon bei der seit 2010 existierenden HMG 35 („Hämophilie mit Dauermedikation“) beträgt die Standardabweichung hingegen etwa das Eineinhalbfache des Mittelwertes. Das Risiko extremer Ausgabenunterdeckungen für die Krankenkasse ist hier sehr hoch, obwohl dasselbe Verfahren zur Fallauswahl zur Anwendung kommt wie bei der HMG 202 (Nachweis der Verordnung spezifischer Arzneimittel in mindestens zwei Quartalen, eines davon bei gleichzeitiger Diagnose der Erkrankung). Dies liegt in der Natur der Krankheit begründet. Eine Hämophilie mit Dauermedikation beinhaltet keine ähnlichen Mengen an Arzneimitteln. Vielmehr können sich extreme Schwankungen zwischen den Fällen und zwischen den Betrachtungsjahren in der Menge der Arzneimittel durch eine spezifische Komplikation (Entwicklung sog. „Hemmkörper“) ergeben. Eine weitere Aufteilung der HMG zur Berücksichtigung dieses Phänomens scheitert an statistischen Grenzen¹⁵.

Für diese Sachverhalte ist dem Klassifikationsverfahren ein Verfahren ergänzend zur Seite zu stellen, das den Deckungsgrad der Ausgaben für Extremfälle verbessert. Ein geeignetes Verfahren ist die Bildung eines Hochrisikopools. Mehrfach haben wir bereits darauf hingewiesen, dass Simulationen der BARMER GEK gezeigt haben, dass sich das R^2 durch die Einführung eines Hochrisikopools sehr stark auf etwas über 30 % verbessert. Hiermit würde durch eine einfache Ergänzung des MRSA mehr an Verbesserung des Abbildungsergebnisses erreicht, als durch die Gesamtheit aller Anpassungen der Klassifikationsverfahren bisher realisiert wurde. Durch die Verminderung des Drucks, sehr teure, aber seltene Krankheiten optimal auszugleichen, würde auch der Druck sinken, die Komplexität des Klassifikationsverfahrens stetig zu erhöhen und das auch vom BVA verfolgte Ziel der Vereinfachung und Bürokratieverminderung gefördert. Darüber hinaus ist ein ergänzender Spitzenausgleich internationaler Standard und wird beispielsweise auch in den Niederlanden praktiziert.

¹⁵ Eine ausführliche Abhandlung diese Themas ist P. Ballesteros „Die Hämophilie im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ in Hämostasieologie 2010; 30 (Suppl. 1): S65–S69 zu entnehmen

5.3. Ausgaben und Zuweisungen von im Ausland lebenden Versicherten

Im Jahresausgleich 2009 hat die BARMER GEK für ihre dauerhaft im Ausland lebenden Versicherten über die Grundpauschale und die sog. „AUSAGG“ (Zuschläge für Auslandsversicherte) Zuweisungen i.H.v. ca. 34 Mio. € erhalten.

Nach der Abgrenzung der Versichertentage im Ausland, welche vom GKV-Spitzenverband in seiner Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vorgenommen wurde, handelt es sich bei dauerhaft im Ausland lebenden Versicherten im Sinne des RSA um sog. „Wohnortfälle“ nach zwischenstaatlichem Recht, d.h. die Versicherung wird vom ausländischen Träger nach Maßgabe des dortigen Rechts durchgeführt. Die Ausgaben werden dem ausländischen Träger durch die deutsche Krankenkasse pauschal oder nach tatsächlichem Aufwand erstattet.

Die Ausgaben der BARMER GEK auf der Kontenart 480 erscheinen mit ca. 37 Mio. € zwar zunächst vergleichbar. Da es sich hier aber größtenteils nicht um Zahlungen an ausländische Krankenversicherungsträger für Wohnortfälle, sondern um Leistungsaushilfe für deutsche Urlauber handelt, wird offenbar, dass die Zuweisungen die tatsächlichen Ausgaben bei weitem überdecken. Dies gilt auch dann, wenn man die Ausgaben für Inlands-Sachleistungen addiert, die für die Betroffenen anfallen. Von einer solchen systematischen Überdeckung ist auch GKV-weit auszugehen.

Neben diese Feststellung – auf die die BARMER GEK schon mehrfach hingewiesen hat – treten seit der erstmaligen Meldung der Versichertentage im Ausland nach der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes ernsthafte Zweifel daran, dass die betreffenden Daten GKV-weit von allen Kassen korrekt ermittelt werden. Nach allen Gesetzen der Logik kann die Gruppe der Versicherten mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland nur eine Teilmenge der Versicherten mit dauerhaftem oder vorübergehendem Wohnsitz im Ausland sein. Die Gesamtanzahl aller Versicherten mit dauerhaftem oder vorübergehendem Wohnsitz im Ausland ist nach der bekannten und bewährten Statistik KM6 einmal jährlich zum Stichtag 01. Juli zu melden. Die Zahl der als mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland für den MRSA gemeldeten Versichertenjahre sollte daher keinesfalls die in der KM6 gemeldete Anzahl überschreiten dürfen. Dies tut sie jedoch in verschiedenen Kassenarten zum Teil in ganz erheblichem Umfang.

In der Sache ist z.B. bei in Deutschland Erwerbstätigen mit ausländischem, aber grenznahem Wohnort (Grenzgänger) oder bei Angehörigen der KVdR, die sich ausreichend häufig in Deutschland befinden, um hier ihre Sachleistungen in Anspruch zu nehmen, ein dauerhafter ausländischer Wohnsitz ohne Anmeldung beim ausländischen Träger möglich. Eine plausible Arbeits- und Familiensituation, welche das Gegenteil erklärt, nämlich Versicherung und Wohnsitz in Deutschland, aber eine Anmeldung zur dauerhaften Versorgung beim ausländischen Träger, gibt es nicht. Auch aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen würde es für eine Krankenkasse wenig Sinn ergeben, ggf. durchaus erhebliche Pauschalzahlungen an einen ausländischen Krankenversicherungsträger zu leisten, wenn diesen

aufgrund des deutschen Wohnsitzes nur ein geringes Versicherungsrisiko trifft. Dieses bliebe vielmehr in erster Linie bei der deutschen Krankenkasse, denn spätestens seit den Urteilen des BSG vom 05.07.2005 (B1 KR 4/04 R bzw. B1 KR 2/04 R) ist es unzulässig, bei einem ausländischen Träger angemeldeten deutschen Versicherten eine Krankenversicherungskarte vorzuenthalten oder ihnen in anderer Weise den Zugang zu Sachleistungen im deutschen Inland zu erschweren.

Die oben dargestellten Zweifel an der GKV-weiten Datenlage bei der Meldung der Versicherten mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland für den RSA haben wir mehrfach an den VdEK herangetragen, welcher diese auch gegenüber dem GKV-Spitzenverband und dem BVA artikuliert hat. Dies hat bisher leider nicht zu plausiblen Erklärungen geführt. Deshalb hat sich die systematische Kritik der BARMER GEK an der Zuweisung durchschnittlicher Ausgaben an Versicherte mit dauerhaftem Wohnort im Ausland um erhebliche Zweifel an der Qualität der für diesen Ausgleich herangezogenen Daten erweitert. Uns ist bewusst, dass die Vorschrift des § 31 Abs. 5 RSAV ganz gleichgültig woher die Kritik an ihr rührt, einer Veränderung im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht zugänglich ist. Die BARMER GEK regt allerdings an, dieses Element des MRSA dringend auf sein Funktionieren zu überprüfen. Zur Überprüfung der Richtigkeit der Daten wäre z.B. ein Abgleich der im MRSA als dauerhaft im Ausland gemeldeten Versicherten mit Schätzungen der Verbindungsstelle KV Ausland (DVKA) über die Gesamtzahl der bei ausländischen Trägern angemeldeten Versicherten hilfreich. Dass solche Schätzungen grundsätzlich möglich und auch außerordentlich nützlich sind, hat die DVKA in der Diskussion zur öffentlichen Petition beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages Nr. 14686 vom 08.01.2011 bewiesen.

Weiterhin haben wir festgestellt, dass das BVA – völlig zu Recht – seine Beurteilung z.B. von möglichen Veränderungsoptionen des MRSA u.a. daran orientiert, ob sich dadurch die Abdeckung der Ausgaben durch die Zuweisungen im Vergleich von Kassen und Kassenarten ausgeglichener gestaltet oder sich Über- und Unterdeckungen verschärfen. Dieses Beurteilungskriterium kann aus Sicht der BARMER GEK auch sehr sinnvoll zur Überprüfung der Berücksichtigung von Versicherten im Ausland eingesetzt werden. Wir regen daher dringend eine Analyse des kassen- und kassenartenspezifischen Deckungsgrades zwischen Ausgaben und Zuweisungen für Versicherte im Ausland an.