

Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2014	
Vorschläge eingebracht durch Institution: AOK-Bundesverband Ansprechpartner: Juljana Andree, Dr. Gerhard Schillinger, Timm Paulus	
Ausfüllanleitung: Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.	
1 Allgemeines Aufgreifkriterien	
Vorschlag	Begründung / Problembeschreibung
1.1	
1.2	
1.3	
1.4	
2 Berechnungsverfahren	
Vorschlag	Begründung / Problembeschreibung

2.1	Abschaffung der Sonderregelung zur Ermittlung der für Verstorbener im Regressionsverfahren berücksichtigen Leistungsausgaben (Berechnungsfehler)	Mit dem Entwurf zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 hat das BVA im Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Beirat festgestellt, dass die Behebung des Berechnungsfehlers „angesichts der sich verdichtenden Faktenlage sachlich und rechtlich geboten“ ist und einen konkreten Vorschlag zur Ausgestaltung unterbreitet, so dass die Sonderregelung bez. der Leistungsausgaben von Verstorbenen entfällt (vgl. Entwurf zur Festlegung vom 27.07.2012). Dennoch wurde in der Festlegung die Behebung des Berechnungsfehlers nicht umgesetzt (vgl. Festlegung vom 28.09.2012). Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat haben wiederholt empirisch dargelegt, dass ein Fehler im Berechnungsverfahren existiert, der zu Risikoselektionsanreizen führt. Es kann nicht nachvollzogen werden, warum trotz eindeutiger Fakten und den erheblichen rechtlichen Problemen der Unterlassung einer Korrektur, eine Änderung des Berechnungsverfahrens nicht erfolgt. Wir fordern daher erneut das BVA auf, den Berechnungsfehler für das Klassifikationsmodell zu beseitigen und die Leistungsausgaben Verstorbener im Rahmen des Regressionsverfahrens ebenfalls zu annualisieren oder die Berechnung wie vorgeschlagen auf Pro-Tag-Werte umzustellen, wobei auf eine Annualisierung gänzlich verzichtet werden kann. Die Nicht-Behebung des Berechnungsfehlers birgt erhebliche Unsicherheiten in Bezug auf den Bestand der in der Festlegung getroffenen Verfahrensregeln. Wir möchten hierzu auf unsere umfänglichen Stellungnahmen verweisen (vgl. Stellungnahmen vom 06.04.2009, 12.04.2010, 27.08.2010, 31.03.2011, 02.09.2011 05.04.2012 sowie 27.08.2012).
2.2		
2.3		
2.4		
3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien MG DXG Vorschlag		Begründung / Problembeschreibung

3.1	neu	neu	Zuordnung der neuen ICD-Kodes Q65,-, S73,-	Es wird vorgeschlagen, die Diagnosen der Hüftluxation zwei HMGs zuzuordnen, die nach Q- bzw. S-ICD-Kode unterschieden werden. Beide HMGs werden als eigenständiger Hierarchiestrang in der Hierarchie 23 geführt. Eine altersbezogene Differenzierung wird abgelehnt, da es kein trennscharfes Alter gibt, ab dem nur noch traumatische Hüftluxationen auftreten und unterhalb dessen nur angeborene Hüftluxationen vorkommen. Alternativ können die ICD-Kodes der Hüftluxation auch in einer gemeinsamen HMG im Klassifikationsmodell abgebildet werden. In beiden Fällen halten wir es nicht für erforderlich, das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ festzulegen.
3.2	290	922, 924	Arzneimittelschweregraddifferenzierung der HMG 290	Die mit dem Klassifikationsmodell 2013 angeführt HMG290 soll weiter differenziert werden, wobei die neue HMG290a die HMG 290 in der Hierarchiebeziehung dominiert: Folgende Arzneimittel (Aufgreifkriterien: klinisch relevant, DDD 183) sollen für diese Schweregraddifferenzierung herangezogen werden: - HMG290: M2Q-Prüfung und Arzneimittelbestätigung über ATC-Kodes A07E und H02 - HMG290a: M2Q-Prüfung und Arzneimittelbestätigung über ATC-Kodes L04AB, L01BB und L04A
3.3	057	256	Arzneimittelbasierte Schweregraddifferenzierung der HMG 57 hinsichtlich Durchführung von Diamorphen-/Substitutionstherapie	Einführung einer Arzneimittelschweregraddifferenzierung im Sinne der Abgrenzung einer zusätzlichen HMG anhand der dokumentierten Diamorphintherapie (N02AA09 sowie Sonderkennzeichen-PZN 2567656) oder der kodierten Substitutionsbehandlung (ICD-10 Z51.83), die die bestehende HMG 51 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ dominiert.

3.4	217	449	Schweregraddifferenzierung über zusätzliche, nicht hierarchisierte HMG mit Arzneimittelvalidierung über Tobramycin, Colistin und Dornase alpha	Eine Schweregraddifferenzierung der HMG217 (> 11 Jahre) über die Arzneimittel Tobramycin, Colistin und Dornase alpha im Sinne einer zusätzlichen, nicht hierarchisierten HMG wird empfohlen. Die Hinweise des BVA im Rahmen seiner Erläuterungen vom 5.8.2011 sollen für die Anpassung berücksichtigt werden und die Arzneimittelvalidierung über 183 DDD, klinisch relevant, erfolgen. Das Problem des bestehenden Alterssplits kann dadurch aufgelöst werden, dass die neue HMG additiv zu den altersdifferenzierten HMGs vergeben wird. Die vom BVA vermuteten Anreizwirkungen sollen für ein konkret ausgestaltetes Modell untersucht werden. Nach Analysen des AOK-BV stehen die medikamentösen Therapiekosten nicht in einem Missverhältnis zum erwarteten, zusätzlich ausgelösten Arzneimittelzuschlag (vgl. hierzu die BVA-Erläuterungen vom 5.8.2011 sowie unser Schreiben vom 1.4.2011). Daher soll dieser Vorschlag unter Berücksichtigung der aktuell verfügbaren Daten auch für das 2013 angepasste Klassifikationsmodell erneut untersucht werden.
------------	------------	------------	--	--

3.5	56, 58	843	Verschiebung der DXG843 von HMG056 in HMG058	Die Differenzierung der der HMG056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ und HMG058 „Depression“ ist grundsätzlich sachgerecht. Allerdings möchten wir anregen, die diagnostische Zusammensetzung anzupassen. Neben Depressionen können wahnhafte Störungen auftreten, die einen gleichzeitig erfolgenden Zuschlag der DxG265 (Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn) und DxG267 (Reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung) rechtfertigen, da die Depression durch die wahnhaften Psychosen relevant verschlimmert wird. Ein gleichzeitiger Zuschlag für sonstige bipolare Störungen und Depression ist hingegen nicht sachgerecht. Eine Verschiebung der sonstigen bipolaren Störungen (F31.8 „Sonstige bipolare affektive Störungen“ und F31.9 „Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet“) in die HMG058 ist sachgerecht, erfordert jedoch die gleichzeitige Verschiebung der manischen Episoden (F30.8 „Sonstige manische Episoden“ und F30.9 „Manische Episode, nicht näher bezeichnet“), da diese nicht zu einem parallelen Zuschlag mit den bipolaren Störungen führen dürfen. Es wird daher vorgeschlagen, die DxG843 (Sonstige manische und bipolare affektive Störungen) in die HMG058 zu verschieben und diese in „Depression und nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ umzubenennen.
3.5				
3.6				
4 Sonstiges Vorschlag				
Begründung / Problembeschreibung				

<p>4.1 Abschaffung der sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben und Wiederzuordnung dieser Leistungsausgaben zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Aufhebung der Pro-Kopf-Zuweisungen für die sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben.</p>	<p>Eine Differenzierung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben muss ab dem Klassifikationsmodell 2014 unterbleiben. Die gesonderte Berücksichtigung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ist mit den Vorgaben des SGB V sowie der RSAV nicht vereinbar. Eine Differenzierung der Leistungsausgaben in solche mit und ohne Morbiditätsbezug ergibt sich aus den gesetzlichen Vorgaben nicht. Auch ist in § 31 Abs. 4 RSAV keine Möglichkeit eröffnet, dass das BVA eine solche Trennung festlegen kann. Unabhängigkeit von einer empirischen Überprüfung sind die bislang als sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben bezeichneten Leistungsausgaben wie alle anderen Leistungsausgaben auch gem. den Vorgaben des Morbi-RSA für die Berechnung der Zuweisungen zu berücksichtigen. Es existiert keine gesetzliche oder untergesetzliche Regelung, wonach die sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben als "Pro-Kopf-Zuweisungen" zugewiesen werden sollen, wie dies seit 2010 geschieht. Hätte der Verordnungsgeber diese Absicht gehabt, hätte er die Zuweisungen für diese Leistungsausgaben analog den Zuweisungen für Pandemie oder ebenso gesondert wie Zuweisungen für DMP-Programmkosten geregelt.</p> <p>Soweit eine empirische Analyse hierzu durchgeführt werden soll, sind die gleichen Kriterien zu berücksichtigen, die Bereits für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2012 untersucht wurden. Wir verweisen für die Überprüfung auf unsere vorgetragenen Vorschläge (vgl. unsere Schreiben vom zuletzt 02.09.2011 und 27.08.2012). Wir möchten aber betonen, dass auch die Berücksichtigung dieser Vorschläge im Widerspruch zu den Vorgaben des § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV stehen, die eine Unterscheidung in morbiditätsbezogene und sog. nicht morbiditätsbezogene Ausgaben nicht vorsehen (vgl. unsere Stellungnahme vom 27.08.2012). Insofern kann eine ggf. aufwendige empirische Untersuchung auch kein</p>
---	--

4.2	Beibehaltung des Verfahrens zur Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld	<p>Die rechtlichen Vorgaben enthalten eine eindeutige Regelung zur Krankengeldzuweisungssystematik. Eine Deckelung der Krankengeldzuweisungen bzw. die Einbeziehung einer Grundlohnkomponente, analog der Vorschlags aus dem BKK-BV lehnen wir ab (vgl. unserer Stellungnahme vom 27.08.2012), da eine solche Ausgestaltung den Anreiz zum Krankengeldfallmanagement unterbindet und keinen Bezug zur Erkrankung des Versicherten herstellt. Der Wissenschaftliche Beirat kommt nach seinen umfangreichen Analysen zu dem Ergebnis, dass das bestehende Verfahren für die Bemessung der Krankengeldzuweisungen weitergeführt werden kann, da bessere Verfahren nicht bekannt sind (vgl. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich). Der AOK-Bundesverband unterstützt diese Position, da einseitige Anpassungen – wie z.B. eine Ausgestaltung über die Grundlohnkomponente ohne Berücksichtigung der Morbidität oder die Deckelung der Zuweisungen – Anreize zur Risikoselektion setzt.</p>
4.3	Änderung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben, so dass 80% der Verwaltungsausgaben über Morbidität zugewiesen werden.	<p>§ 37 RSAV legt den Verteilungsschlüssel für die Verwaltungsausgaben zuweisungen fest. Auf Grundlage der Ergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 führt eine Ausweitung des Schlüssels hinsichtlich einer höheren Morbiditätsgewichtung zu einem zielgenaueren Verfahren. In Anlehnung an die Ergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats schlagen wir eine Ausweitung des Schlüssels über die Morbidität des Versicherten von 80% statt bisher 50% vor. Eine Reduktion der Morbiditätsgewichtung, analog des Vorschlags des BKK-BV ist nicht sachgerecht (vgl. unsere Stellungnahme vom 27.08.2012).</p>

4.4 Beibehaltung der bestehenden Risikogruppen für Kostenerstattungsversicherte nach §§ 13 und 53 SGB V	<p>§ 31 Abs. 5 RSAV sieht vor, dass bei Kostenerstattungsversichertengruppen (KEG), die Risikogruppen nach § 29 Nr. 1 RSAV durch genau eine Risikogruppe ersetzt werden. Im Versichertenklassifikationsmodell werden bereits zwei KEG-Gruppen unterschieden, wobei diese anhand der in § 30 RSAV genannten formalen Differenzierung in KEG nach § 13 SGB V und solche nach § 53 SGB V erfolgt. In der Vergangenheit wurde seitens des BVA und Wissenschaftlichen Beirats untersucht, ob bei KEG eine weitere Altersdifferenzierung sinnvoll ist und angekündigt, die Betrachtungen hierzu unter Bedingungen der Vollerhebung der Leistungsausgaben der Versicherten zu aktualisieren. Einer Altersdifferenzierung bei KEG wird unsererseits abgelehnt. Auch wenn eine empirische Untersuchung auf Grundlage der Vollerhebung belastbare Auswertungsergebnisse erwarten lässt, ist eine Altersdifferenzierung der KEG durch die Vorgaben der RSAV nicht gedeckt. Eine Altersdifferenzierung ist hier nicht vorgesehen. Soweit für KEG im Alter höhere Kosten anfallen, werden diese bereits durch die AGG-Zuschläge berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund von altersbezogenen Grundzuschlägen (AGG + Grundpauschale) sowie altersbezogenen KEG-Zuschlägen der Einfluss des Alters für die Zuweisungen falsch abgebildet wird. Deckungsgradbezogene Analysen können hier keine Anhaltspunkte liefern, da die Höhe der Ausgaben für KEG nicht bekannt ist: Weder stehen Ausgaben für KEG nach KJ1 als Referenzwerte zur Verfügung, noch kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungsausgaben dieser Versicherten entsprechend ihrer tatsächlichen Höhe in den Datenmeldungen der SA700 enthalten sind. Die Bildung zusätzlicher gesonderter Altersdifferenzierungen bei KEG wird daher aus rechtlichen und inhaltlichen Überlegungen abgelehnt.</p>
--	--