



Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt • Friedrich-Ebert-Allee 38 • 53113 Bonn

An alle bundesmittelbaren Krankenkassen

nachrichtlich

Spitzenverbände der Krankenkassen
Aufsichtsbehörden der Länder

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1551

FAX +49 (0) 228 619 - 1866

E-MAIL Dirk.Gottschalk@BVA.de

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Herr Gottschalk

DATUM 19. Mai 2005

AZ II 3 - 5184.3 - 1892/2004

(bei Antwort bitte angeben)

Durchschrift

Anforderungen an den Nachweis von Einsparungen nach § 65a Abs. 4 SGB V durch das Bundesversicherungsamt

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach § 65a SGB V können Krankenkassen einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorsehen. Für Kassen, die nach ihrer Satzung einen Bonusanspruch entsprechend § 65a Abs. 1 und 2 SGB V gewähren, verlangt Abs. 4 Satz 1, dass die Aufwendungen für Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Nach § 65a Abs. 4 S. 2 SGB V haben die Krankenkassen regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Sofern nach § 65a Abs. 4 S. 3 SGB V keine Einsparungen erzielt werden, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden.

Bereits bei der Genehmigung entsprechender Satzungsbestimmungen hatten wir Ihnen aufgegeben, die mit der Bonusgewährung entstehenden Aufwendungen umfassend zu dokumentieren und die Evaluationsprogramme vorzulegen.

Nachdem entsprechende Konzepte auf Verbands- bzw. Kassenebene erarbeitet, vorgelegt und teilweise mit dem Bundesversicherungsamt erörtert worden sind, geben wir Ihnen folgende Hinweise zu den Nachweisen nach § 65a Abs. 4 SGB V.

„Einsparungen“ und „Effizienzsteigerungen“ beschreiben beide den Kosten-Nutzen-Effekt (=Wirtschaftlichkeit). Einsparungen werden erzielt, wenn der gleiche Nutzen mit geringeren

831
670

Kosten gewonnen wird, Effizienzsteigerungen, wenn mit gleichen Kosten ein höherer Nutzen erzielt wird.

Bei der Evaluation der Bonusleistungen nach § 65a Abs. 1 SGB V sind folgende Mindestanforderungen zu berücksichtigen:

Um den Anforderungen des Gesetzgebers an die Nachweispflicht gemäß § 65a Abs. 4 SGB V gerecht zu werden, ist hinsichtlich des Evaluationskonzeptes eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie erforderlich. Hierbei muss es sich um eine Voll- und nicht nur um eine Stichprobenerhebung handeln.

Des Weiteren ist ein Kontrollgruppenverfahren (Matching-Verfahren) anzuwenden, wobei möglichst mehrere Kontrollgruppen wegen des Ausgleichs von Abgängen gebildet werden sollten. Die Kontrollgruppe(n) müssen ausreichend groß sein, sollen hinsichtlich ihrer wesentlichen soziodemographischen Merkmale der Teilnehmer der Interventionsgruppe möglichst weitgehend entsprechen, um Störgrößen auszuschalten und einen etwaig vorhandenen allgemeinen Kostentrend feststellen zu können.

Es hat sodann ein Vorher-/Nachhervergleich (Prä-Post-Vergleich) zur statistischen Auswertung der Kosteneffekte zu erfolgen. Die Evaluation hat hierbei kassenspezifisch zu erfolgen, nicht bezogen auf Einsparungen für das Gesamtsystem, da die Krankenkassen nach § 65a Abs. 4 S. 3 SGB V keine Boni für die entsprechenden von ihnen angebotenen Versorgungsformen gewähren dürfen, wenn von ihnen keine Einsparungen erzielt werden.

In diesem Zusammenhang sind alle Kosten der den Bonus begründenden Maßnahmen, Ausgaben für die Errichtung und den Betrieb der Bonusprogramme sowie Dokumentationskosten (z.B. Verwaltungskosten, Personalkosten, Bonuszahlungen/Prämienkosten) sowie die Kosten für die Evaluation als solche an sich zwingend zu berücksichtigen.

Weiter sind von den Krankenkassen alle ihr bekannten Ausgaben wie Krankengeldzahlungen, Arzneimittelverordnungen, Krankenhausbehandlung, Heilmittel, Daten zu § 20 SGB V (Präventionsleistungen), Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) zugrunde zu legen, um eine möglichst weitgehende Vergleichbarkeit der Ergebnisse erzielen zu können; ausgenommen sind die Kosten für die ambulante ärztliche Versorgung.

Nicht berücksichtigungsfähig sind demgegenüber RSA-Transferzahlungen, da diese lediglich zu einem Ausgleich innerhalb des Gesamtsystems führen und damit keine echten Einnahmen/Ausgaben sind.

Hinsichtlich der im Rahmen der Evaluation zu verwendenden Daten empfehlen wir, solche nicht zu verwenden, die ausschließlich durch eine Versichertenbefragung zu ermitteln sind

892
601

(z.B. Eigenschaft als Raucher vor Beginn des Bonusprogramms). Derartige „Primärdaten“ sind aus unserer Sicht nicht hinreichend zuverlässig, daher sollten lediglich sog. „Sekundärdaten“ (Kosten- und soziodemographische Daten) verwendet werden.

Als Kriterien für das Matching-Verfahren sollten zu Grunde gelegt werden:

- Alter
- Geschlecht
- Versichertenstatus
- Region
- Kosten

Gemäß § 65a Abs. 4 S. 2 haben die Kassen regelmäßig, mindestens alle 3 Jahre, über die Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Es ist daher ein entsprechender Evaluationszeitraum, der drei Jahreszeiträume nicht unterschreiten sollte, zugrunde zu legen.

Wir bitten im Übrigen um die Vorlage von Zwischenberichten, um frühzeitig ggf. erforderliche Korrekturen veranlassen zu können. Unter Berücksichtigung eines gewissen Zeitraums für die Verarbeitung der gewonnenen Daten erwarten wir den endgültigen Rechenschaftsbericht spätestens 3 ½ Jahre nach Inkrafttreten der jeweiligen Bonusregelung.

Sofern darüber hinausgehende Evaluationen auf freiwilliger Basis von den Krankenkassen oder ihren Verbänden vorgenommen werden, bestehen aus unserer Sicht hiergegen grundsätzlich keine Bedenken, sofern hierfür zusätzlich entstehende Kosten nicht dazu führen, dass die vom Gesetzgeber geforderte Ausgabenneutralität nicht mehr gegeben ist.

Als Beispiel hierfür ist die Typisierung von Bonusversicherten zu nennen (z.B. Typ Früherkennung + BMI vs. Typ Früherkennung + Impfschutz), um mögliche Effekte regressionsanalytisch zu trennen. Durch eine kassenübergreifende Auswertung könnten möglicherweise die Kombinationen erfolgreicher Bonusprogramme erkannt und wirksame Komponenten identifiziert werden. In die Typisierung könnten auch Art bzw. Bonushöhe einbezogen werden, um der Frage nachzugehen, ob die Attraktivität des Bonus einen Einfluss auf die Kostenentwicklung hat.

Bezüglich strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) ist - aus methodischen Gründen sowie aus Kostengründen - der Vergleich mit einer Kontrollgruppe nicht-ingeschriebener Versicherter nicht möglich, so dass insofern keine Evaluation vorgenommen werden muss. Die Evaluation des Bonusprogramms bei Teilnahme an der integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff SGB V erübrigt sich ebenfalls, sofern die Einsparung bereits mit Unterzeichnung der Integrationsverträge feststeht. Insofern reicht der Kostenvergleich Regelversorgung/Integrationsversorgung als Nachweis aus.


893
602

Anders beurteilten wir dagegen die Evaluationsmöglichkeit bei Bonusregelungen nach § 65a Absatz 2 SGB V bezüglich der hausarztzentrierten Versorgung. Kassen, die für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V einen Bonus nach § 65a Absatz 2 SGB V vorsehen, haben auch Einsparungen und Effizienzsteigerungen gemäß § 65a Absatz 4 SGB V nachzuweisen.

Bezüglich der hausarztzentrierten Versorgung wurden bislang keine Konzepte vorgelegt. Wir weisen daher noch einmal auf die Notwendigkeit einer entsprechenden Evaluation hin.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



(Dr. Markus)