

Vorab per E-Mail

Frau

Dr. Martina Bunge
Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

Telefon: +49 201 179-01
Durchwahl: +49 201 179-1100
Telefax: +49 201 179-1001
E-Mail: SchmeinckW@bkk-bv.de

Essen, 3. November 2006

**Anhörungen zum GKV-WSG;
hier: Stellungnahme des BKK Bundesverbandes zu den
beabsichtigten Änderungen beim Risikostrukturausgleich
(Anhörungstermin 14. November 2006)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zur gemeinsamen Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen möchte der BKK Bundesverband einige Aspekte des Reformentwurfs gesondert bewerten, die im Zusammenhang mit beabsichtigten Änderungen des Risikostrukturausgleichs bzw. mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds stehen.

Jenseits der grundsätzlichen Kritik am Gesundheitsfonds, die wir im Rahmen der gemeinsamen Stellungnahme geäußert haben, möchten wir auf unsere Position zur Änderung des Risikostrukturausgleiches hinweisen. Wir plädieren grundsätzlich für eine Vereinfachung, mindestens aber für die Beibehaltung des aktuellen Risikostrukturausgleiches. Die Wirkungen des avisierten Morbi-RSA sind auf längere Sicht weder hinreichend planbar noch vorausberechenbar und verhindern dadurch eine seriöse Finanzpolitik der Kassen. Die Beibehaltung des Status quo-RSA – dessen Vereinfachung wir für sachgerechter halten würden – wäre insofern das kleinere Übel.

Soweit der Gesetzgeber dennoch an der geplanten Änderung festhalten sollte, müssten unserer Meinung nach mindestens die in der Anlage näher erläuterten Aspekte

Seite 2 vom 3. November 2006

Schreiben an Frau Dr. Martina Bunge, Ausschuss für Gesundheit – Deutscher Bundestag

geändert bzw. ergänzt werden, um einen geänderten Risikostrukturausgleich im Rahmen eines Gesundheitsfonds wenigstens praktikabel zu gestalten.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Schmeinck', written in a cursive style.

W. Schmeinck

Anlage

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes zu den beabsichtigten Änderungen beim Risikostrukturausgleich

§§ 266 und 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

Hinsichtlich der Definition der standardisierten Leistungsausgaben fehlen präzise Angaben. Es ist nicht klar erkennbar, ob und in welcher Form das Krankengeld in den standardisierten Leistungsausgaben weiterhin zu berücksichtigen ist. Hinsichtlich des Einbezugs der Verwaltungskosten wird lediglich gesagt, dass sie standardisiert werden sollen. Um ein Ausufern der **Verwaltungskosten** (ähnliches gilt auch hinsichtlich der DMP-Programmkosten) zu vermeiden, sollte eine Anbindung an eine GKV-Rechengröße (z. B. monatliche Bezugsgröße) und Dynamisierung (z. B. Veränderungsrate nach § 71 SGB V) erfolgen. Solche systematischen Vorgaben erhöhen Transparenz und Planbarkeit.

§ 272 SGB V – Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds

Diese Übergangsregelung sorgt für großen Verwaltungsaufwand. Damit verbunden sind neue Datenerhebungen, wie z.B. das personenbezogene Jahresarbeitsentgelt. Außerdem entspricht die Formulierung, dass das Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen weitere Auskünfte und Nachweise verlangen kann, einem unbestimmten Freibrief zu weiteren Datenanforderungen des Bundesversicherungsamtes. Die zusätzliche personenbezogene Meldung von Postleitzahlen ist entbehrlich, wenn das Bundesland anderweitig erkennbar ist. Daher schlagen wir vor, die Versicherungszeiten lediglich mit einem Bundeslandkennzeichen zu versehen, was für den beabsichtigten Verwendungszweck völlig ausreichend wäre. Der Gesetzentwurf enthält darüber hinaus keine Richtungsvorgabe, nach welchen Prinzipien die Ausgleichszahlungen zu ermitteln sind.

§ 271 SGB V – Gesundheitsfonds

Die Bundesregierung kann dem Gesundheitsfonds Darlehen gewähren, wenn die Liquiditätsreserve z. B. auf Grund unterjähriger Einnahmeschwankungen nicht ausreicht. Diese Darlehen sind spätestens zum Jahresende zurück zu zahlen. Darlehen, die vom 01.01. bis 31.12.2009 an den Gesundheitsfonds ausgezahlt werden, sind abweichend spätestens zum 31. Dezember 2010 zurückzuzahlen.

Eine genaue Regelung für die Darlehensvergabe ist nicht beschrieben. Wann und unter welchen Bedingungen kann oder muss das BVA (?) ein Darlehen beantragen? Inwieweit ist der Bund verpflichtet, einem entsprechenden Antrag zu entsprechen? Das Verteilungsprinzip der Zuweisungen an die Krankenkassen bei knappen Mitteln ist nicht geregelt: Ist an eine Quotierung gedacht? Jedenfalls ist eine verlässliche und planbare Auszahlung der monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds unverzichtbar.

§ 313a – Rechtskreistrennung

Wir begrüßen die Aufhebung der Rechtskreistrennung zum 01.01.2008, die bereits im Vorfeld vom BMG avisiert wurde. Durch die Aufhebung der Rechtskreistrennung reduzieren sich die Verwaltungskosten bei den Krankenkassen erheblich.

§§ 268, 269 SGB V, §§ 31, 32, 34 RSAV – Weiterentwicklung des RSA

Die Abschaffung des Risikopools mit In-Kraft-Treten der Weiterentwicklung des RSA entspricht dem Gutachtervorschlag. Dadurch wird der Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen verringert. Ein in Einzelfällen dennoch sinnvoller Ausgleich aufwändiger Leistungsfälle wäre ohne Anbindung an den RSA innerhalb der Kassenarten zu ermöglichen.

Sofern ein Ausgleich besonders teurer Leistungsfälle in Zukunft bundesweit durch die Satzung des Spitzenverbandes Bund geregelt werden sollte (§ 265 SGB V), ist zu beachten, dass es je nach Auswahl der Krankheiten für das Klassifikationsmodell des RSA zu Belastungsspitzen bei bestimmten teuren und/oder seltenen Krankheiten kommen kann, die systematisch vor allem kleinere Krankenkassen finanziell treffen würden. **Insoweit sollte es eine Vorgabe für die Satzung des Spitzenverbandes Bund geben, mit der das besondere Risiko kleinerer Krankenkassen aufgegriffen wird.**

Die **Kriterien** für die Auswahl des RSA-Klassifikationsmodells sind **unscharf** bzw. für die Beschreibung eines Risikostrukturausgleichssystems **ungeeignet**.

50 bis 80 Krankheiten

Zum Begriff der Krankheit gibt es keine allgemein akzeptierte Definition. Es kann sich dabei einerseits um eine beliebige Zahl von Diagnosen (ICD) und andererseits um Morbiditätskategorien (irgend) eines bereits existierenden Klassifikationsmodells

handeln. Angesichts der Unbestimmtheit des Begriffs der Krankheit erscheint auch die Einschränkung, dass diese „eng abgrenzbar“ sein sollen, als wenig hilfreich, vielmehr sollten zur weiteren Präzisierung die zulässigen Indikatoren (Versorgungsindikatoren wie z. B. Arzneimittelverordnungen verweisen u. E. nicht auf klar definierte Krankheiten) sowie die Auswahlkriterien festgelegt werden.

Erwerbsminderungsrentner

Die Änderung zu § 31 RSAV bestimmt, **dass für Erwerbsminderungsrentner eigene Morbiditätsgruppen gebildet werden**. Damit wäre – methodisch formuliert – eine „**doppelte Morbiditätsmessung**“ verbunden, einerseits über „Krankheiten“, andererseits über den Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Es entstünde nicht nur tendenziell eine unangemessene Bevorteilung einer einzelnen Versichertengruppe, sondern es ergäben sich aus den vorhandenen Kollinearitäten **Einbußen bei den statistischen Eigenschaften aller Schätzgrößen** (darunter numerisch instabile oder nicht interpretierbare Zuschlagsbeträge).

Gleitende Einführung

Laut Begründung ist an eine gleitende Einführung der Morbiditätsorientierung gedacht, in dem zunächst ein begrenztes Krankheitsspektrum berücksichtigt wird. Dies **untergräbt allerdings die Planbarkeit** des Ausgleichs für die Krankenkassen, da für sie nicht absehbar ist, wann welche Krankheiten dem Finanzausgleichssystem hinzugefügt werden. Zudem hat die stufenweise Einführung zusätzlicher Morbiditätskategorien **nicht nur Rückwirkungen für die damit abgegrenzten Versicherten (Anreize zur Risikoselektion)**, sondern es verändern sich auch die Zuweisungen aus den schon zuvor im Modell berücksichtigten Morbiditätskategorien sowie den Alters- und Geschlechtsgruppen. **Damit ist eine Finanzplanung für die Kassen praktisch unmöglich.**

Anstelle einer gleitenden Einführung zusätzlicher Morbiditätskategorien ist eine **vollständige Einführung eines Modells mit allen den Auswahlkriterien entsprechenden Krankheiten bei gleichzeitiger Quotierung der über die Krankheiten zu verteilenden Finanzmittel zu bevorzugen**. Um dennoch einen gleitenden Übergang zu gewährleisten, kann dabei zunächst das über die Morbiditätskategorien verteilte Finanzvolumen begrenzt werden und in der Folgezeit über eine Anhebung der **Quote** das Modell langsam bis zur vollständigen Wirksamkeit ausgebaut werden. **Das entspricht in etwa der Vorgehensweise bei der stufenweisen Einführung des gesamtdeutschen RSA** sowie der Konvergenzphase

bei der DRG-Einführung.

Auswahl der Krankheiten

Die Vorgehensweise bei der Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsausgaben kann unterschiedlich interpretiert werden. Wann beginnt z. B. eine Erkrankung, d. h. ab welchem Zeitpunkt sind die Kosten zu berücksichtigen? Welche Kosten sind (z. B. bei Multimorbidität) einer bestimmten Krankheit zuzuschreiben? Die zu berücksichtigenden Leistungsausgaben sind auch sachlich nicht definiert (z. B. mit oder ohne Berücksichtigung des Krankengeldes).

Bestimmtheitsmaß R-Quadrat

In der Begründung zu § 31 RSAV wird als weiteres Kriterium zur Bildung des Klassifikationsmodells auf das Bestimmtheitsmaß R-Quadrat verwiesen und ein Schwellenwert von 12 % genannt. **Es gibt statistisch-methodische Probleme der Bestimmung und Interpretation des R-Quadrat-Wertes.** So lassen sich entsprechende Werte für Modelle mit und ohne Absolutglied nicht vergleichen (zu methodischen Problemen des Bestimmtheitsmaßes vgl. z. B: Kvalseth, T. O. (1985), Cautionary Note about R². *The American Statistician* 39:279). Je nach Anwendung dieses Kriteriums R-Quadrat **können verschiedene Klassifikationsmodelle zu gleichen R-Quadrat-Werten führen, nur weil verschiedene Methoden bei der Berechnung angewendet wurden.** Daher sollte auf das Kriterium verzichtet werden **oder durch weitere Kriterien wie Signifikanzniveaus präzisiert werden.**

Krankengeld

Es fehlen jegliche Regelungen, wie bei Einführung eines morbiditätsorientierten RSA mit dem Krankengeld verfahren werden soll. Entsprechend der gutachterlichen Berechnungen (IGES/Lauterbach/Wasem) können Morbiditätsinformationen nicht hinreichend zur Prognose von Krankengeldzahlungen verwendet werden (teilweise negative Risikozuschläge). Die Empfehlung zur Einführung eines morbiditätsorientierten RSA sowie die konkrete Modellempfehlung bezog sich ausschließlich auf den Ausgleich **für Sachleistungen ohne Krankengeld.** Die Ausführungen zur Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells (§ 31 RSAV) sollten daher eine explizite Begrenzung auf das im Gutachten untersuchte Leistungsspektrum vorsehen. Insbesondere ist explizit auszuschließen, dass andere zu standardisierenden Ausgaben (Verwaltungskosten, DMP-Kosten) „morbiditätsadjustiert“ ausgeglichen werden.

Für den Bereich des Krankengeldes sollte ein gesonderter Untersuchungsauftrag formuliert werden.

Da Einnahmeunterschiede beim Gesundheitsfonds vollständig ausgeglichen werden, müssen bei der Berücksichtigung des Krankengeldes auch die gesetzlich normierten, unterschiedliche Zahlungsverpflichtungen (Höhe des Krankengeldanspruchs) berücksichtigt werden.

Es ist geplant, einen Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt für die Anpassung und Pflege des Klassifikationssystems sowie für die Auswahl der Krankheiten zu bestellen. Damit erhöhen sich die Verwaltungskosten des Bundesversicherungsamtes. Da Krankenkassen bzw. Gesundheitsfonds diese Kosten tragen sollen, wäre es sinnvoll, den Krankenkassen eine Mitbestimmung über die Höhe des Budgets und über die Besetzung des Beirats zu ermöglichen.

Die kontinuierliche und transparente Pflege des Klassifikationsmodells ist für die Planungssicherheit der Krankenkassen von großer Bedeutung. **Es sollte festgelegt werden, in welchem Rhythmus und nach welchen Kriterien eine Revision erfolgt.** Es muss für die Krankenkassen erkennbar sein, zu welchem Termin und mit welcher Modellversion die Adjustierung durchgeführt wird. **Die jeweiligen Modelle müssen den Krankenkassen für Planungs- und Controllingzwecke zur Verfügung stehen.** Dabei sind weitere Detailfragen zu regeln, z. B. **hinsichtlich möglicher Lizenzkosten** für das Klassifikationsmodell.

§§ 28d und 28f DMP

§ 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV (Voraussetzung und Verfahren der Einschreibung)

Es ist beabsichtigt die Überprüfung der aktiven Programmteilnahme eines Versicherten auf der Grundlage der übermittelten Dokumentationen neu zu regeln.

Die beabsichtigte Regelung, dass der Ausschluss des Versicherten aus dem DMP erst bei zwei aufeinander folgenden fehlenden Dokumentationen wirksam ist, wird als zielführend erachtet.

Die geplanten Änderungen zum Wegfall der Unterschriftenverpflichtung sind sehr kritisch. Da es sich bei den Dokumentationsbögen um **zahlungsbegründende Unterlagen** handelt und auch aus rechtlichen Gründen zwingend eine Erstunterschrift erforderlich ist, wird die Erstunterschrift auf der Erst- und Folgedokumentation weiterhin als erforderlich angesehen. Insbesondere stellt die beabsichtigte Neuregelung keine Vereinfachung der Prozesse in der Arztpraxis und der Datenstelle dar. Im Falle von Korrekturen ist sie hingegen entbehrlich.

Daher schlagen wir vor, den Absatz 2 Nummer 2 c wie folgt zu fassen:

c) „zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den in Absatz 1 Nr. 1 genannten Anlagen, die bei Korrekturen zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift der Ärztin/des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Frist übermittelt worden sind“

§ 28 f Abs. 1 Nr. 1 RSAV (Anforderung an die Dokumentation)

Durch die Ergänzung in Absatz 1 Nr. 1 soll die **vollständige Umstellung auf die elektronische Dokumentation** erfolgen, die dann Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist. Die geltende Übergangsregelung des § 28 b Abs. 3 geht von einer **Anpassungsfrist an das neue Recht von einem Jahr aus.**

Die geplante Vorschrift wird von uns **begrüßt**, da die Unterarbeitsgruppe Dokumentation des Unterausschusses DMP des Gemeinsamen Bundesausschusses derzeit intensiv über die **Einführung eines einzigen, indikationsübergreifenden Dokumentationsbogens zum 01.01.2008 berät.** Die Einführung dieses neuen Dokumentationsbogens kann aufgrund seiner Komplexität ausschließlich als elektronischer Datensatz erfolgen. Die Abbildung der logischen Struktur in einem Papierdokument bisheriger Art ist nicht möglich und deshalb ist die **Einführung** der neuen Dokumentationssystematik an die Einführung der **elektronischen Dokumentation gebunden.** Nur die Umsetzung des indikationsübergreifenden Dokumentationsdatensatzes wird den Dokumentationsaufwand bei den DMP-Ärzten deutlich minimieren und Korrekturverfahren so gut wie überflüssig machen.