

IKK-Bundesverband · Postf. 10 01 52 · 51401 Bergisch Gladbach

Frau  
Dr. Martina Bunge  
Gesundheitsausschuss des  
Deutschen Bundestags  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

per e-Mail  
marianne.steinert@bundestag.de

Ihr/e Gesprächspartner/in  
Sylvia Weber

Tel.: 02204 44-316  
Fax: 02204 44-66335  
E-Mail: sylvia.weber@bv.ikk.de

Geschäftszeichen:  
S 1/es

3. November 2006

**Anhörung GKV-WSG**  
**Stellungnahme des IKK-Bundesverbandes zu den RSA-Regelungen im GKV-WSG**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

ergänzend zu der gemeinsamen Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen übersenden wir Ihnen beiliegend eine ergänzender Stellungnahme des IKK-Bundesverbandes zu den vorgesehenen Neuregelungen des Risikostrukturausgleiches.

Mit freundlichen Grüßen  
Stabsabteilung Verbandspolitik

Sylvia Weber

**Anlage**

**Stellungnahme des IKK-Bundesverbandes  
zu den RSA-Regelungen  
im GKV-WSG**

## **Vorbemerkung**

Ergänzend zu der gemeinsamen Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-WSG wird nachfolgend die Einschätzung des IKK-Bundesverbandes zur Ausgestaltung des künftigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches und zu einzelnen Elementen der Weiterentwicklung der Dokumentation im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme übermittelt.

Gegenstand dieser Bewertung sind:

Artikel 1 Nr. 178 (§ 266 SGB V)  
Artikel 1 Nr. 179 (§ 267 SGB V)  
Artikel 1 Nr. 180 (§ 268 SGB V)  
Artikel 1 Nr. 181 (§ 269 SGB V)  
Artikel 38 Nr. 3 und 4 (§§ 28 d und 28 f RSAV)  
Artikel 38 Nr. 6 (§§ 31, 32, 33, 34 RSAV)  
(Stand: Kabinettsentwurf vom 21.10.2006)

Folgeänderungen, die ausschließlich im Kontext zur Einführung des Gesundheitsfonds oder die Bildung des neuen Spitzenverbandes Bund zu sehen sind und keinen weiteren Bezug zum eigentlichen RSA-Verfahren aufweisen, werden nachfolgend nicht kommentiert. Hierzu wird auf die o. g. gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen verwiesen.

## **Gesamteinschätzung**

Der bereits in der 14. RSAV-Änderungsverordnung erkennbare und im GKV-WSG konkretisierte Weg, über ein entsprechendes Klassifikationsmodell ein System von morbiditätsbezogenen Zuweisungen zu realisieren, ist unabhängig von der Neugestaltung der Finanzierung in der GKV zu begrüßen.

Mit Blick auf die Mechanismen und Konsequenzen, die sich aus der geplanten Einführung eines Gesundheitsfonds ergeben, ist die Weiterentwicklung des aktuellen Finanzausgleichssystems zu einem funktionierenden morbiditätsorientierten RSA zwingend. Schließlich wird künftig nahezu die vollständige Liquidität jeder Krankenkasse durch den neuen RSA bestimmt.

In der Gesamtwürdigung der vorliegenden Änderungen ist die vorgesehene Filterung der Krankheiten (50 bis 80 eng abgrenzbare Krankheiten, die den definierten Schwellenwert überschreiten) mit Blick auf das im Grundsatz angestrebte und im Gutachten des Ministeriums empfohlene Klassifikationsverfahren weder sachgerecht noch mit der angestrebten Zielsetzung vereinbar. Die bereits in der gemeinsamen Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen dargelegte Grundsatzproblematik in der Wirkungsweise des Gesundheitsfonds wird durch die unzureichenden Regelungen im RSA-Bereich deutlich verschärft.

- Zielsetzung

Ziel muss es sein, die heutigen Wettbewerbsverzerrungen durch die fehlende Zielgenauigkeit im aktuellen RSA umfassend zu beseitigen. Zielgenauigkeit ist in diesem Kontext aus zwei Blickrichtungen zu betrachten. Einerseits gilt es, für Patienten mit krankheitsbedingt überdurchschnittlich hohen Kosten eine adäquat hohe standardisierte Zuweisung auszulösen. Andererseits muss für Versicherte, die keine oder vergleichsweise geringe Kosten verursachen, die Mittelzuweisung entsprechend gering ausfallen, um so Überkompensationen, Unwirtschaftlichkeitsanreize und Risikoselektion zu verhindern. Im heutigen Ausgleichsverfahren erhält die Gruppe der "überwiegend Gesunden" Versicherten (primär in jungen Alterstufen) deutlich mehr finanzielle Mittel zugewiesen, als tatsächlich zur Versorgung benötigt werden. Hier lag der Ausgangspunkt für die Diskussionen um den sog. "morbidityorientierten RSA", weil "Krankheitsrisiken" und die daraus resultierenden finanziellen Lasten zwischen den Krankenkassen heute höchst ungleich verteilt sind.

- Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten ist willkürlich

Die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten ist willkürlich und löst die Probleme im aktuellen Ausgleichsverfahren nicht. Die Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten sowie die zur Identifikation der betroffenen Versicherten festgelegten Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe durch den wissenschaftlichen Beirat bestimmen künftig den Umfang des Beitragsbedarfs, der durch direkte Morbiditätskriterien verteilt wird und damit den Grad der Zielgenauigkeit für die künftige Fondszuweisung.

Wird die Anzahl der Krankheiten zu stark begrenzt und die ausgewählten Krankheiten an sich zusätzlich anhand der Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe sehr eng eingegrenzt, fehlt zum einen für verbreitete kostenintensive Krankheitsbilder diese zielgenaue Mittelzuweisung. Darüber hinaus wird die Überkompensation für die vergleichsweise "gesunden Versicherten" nicht im erforderlichen Maße zurückgeführt, weil die Basiszuschläge nicht in ausreichendem Maße abgesenkt werden. Hintergrund ist die rechnerische Korrelation zwischen direkter morbiditätsorientierter Zuweisung und Basisbeträgen. Je mehr Finanzvolumen anhand von direkten Morbiditätskriterien zugewiesen wird, desto niedriger und damit auch zielgenauer werden die entsprechenden Basisbeträge für vergleichsweise gesunde Versicherte.

Dies kann insbesondere nicht erreicht werden, wenn primär eng abgrenzbare, sehr kostenintensive Krankheiten mit vergleichsweise geringer Verbreitung in der Bevölkerung (z.B. Bluter) ausgewählt werden. Auch wenn diese Erkrankungen im Einzelfall extrem kostenintensiv sind, würde durch die geringe Verbreitung in der Bevölkerung in Relation zum Gesamtausgabenvolumen der GKV nur wenig Finanzmasse anhand dieser Diagnose umverteilt. Auch wird die Beschränkung auf eng abgegrenzte Krankheiten nicht der Tatsache gerecht, dass beispielsweise ältere Menschen komplexe Krankheitsbilder aufweisen (Multimorbidität).

- Schwellenwert begünstigt Risikoselektion

Die fehlende Zielgenauigkeit wird durch die Berechnungsvorgabe zur Ermittlung des Schwellenwertes (50 %-Regelung) zusätzlich verschärft. Diese Vorgabe verhindert, dass Krankheiten, die überwiegend bei jüngeren Versicherten auftreten, Berücksichtigung finden. Obwohl einige der Krankheiten von jüngeren Versicherten (z.B. Asthma) - gemessen an dem Vergleichswert der entsprechenden Altersgruppe - teilweise doppelt hohe Kosten verursachen, führt die Prägung des Referenzwertes für den Schwellenwert (durchschnittliche Leistungsausgaben aller Versicherten) durch ältere, multimorbide und damit kostenintensive Versicherte dazu, dass die definierte Schwelle für die Berücksichtigung in diesen Fällen kaum erreicht werden kann. In der Konsequenz unterbleibt für junge Versicherte mit entsprechenden Erkrankungen die zielgenaue Mittelzuweisung. Gleichzeitig erfolgt eine nicht sachgerechte, überhöhte Mittelzuweisung für überwiegend gesunde Versicherte. Gemessen an den heutigen Verhältnissen wird damit Risikoselektion insbesondere fokussiert auf "junge und gesunde Versicherte" nicht im erforderlichen Maße reduziert.

- Neuentwicklung von spezifisch deutschen Klassifikationsmodellen erforderlich

Die in Frage kommenden, international bereits im Einsatz befindlichen Klassifikationsmodelle nutzen neben Diagnosen bzw. Arzneimittelwirkstoffen weitere Parameter für die Ermittlung von zielgenauen Zuweisungen. So fließt beispielsweise die Häufigkeit von Krankheiten oder häufig auftretende Kombinationen unterschiedlicher Krankheiten ebenso wie das Kriterium Kostenhomogenität in die Ermittlung der entsprechenden Zuschläge und Basisbeträge ein. Parameter, die bei der jetzt angedachten vorgeschalteten Filterung keine bzw. nur unzureichend Berücksichtigung finden. Der Rückgriff auf bestehende Produkte (insbesondere im Pharmabereich) ist damit weitgehend nicht mehr möglich. Vereinfacht dargestellt basiert die Logik heutiger Klassifikationsmodelle auf der Analyse aller Erkrankungen und der damit einhergehender Kosten für ein zu untersuchendes Versichertenkollektiv. Im Ergebnis werden systematische Zusammenhänge vom Modell erkannt und in Form von Zuschlägen und Basisbeträgen ausgewiesen. Gaukelt man dem Modell vor, dass es unter den GKV-Versicherten nur 50 bis 80 eng eingegrenzte primär teure Krankheiten gibt, sind fehlerhafte Ergebnisse nicht zu verhindern. Praktisch heißt dies, die vorgesehene Filterung macht den "Neubau" eines spezifischen Klassifikationsmodells für die deutsche GKV notwendig.

- Fazit

Nach den aktuellen Vorgaben wird der Auswahlprozess in den künftigen Beirat verlagert, der damit über Art und Umfang der Morbiditätsorientierung befindet. Je nach Festlegung der zu berücksichtigen Erkrankungen kann der Grad der Morbiditätsorientierung im künftigen Verfahren sehr gering ausfallen, in der Wirkung vergleichbar einem Risikopool. Die Vorfilterung verhindert es allerdings auch im "optimalen Fall", dass das komplette Krankheitsspektrum der GKV systematisch analysiert wird. Für Krankenkassen mit einer vergleichsweise ungünstigen Versichertenstruktur wird eine adäquat hohe Zuweisung und im Umkehrschluss für Krankenkassen mit "überwiegend gesunden" Versicherten die Rückführung der heutigen Überkompensation damit nicht erreicht. Die solidarische Mittelverteilung von "gesund" nach "krank" wird nicht in ausreichendem Maße ausgelöst.

- Forderungen

Die vorgesehene Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten nebst der zusätzlich einschränkenden Auswahlkriterien ("eng eingrenzbar", "Schwellenwertüberschreitung") ist zu streichen.

## **Stellungnahme zu den Einzelregelungen**

### **Artikel 1 Nr. 178 (§ 266 SGB V)**

#### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderungen beschreiben die Anpassungen der Grundlagen des Risikostrukturausgleichs (RSA) an die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung (MorbiRSA) und die Einführung des Gesundheitsfonds.

#### **B. Stellungnahme**

Unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds ist es zwingend, dass die Fondszuweisung alle Ausgabenbereiche der GKV abdeckt. Von der Fondszuweisung ausgenommen sind Satzungsleistungen, die einen erweiterten Krankengeldanspruch durch entsprechende Prämienzahlungen entstehen lassen. Da für diese Personengruppe ein ermäßigter Beitragssatz festgesetzt wird, ist das angedachte Zuweisungsverfahren (§ 270 SGB V) konsequent.

Im neuen Absatz 10 wird geregelt, dass für die Berichtsjahre bis einschließlich 2008 das alte Recht weiterhin gilt. Dies bedeutet, dass die Kassen wegen der obligatorischen Korrektur des fünftletzten Berichtsjahres im Jahr 2013 eine Datenmeldung über die Versicherungszeiten nach altem Recht (Satzart 40) vorlegen müssen und ein entsprechender Jahresausgleich durchgeführt werden muss. Daher führt das Korrekturverfahren dazu, dass die "alten" RSA-Auswertungen in der Kassensoftware unter großem Aufwand mit geringen finanziellen Auswirkungen weiter gepflegt werden müssen. Daher sollte eine zeitnahe Begrenzung für die Abgabe von Korrekturmeldungen nach Einführung des Gesundheitsfonds vorgesehen werden.

Unter Buchstabe i wird der Absatz 8 (Säumniszuschläge) aufgehoben. Der folgende bisherige Absatz 9 (landwirtschaftliche Krankenkassen nehmen nicht am RSA teil) sowie der neue Absatz 10 (Jahresausgleich 2008 nebst Korrekturverfahren bis 2008) müssen entsprechend redaktionell angepasst werden.

#### **C. Änderungsvorschlag**

Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 8.

Der neue Absatz 10 wird Absatz 9 und sollte wie folgt gefasst werden:

"(10) Für die Durchführung des Jahresausgleichs für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 266 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen mit der Maßgabe, dass das Korrekturverfahren für Versicherungszeiten letztmalig im Rahmen des Jahresausgleichs 2009 durchgeführt wird.

Die RSAV ist entsprechend anzupassen.

## **Artikel 1 Nr. 179 (§ 267 SGBV)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderungen beschreiben die Anpassungen der Grundlagen des Risikostrukturausgleichs (RSA) an die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung (MorbiRSA) und die Einführung des Gesundheitsfonds.

### **B. Stellungnahme**

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie Personen, die nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes oder einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, haben keinen gesetzlichen Krankengeldanspruch mehr (§ 44 Abs. 2 Satz 2 und 3). In ihrer Satzung müssen die Krankenkassen diesen Personengruppen entsprechende Tarife anbieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entstehen lassen. Da der erweiterte Krankengeldanspruch über individuelle Prämienzahlungen finanziert wird und der Gesundheitsfonds für diese Mitglieder keine erhöhten Zuweisungen vornimmt, wird unter Absatz 2 Satz 2 konsequenterweise nur noch zwischen Versichertengruppen mit und ohne Krankengeldanspruch unterschieden.

In Folge der Streichung von Absatz 2 Satz 4 (getrennte Erhebung von DMP-Versicherungszeiten) ist auch Abs. 3 Satz 3 zu streichen, da ansonsten die Erhebung der Leistungsausgaben (SA 41) auch nach dem Berichtsjahr 2008 mit gesonderten DMP-Versichertengruppen durchzuführen ist.

Darüber hinaus wird im neuen Absatz 11 geregelt, dass für die Durchführung des Jahresausgleiches 2008 sowie die Korrekturen der Berichtsjahre 2008 der § 267 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen ist. Inhaltlich ist hier auf die entsprechende Stellungnahme zu § 266 zu verweisen.

### **C. Änderungsvorschlag**

Absatz 3 Satz 3 ist zu streichen.

Zum neuen Absatz 11 gelten die Anmerkungen zu § 266 Abs. 10 entsprechend.

Die RSAV ist entsprechend anzupassen.

## **Artikel 1 Nr. 180 (§ 268 SGB V)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderungen beschreiben die Anpassungen der Grundlagen für den MorbiRSA an die geänderten Rahmenbedingungen (nur noch 50 bis 80 Krankheiten zur Auswahl der Morbiditätsgruppen) und die neuen Strukturen innerhalb der GKV.

### **B. Stellungnahme**

Die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten löst die Probleme im aktuellen Ausgleichsverfahren nicht. Die Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten sowie die zur Identifikation der betroffenen Versicherten festgelegten Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe durch den wissenschaftlichen Beirat bestimmen künftig den Umfang des Beitragsbedarfs, der durch direkte Morbiditätskriterien verteilt wird und damit den Grad der Zielgenauigkeit für die künftige Fondszuweisung.

Wird die Anzahl der Krankheiten zu stark begrenzt und die ausgewählten Krankheiten an sich zusätzlich anhand der Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe sehr eng eingegrenzt, fehlt zum einen für verbreitete kostenintensive Krankheitsbilder diese zielgenaue Mittelzuweisung. Darüber hinaus wird die Überkompensation für die vergleichsweise "gesunden Versicherten" nicht im erforderlichen Maße zurückgeführt, weil die Basiszuschläge nicht in ausreichendem Maße abgesenkt werden. Hintergrund ist die rechnerische Korrelation zwischen direkter morbiditätsorientierter Zuweisung und Basisbeträgen. Je mehr Finanzvolumen anhand von direkten Morbiditätskriterien zugewiesen wird, desto niedriger und damit auch zielgenauer werden die entsprechenden Basisbeträge für vergleichsweise gesunde Versicherte.

Dies kann nicht erreicht werden, wenn primär eng abgrenzbare, besonders kostenintensive Krankheiten mit vergleichsweise geringer Prävalenz in der Bevölkerung (z.B. Bluter) ausgewählt werden. Auch wenn diese Erkrankungen im Einzelfall extrem kostenintensiv sind, würde durch die geringe Verbreitung in der Bevölkerung in Relation zum Gesamtausgabenvolumen der GKV nur wenig Finanzmasse anhand dieser Diagnose umverteilt. Auch wird die Beschränkung auf eng abgegrenzte Krankheiten nicht der Tatsache gerecht, dass beispielsweise ältere Menschen komplexe Krankheitsbilder aufweisen (Multimorbidität).

Um dieses Spannungsverhältnis zwischen nicht ausreichend exakter Zuweisung für überdurchschnittlich kranke Menschen und der Überkompensation für vergleichsweise gesunde Versicherte aufzulösen, empfiehlt sich auf die Begrenzung in der Anzahl der Krankheiten zu verzichten.

### **C. Änderungsvorschlag**

§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 ist zu streichen.

## **Artikel 1 Nr. 181 (§ 269 SGB V)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderungen beschreiben die Anpassungen beim Risikopool an die geänderten Rahmenbedingungen (mit Einführung des MorbiRSA entfällt der Risikopool vollständig) und die neuen Strukturen innerhalb der GKV.

### **B. Stellungnahme**

Mit der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches entfällt die Notwendigkeit der Durchführung des Risikopools. Der Risikopool ist bereits im aktuellen Finanzausgleichsverfahren mit erheblichem Verwaltungsaufwand bei Krankenkassen, Prüfdiensten und durchführender Stelle (BVA) verbunden. Der Risikopool hat darüber hinaus die ursprüngliche Zielsetzung, Risikoselektion weiter zu reduzieren, verfehlt, da er weitgehend keine relevanten Transfervolumina zwischen den Krankenkassen bewirkt. Die durch den Risikopool ausgelösten Effekte rechtfertigen bereits heute nicht den erheblichen Verwaltungsaufwand. Insofern ist es konsequent, den Risikopool abzuschaffen.

Zum neuen Absatz 7 (Durchführung des Jahresausgleichs 2008 einschließlich der obligatorischen Korrekturen ab 2009) gelten die Anmerkungen zu § 266 Abs. 10 entsprechend. Die Spitzenverbände und das BVA hatten bereits für den Jahresausgleich 2004 eine Begrenzung der Korrekturen im Risikopool auf ein Korrekturjahr gefordert. Da seinerzeit eine entsprechende RSAV-Änderung vom BMG angekündigt wurde, wurde dies seit dem Jahresausgleich 2004 auch so praktiziert. Der § 28 a Abs. 3 RSAV ist daher noch entsprechend anzupassen.

### **C. Änderungsvorschlag**

Zum neuen Absatz 7 gelten die Anmerkungen zu § 266 Abs. 10 entsprechend.

Die RSAV ist entsprechend anzupassen.

## **Artikel 38 Nr. 3 Buchstabe b (§ 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Die Überprüfung der aktiven Programmteilnahme eines Versicherten an einem strukturierten Behandlungsprogramm wird auf der Grundlage der übermittelten Dokumentationen neu geregelt.

### **B. Stellungnahme**

Durch die Regelung, dass zukünftig zwei fehlende Dokumentationen in Folge zur Ausschreibung des Versicherten führen, verringert sich die Zahl ungewollter Ausschreibungen. Zudem ist die Konsequenz der Teilnahmebeendigung sowohl für den Arzt als auch für den Versicherten besser nachzuvollziehen, wenn sie erfolgt, weil der Versicherte zwei aufeinander folgende Termine versäumt hat. Weiter reduziert sich der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen und damit der Verwaltungsaufwand in der Arztpraxis.

Diese beabsichtigte Regelung zur Änderung des Ausschlusses bei zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen eines Versicherten wird als zielführend erachtet.

Da es sich bei den Dokumentationsbögen jedoch 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. Aus Praktikabilitätsgründen sollten die im Zusammenhang mit elektronischen Dokumentationen erforderlichen Versandlisten unabhängig von ihrem Inhalt (nur ED oder nur FD) weiterhin unterschrieben werden.

Der Verzicht auf die Nachforderung der Unterschrift im Korrekturverfahren bedeutet für das Praxispersonal hingegen eine Reduktion des Verwaltungsaufwandes und den Wegfall eines erheblichen Teils des Schriftverkehrs. Deshalb ist eine Unterschrift im Falle von Korrekturen entbehrlich (s. auch Ausführungen zu § 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 7).

### **C. Änderungsvorschlag**

§ 28 d Abs. 2 wird Nr. 2 c wie folgt gefasst:

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 und“

## **Artikel 38 Nr. 4 Buchstabe a (§ 28 f Abs. 1 Nr. 1 RSAV)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Ergänzung in § 28 f Abs. 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.

### **B. Stellungnahme**

Die Unterarbeitsgruppe Dokumentation des Unterausschusses DMP des Gemeinsamen Bundesausschusses berät derzeit intensiv über die Einführung eines einzigen, indikationsübergreifenden Dokumentationsbogens zum 01.01.2008. Die Einführung dieses neuen Dokumentationsbogens kann aufgrund seiner Komplexität ausschließlich als 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.

Die vollständige und flächendeckende Umstellung auf die ausschließlich elektronische Dokumentation soll nach Auffassung von Spitzenverbänden der Krankenkassen, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft bis zum 01.01.2008 sichergestellt werden. Die bisherige Regelung des § 28 b Abs. 3 RSAV stellt sicher, dass eine Umsetzung innerhalb eines Jahres nach in Krafttreten der Rechtsverordnung erfolgen soll. Dieser Zeitraum scheint für die technische Anpassung und die Vervollständigung der Infrastruktur praktikabel und angemessen.

Die Vorschrift wird als zielführend erachtet.

### **C. Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## **Artikel 38 Nr. 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 7 RSAV)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 28 d Abs. 2 Nr. 2, wonach Folgedokumentationen nicht mehr vom Arzt unterschrieben werden müssen.

Des Weiteren soll die Frist zur Übermittlung der Bestätigung des Datums der Arztunterschrift entfallen.

### **B. Stellungnahme**

Der Verzicht auf die Arztunterschrift stellt keine Erleichterung im Prozess der Ärzte und der Datenstellen dar. Des Weiteren ist eine Unterschrift des Arztes auf der Erst- und Folgedokumentation bei der Erstaussstellung zwingend aus rechtlichen Gründen erforderlich.

Da in § 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 1 und Nr. 2 lediglich die Übermittlung der Dokumentationsdaten geregelt ist, muss die in Nr. 7 bisher geregelte Frist für die Übermittlung der gesonderten schriftlichen Bestätigung des Arztes geregelt bleiben. Die Übermittlungsfrist von 10 Tagen ist weiterhin erforderlich.

### **C. Änderungsvorschlag**

In § 28 f Abs. 2 Nr. 7 wird nach dem Wort „kann“ ein Komma und folgender Halbsatz „wobei ein Fehlen der Unterschrift im Korrekturverfahren unerheblich ist,“ eingefügt.

## **Artikel 38 Nr. 6 (§§ 31 RSAV)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Diese neue Norm konkretisiert die Vorgabe des § 268 SGBV und damit die Ausgestaltung des künftigen morbiditätsorientierten RSA. Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells und seine Anpassung an die Gegebenheiten der GKV haben durch das BVA so zu erfolgen. Dieses angepasste Modell ist anhand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten. Bei der Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten sollen Krankheiten berücksichtigt werden,

- die insbesondere einen schwerwiegenden Verlauf haben,
- die kostenintensiv und chronisch sind,
- bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben um mindestens 50% die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten übersteigen und die Krankheiten eng abgrenzbar sind.

Das BMG bestellt auf Vorschlag des BVA und nach Anhörung der Spitzenverbände einen wissenschaftlichen Beirat beim BVA, der

- einen Vorschlag zur Anpassung des Klassifikationsmodells und zum Verfahren der laufenden Pflege unterbreitet,
- der bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zur erstatten hat, in dem die 50 bis 80 Krankheiten unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien vorschlägt.
- für die vorgeschlagenen Krankheiten die zur Identifizierung dieser Krankheiten erforderlichen Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe angibt
- die Auswahl der Krankheiten in regelmäßigen Abständen überprüft

Der wissenschaftliche Beirat soll so zusammengesetzt sein, dass alle maßgeblichen Disziplinen angemessen vertreten sind. Das BVA richtet zur Unterstützung des wissenschaftlichen Beirates eine Geschäftsstelle ein.

Das BVA legt nach Anhörung der Spitzenverbände erstmals zum 1. Juli 2008 auf Grundlage der Vorschläge des wissenschaftlichen Beirates Folgendes fest:

- die zu berücksichtigenden Krankheiten
- die für diese Krankheiten zu Grunde zu legenden Morbiditätsgruppen
- den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen
- das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren
- das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

Für Erwerbsminderungsrentner sollen gesonderte Morbiditätsgruppen gebildet werden.

Sämtliche Kosten, die mit der Auswahl, Anpassung und Pflege des Klassifikationsmodells - auch beim BVA - entstehen, sind durch die GKV zu finanzieren.

## B. Stellungnahme

Zur Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten wird auf die Stellungnahme zu § 268 verwiesen. Die an dieser Stelle problematisierte fehlende Zielgenauigkeit wird durch die Berechnungsvorgabe zur Ermittlung des **Schwellenwertes (50 %-Regelung)** zusätzlich verschärft. Diese Vorgabe verhindert, dass Krankheiten, die überwiegend bei jüngeren Versicherten auftreten, Berücksichtigung finden. Obwohl einige der Krankheiten von jüngeren Versicherten (z.B. Asthma) - gemessen an dem Vergleichswert der entsprechenden Altersgruppe - teilweise doppelt hohe Kosten verursachen, führt die Prägung des Referenzwertes für den Schwellenwert (durchschnittliche Leistungsausgaben aller Versicherten) durch ältere, multimorbide und damit kostenintensive Versicherte dazu, dass die definierte Schwelle für die Berücksichtigung in diesen Fällen kaum erreicht werden kann. In der Konsequenz unterbleibt für junge versicherte mit entsprechenden Erkrankungen die zielgenaue Mittelzuweisung. Gleichzeitig erfolgt eine nicht sachgerechte, überhöhte Mittelzuweisung für überwiegend gesunde Versicherte (vgl. Stellungnahme zu § 268). Gemessen an den heutigen Verhältnissen wird damit Risikoselektion insbesondere fokussiert auf "junge und gesunde Versicherte" nicht im erforderlichen Maße reduziert. Um dies zu vermeiden, muss auf die geplante vorgeschaltete Filterung vollständig verzichtet werden.

Die Einrichtung eines interdisziplinär zusammengesetzten **wissenschaftlichen Beirates** und die ihm zugewiesenen Aufgaben sind sachgerecht. Da durch die Vorschläge des wissenschaftlichen Beirates die Zielgenauigkeit des RSA und damit die wettbewerblichen Rahmenbedingungen der Krankenkassen maßgeblich bestimmt werden, ist jedoch sicherzustellen, dass dieser wettbewerbsneutral – d.h. durch unabhängige Wissenschaftlicher - besetzt wird.

Die **Festlegung** der Krankheiten, Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, des Regressionsverfahrens und des Berechnungsverfahren der Risikozuschläge durch das **BVA** und die Anhörung der Spitzenverbände ist sachgerecht und entspricht dem Vorgehen im aktuellen Ausgleichsverfahren.

Die in Absatz 5 beschriebene **Kostentragung durch die GKV** ist nur insoweit akzeptabel, wenn das von den Krankenkassen hierüber finanzierte "Klassifikationsmodell" (erstellte bzw. angepasste Groupersoftware) im Gegenzug allen Krankenkassen ohne weitere Kosten zur Verfügung gestellt wird. Nur so ist sicherzustellen, dass das neue Verfahren für die Krankenkassen planbar und transparent ist.

## C. Änderungsvorschlag

§ 31 Abs. 1 Satz 2 ist wie folgt zu ersetzen:

„Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Klassifikationsmodell ist prospektiv auszugestalten.“

§ 31 Abs. 1 Satz 3 und 4 sind zu streichen.

§ 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 sind zu streichen.

§ 31 Abs. 2 Satz 3 ist zu streichen.

§ 31 Abs. 4 ist wie folgt zu formulieren:

„Das Bundesversicherungsamt legt den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungungsverfahren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres erstmals bis zum 1. Juli 2008 fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt.“

§ 31 Abs. 3 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der wissenschaftliche Beirat wird durch unabhängige Wissenschaftler besetzt.“

§ 31 Abs. 5 wird um folgenden Satz ergänzt:

Das BVA stellt im Gegenzug den Krankenkassen das Klassifizierungsmodell in Form der erstellten Software und notwendiger Infrastrukturinformationen nebst Dokumentation zur Verfügung.

## **Artikel 38 Nr. 6 (§§ 32 RSAV)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Für das monatliche Abschlagsverfahren ab dem Berichtsjahr 2009 sind zwei versichertenbezogene Datenerhebungen über die Versicherungszeiten zum 15. August des gleichen Jahres (Januar bis Juni des Berichtsjahres) bzw. zum 15. Februar des Folgejahres (Januar bis Dezember des Berichtsjahres) zu erstellen.

### **B. Stellungnahme**

Entsprechende Datenerhebungen wurden bisher bereits durchgeführt, allerdings für vier unterschiedliche Zeiträume. Insofern stellt diese Regelung eine Vereinfachung für die Kassen dar und ist damit grundsätzlich zu begrüßen. Ebenfalls neu ist an dieser Stelle, dass die Erhebungen ebenfalls versichertenbezogen durchzuführen sind.

### **C. Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## **Artikel 38 Nr. 6 (§§ 33 RSAV)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Dieser neu eingefügte Paragraph ermächtigt den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Höhe von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung von Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen für die eingeschriebenen Versicherten und ein entsprechendes Meldeverfahren festzulegen. Darüber hinaus enthält er die Regelung, dass diese Zuweisungen zurückzuzahlen sind, wenn die Zulassung eines DMP aufgehoben wird oder die Zulassung nicht verlängert wird. Für den Fall, dass der Spitzenverband eine solche Regelung nicht zustande bringt, wird das BVA ermächtigt, diese Festlegungen zu treffen.

### **B. Stellungnahme**

Wie bereits in der 14. RSAV-Ä (neuer § 30 RSAV) dargelegt ist, fällt mit dem weiterentwickelten RSA die separate Berücksichtigung von Versicherungszeiten der DMP-Teilnehmer weg. Daher ist die hier beschriebene Regelung zielführend, da durch die Beschränkung der Berücksichtigung von DMP im RSA auf eine pauschale Zuweisung eine deutliche Verwaltungsvereinfachung erreicht wird.

### **C. Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## **Artikel 38 Nr. 6 (§§ 34 RSAV)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Schätzung der Belastungen aufgrund der Einführung der Verteilungskriterien des neuen Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen (§ 272 SGB V) sollen die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2008 zusätzliche Daten neben Postleitzahlen und Versicherungszeiten auch Jahresarbeitsentgelte und Arbeitslosengeldbeiträge als Stichprobe erheben. Darüber hinaus kann das BVA weitere Auskünfte und Nachweise verlangen. Dabei ist diese zusätzliche Datenerhebung an die Befristung des § 272 SGB V gebunden.

### **B. Stellungnahme**

Die grundsätzliche Regelung des § 272 SGB V wird als nicht zielführend und nicht praktikabel abgelehnt (vgl. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-WSG).

### **C. Änderungsvorschlag**

Die Regelung ist zu streichen.