


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

1144


Dr. Martina Bunge, MdB
- Büro Berlin -
14. Nov. 2006

Ausschuss für Gesundheit		Vorgang	Verteiler	Antwort	Rückspr.	WV
Akt: 1390	A. Dir.					
Eing: 14. Nov. 2006						

Ausschuss für Gesundheit	
Akt: 1390	A. Dir.
Eing: 14. Nov. 2006	
1. Mehrfertigkeiten mit diese Ansuchen an Abg. / N. Fraktionsreferenten BMG	
2. Umlauf - Sekretariat	
3. Wv...	

10. November 2006

**Zielgenauer morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich -
Stellungnahme zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV
(Artikel 38 - GKV-WSG)**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wird die Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Artikel 31 Nr. 6, § 31 RSAV geregelt. Die BARMER begrüßt dieses zwingend notwendige Reformelement, mit dem der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung entscheidend weiter entwickelt wird. In der konkreten Ausgestaltung des Gesetzentwurfs wird der Morbi-RSA allerdings in seiner Zielgenauigkeit erheblich beschränkt.

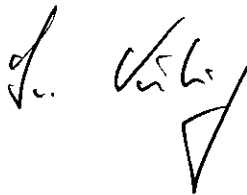
Maßgeblich dafür sind die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten sowie die Einführung eines Schwellenwertes von 50 Prozent oberhalb der Durchschnittsausgaben je Versicherten bei der Auswahl der Krankheiten. Weder die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten noch die „Zulassungsvoraussetzung“ eines Übersteigens der durchschnittlichen Leistungsausgaben um 50 Prozent sind sachlich zu begründen.

Im Kern wird durch diese Einschränkungen das Interesse der Krankenkassen, medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle neue Versorgungsformen zu entwickeln, für die nicht berücksichtigten Krankheiten geschwächt. Weiterhin werden so Anreize zur Risikoselektion zu Lasten chronisch und schwerkranker Menschen gesetzt. Um die Zielgenauigkeit und damit die Effizienz des Morbi-RSA im Sinne einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung zu erhöhen, sollte auf die vorgesehenen Begrenzungen verzichtet werden.

Aber auch bei einem Festhalten an den jetzigen Gesetzesformulierungen besteht im einzelnen **konkreter Änderungsbedarf**, der z.B. aus Gründen der Rechtssicherheit zwingend zu berücksichtigen ist. In der Anlage finden Sie die Stellungnahme der BARMER zum Artikel 38 GKV-WSG sowie entsprechende Änderungsvorschläge.

Wir bitten Sie, im Rahmen der parlamentarischen Beratungen um Unterstützung in diesem für die GKV zentralen Reformelement. Für Erläuterungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr. Ute" followed by a stylized flourish.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
- Stellungnahme und Änderungsvorschläge der BARMER
am GKV-WSG vom 24.10.2006

Artikel 38 – Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 6, § 31 RSAV - Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

I. Problem und Stellungnahme

Auf eine Darstellung der detaillierten Neuregelungen wird hier verzichtet bzw. kann dem Artikel 38 des GKV-WSG entnommen werden.

Weder die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten noch die „Zulassungsvoraussetzung“ eines Übersteigens der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um 50 % ist sachlich zu begründen.

Krankheiten können ohnehin bereits aus statistischen Gründen in einem morbiditätsorientierten RSA nur dann Berücksichtigung finden, wenn sie in signifikanter Weise prospektiv Kostenbelastungen für eine Krankenkasse verursachen. In diese Menge einzuschneiden heißt, eine Krankenkasse mit einer unterdurchschnittlichen Zahl von Betroffenen der im „Filterungs“- Prozess entfallenen Krankheit weiterhin Vorteile aus dieser Tatsache ziehen zu lassen¹. Hiermit wird das Interesse der Krankenkassen, medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle neue Versorgungsformen zu entwickeln für die nicht berücksichtigten Krankheiten nicht gestärkt, vielmehr eine Abwehr dieser Betroffenen durch die Krankenkassen weiterhin gefördert.

Das Argument einer höheren Planungssicherheit für die Krankenkassen durch eine „gefilterte“ Umsetzung eines morbiditätsorientierten RSA kann nicht überzeugen. Die Planungssicherheit erhöht sich gerade nicht, wenn in sich stimmige Gruppierungsverfahren anhand sachfremder Höchstzahlen oder Mindestprozentsätze willkürlich beschnitten werden. Auch ist ein Anspruch von Krankenkassen mit einer unterdurchschnittlichen Zahl von Kranken auf die durch die

Filterung verursachten Mehreinnahmen nicht erkennbar. Mitnahmeeffekte aus einem unvollständigen Risikoausgleich erfüllen in einem wettbewerblichen Gesundheitswesen keinerlei (positive) Funktion, nicht funktionale Eigentumsrechte auf bisher erhaltene Subventionen können Krankenkassen als Organe mittelbarer Staatsverwaltung regelmäßig nicht geltend machen.

Welche Folgen willkürliche Höchstzahlen oder Mindestprozentsätze für das Verfahren haben können, zeigt das Beispiel der 50 %- Schwelle: Innerhalb der GKV als Ganzes werden die durchschnittlichen Ausgaben maßgeblich von der

Altersstruktur bestimmt². Benutzt man für den Vergleich nach Abs. 1 Satz 3 der geplanten Vorschrift den Durchschnittswert aller Versicherten als Maßstab, könnten häufige Krankheiten jüngerer Versicherter, z.B. Asthma, die Vorgabe nicht erfüllen. Dies würde geschehen obwohl die Betroffenen gegenüber Gleichaltrigen (deren Durchschnittsausgaben bei weniger als der Hälfte des Wertes für alle Versicherten liegen) ein mehr als doppelt so hohes Kostenrisiko darstellen. Berücksichtigt man das Alter hingegen, könnte eine Krankheit wie Diabetes II die Hürde nicht mehr nehmen. Dies liegt daran, dass bei Alterskrankheiten wie dieser der Anteil der Betroffenen so hoch ist, dass die Kosten der Diabetes II nicht nur die Durchschnittskosten der Kranken, sondern auch die Durchschnittskosten aller Versicherten in den entsprechenden Altersstufen maßgeblich bestimmen.

Im Ergebnis könnte man sich also entscheiden, ob aufgrund eines sachfremden Mindestprozentsatzes mit Asthma die für Kinder gefährlichste und am schnellsten zunehmende Volkskrankheit nicht berücksichtigt wird oder mit Diabetes II eine Krankheit, die aufgrund ihrer direkt zurechenbaren Kosten und ihrer Folgeschäden inzwischen für bis zu 20 % der Ausgaben der GKV verantwortlich gemacht wird. Beides wäre offensichtlicher Unsinn und der daraus folgende Fehlanreiz für die Krankenkassen den Betroffenen (bzw. ihren Eltern) nicht zu vermitteln.

Falls der Schwellenwert im parlamentarischen Verfahren als unverzichtbar gilt, ist der Vergleich nach Abs. 1 Satz 3 zumindest so durchzuführen, dass die

¹ Dies muss nicht immer eine Zahlerrasse des heutigen RSA- Verfahrens sein (siehe weiter unten).

² Auf der Ebene einer Einzelkasse, die entweder von Risikoselektion profitiert oder unter dieser gelitten hat, ist die Altersstruktur zur Erklärung von Durchschnittsausgaben natürlich gerade nicht geeignet.

Durchschnittskosten einer Krankheitsgruppe mit den alters- und geschlechtsadjustierten Durchschnittskosten all jener Versicherten verglichen werden, die an keiner der in die Untersuchung einbezogenen Krankheiten leiden.

Zudem ist insbesondere auch eine möglichst konkrete Fassung des Begriffs „Krankheit“ anzustreben. Dieser ist zwar im Gesamtkontext der RSAV bzw. des SGB V inhaltlich bereits relativ bestimmt: Danach ist „Krankheit“ ätiologisch, d.h. ursachenorientiert zu betrachten und abzugrenzen, verschiedene Symptome gehören zur selben Krankheit, wenn sie auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind (z.B. Urteil des BSG vom 7.12.2004 (B 1 KR 10/03 R) m.w.N.). Dementsprechend gibt es auch keine „DMP- Krankheit“ oder irgendeine andere im SGB V konkret benannte Krankheit, die nicht einen eigenen ätiologischen Ursachenkomplex darstellen würde.

Daher wäre dem Grunde nach die Befürchtung abwegig, die maximal achtzig Krankheiten könnten auf der untersten Stufe des ICD 10 definiert werden, sodass die Maximalzahl noch nicht einmal zur Abbildung der heutigen DMP- Krankheiten ausreichen würde. In der Systematik der bestehenden RSAV bzw. des bestehenden SGB V einzig vernünftig ist eine Orientierung an den Gruppen des ICD mit wenigen Ausnahmen (z.B. Neubildungen, hier Kapitelebene).

Eine Abweichung vom allgemeinen Sprachgebrauch der RSAV / des SGB V hinsichtlich des Begriffs Krankheit ist in der Formulierung „eng abgrenzbar“ gerade nicht zu sehen, da es um Ab-, nicht um Eingrenzung geht. Besonders gut abgrenzbar sind Krankheiten aber gerade dann voneinander, wenn sie als Ursachenkomplexe definiert werden. Krankheiten unterhalb der Gruppenebene des ICD 10 sind in der Mehrzahl der Fälle sicherlich vom behandelnden Arzt, aber nicht mehr aufgrund einer statistischen Auswertung von Leistungsdaten abgrenzbar.

Insbesondere die Zeit nach den Urteilen des BSG vom 24.1.2003 hat jedoch gezeigt, dass von einem „vernünftigen“ Umgang mit dem RSA seitens mancher Krankenkassen, die ihre Wachstumschancen durch diesen beschnitten sehen, nicht ausgegangen werden kann. Vielmehr wird auch weiterhin eine möglichst große Anzahl behaupteter Umsetzungsfehler gerichtshängig gemacht, die nach den o.g.

Urteilen eine Rechtswidrigkeit von RSA- Bescheiden von vornherein nicht begründen können. Ggf. wird gehofft durch Zufall oder durch Zermürbung des zuständigen SG oder LSG im Instanzenweg eines Tages ein positives Urteil zu erhalten, welches dann wie der Beschluss des bayerischen LSG von 1996 als Beweis der „Umstrittenheit“ des RSA ins Feld geführt werden kann. Konkretheit in jeder Formulierung der RSAV erhöht daher die Rechtssicherheit des RSA und vermindert die Verschwendung von Beitragsgeldern der Versicherten für unnötige und fruchtlose Rechtsstreitigkeiten.

Hierbei ist zu beachten, dass gerade die Sachfremdheit der den zukünftigen RSA eingrenzenden Kriterien „Höchstzahl der Krankheiten“ und „50%- Schwellenwert“ die Rechtssicherheit gefährdet. Denn es würde z.B. eine „Herausfilterung“ des infantilen Asthma - aufgrund des 50%- Schwellenwertes - in besonderer Weise (klagefreudige) heutige so genannte Zahlerkassen treffen (Grund hierfür ist eine auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur ungewöhnliche Prävalenzverteilung dieser Krankheit). Der von diesen Kassen getragene Glaube, jede Verminderung der statistischen Aussagekraft des zukünftigen RSA begünstige sie und fördere ihren auf Selektion ausgerichteten „Wettbewerb“, ist naiv. Wirken die zustande gekommenen Eingrenzungen der Qualität des zukünftigen RSA gegen diese Kassen, ist weniger mit Einsicht als mit einer weiteren Erhöhung der für die Versicherten kostspieligen juristischen Auseinandersetzungen zu rechnen.

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

II. Änderungsvorschlag A

Die Begrenzung auf 50-80 Krankheiten ist sachlich nicht zu begründen. Dies gilt ebenso für die Begrenzung auf Krankheiten, deren Ausgaben 50% der durchschnittlichen Ausgaben übersteigen. Beide Regelungen sind zu streichen. Hieraus ergibt sich folgender Änderungsbedarf:

Artikel 38 § 31 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 38 § 31 Abs. 1 Satz 3 und 4 entfallen

Artikel 38 § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 entfallen

Artikel 38 § 31 Abs. 2 Satz 3 entfällt

Artikel 38 § 31 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„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. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen.“

Sofern diesem Änderungsvorschlag A nicht entsprochen wird und die Begrenzung auf 50-80 Krankheiten sowie die Begrenzung auf Krankheiten, deren Ausgaben die durchschnittlichen Ausgaben um 50% der Durchschnittsausgaben überschreiten, beibehalten wird, müssen zumindest die nachfolgenden Regelungen aufgenommen werden. Diese stellen in einem mehrstufigen Auswahl- und Filterungsverfahren sicher, dass die epidemiologisch und ökonomisch relevanten Erkrankungen berücksichtigt, Unklarheiten in der Umsetzung und damit Rechtsunsicherheiten vermieden werden.

- Änderungsvorschlag B

In Artikel 38 § 31 Abs. 1 werden die Sätze 3 und 4 wie folgt ersetzt:

„Krankheiten nach Satz 2 sind die Gruppen innerhalb der Kapitel der ICD-10. Abweichend hiervon werden für folgende Erkrankungen die Krankheiten auf der ICD-Kapitelebene festgelegt : „Neubildungen“, „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“, „angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“, „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“.“

Artikel 38 § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr.2 wird durch folgenden Wortlaut ersetzt:

„ 2. bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zu erstatten hat, in dem für eine Vorauswahl der nach Absatz 1 Satz 2 zu bestimmenden Krankheiten unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 1 Satz 3 und 4 hundert Gruppen bzw. Kapitel vorgeschlagen werden, die Erkrankungen mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensiven chronischen Diagnosen beinhalten, und“

Artikel 38 § 31 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt formuliert:

„Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 genannten Kriterien zu beachten“.

Artikel 38 § 31 Abs. 2 nach Satz 3 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

„Hierbei ist zu beachten, dass die ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe insbesondere die Krankheitsfälle mit schwerwiegendem Verlauf bzw. kostenintensive chronische Erkrankungen identifizieren. Arzneimittelwirkstoffe, die bei mehreren Diagnosen verordnet werden, sind jeder betroffenen Diagnose zuzuordnen. Das Dialysekennzeichen wird einer Arzneimittelverordnung gleichgestellt.“

Artikel 38 § 31 Abs. 3 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der wissenschaftliche Beirat wird durch unabhängige Wissenschaftler besetzt.“

Artikel 38 § 31 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt identifiziert die Versicherten mit den entsprechenden Krankheiten anhand der vom wissenschaftlichen Beirat zur Identifikation

vorgeschlagenen Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe. Hierbei erfolgt die Identifikation dieser Versicherten bei stationären Behandlungen anhand der Krankenhausdiagnosen und bei ambulanten Behandlungen anhand der verordneten Arzneimittelwirkstoffe, die im Zusammenhang mit einer entsprechenden ambulanten Diagnose verordnet wurden. Auf dieser Basis ermittelt das Bundesversicherungsamt die durchschnittlichen Kosten je Versicherten mit dieser Krankheit. Liegen diese durchschnittlichen Kosten jeweils um 50 vom Hundert (Schwellenwert) über den durchschnittlichen Kosten derjenigen Versicherten gleichen Alters, Geschlechts und Erwerbsminderungsstatus, die keine der entsprechenden Krankheiten aufweisen, kann die Krankheit für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs durch das Bundesversicherungsamt ausgewählt werden. Sofern mehr als 80 Krankheiten den Schwellenwert übersteigen, erfolgt aus den Krankheiten nach Satz 4 eine Auswahl der 80 Krankheiten anhand der epidemiologischen und ökonomischen Bedeutung. Erfüllen weniger als 50 Krankheiten dieses Kriterium, so hat der wissenschaftliche Beirat zusätzliche Krankheiten für eine ergänzende Auswahl durch das Bundesversicherungsamt nach Satz 4 und 5 vorzuschlagen. Die Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelwirkstoffe, die der Identifikation der nach Satz 4 bis 6 ausgewählten Krankheiten dienen, werden in dem vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Klassifikationsmodell berücksichtigt. Das Bundesversicherungsamt legt diese zur Bildung der Morbiditätsgruppen zu Grunde und legt den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren 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 30. Juni 2008, fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen“