

An die
Mitglieder des Gesundheitsausschusses
und deren Stellvertreter
sowie an die Länder Sozialminister

AOK-Bundesverband
Vorsitzender des
Vorstandes

Bonn, den 02.11.2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage erhalten Sie die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes, der Knappschaft und der See-Krankenkasse zu den im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aufgeführten Regelungen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (morbiditätsorientierter RSA). Zu den weiteren Regelungen werden die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen eine gemeinsame Stellungnahme abgeben. Ferner ist in diesem Schreiben eine vom AOK-Bundesverband, Knappschaft und See-Krankenkasse getragene Stellungnahme zu den beabsichtigten Neuregelungen der Zuweisung von strukturierten Behandlungsprogramme ab 2009 beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Hans Jürgen Ahrens

Anlagen

Konsequenter Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch einen zielgenauen morbidityorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

Anmerkungen zum aktuellen Sachstand

Ziel der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches (RSA) ist, den Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung konsequent auf eine kontinuierliche Optimierung von Wirtschaftlichkeit und Qualität in der medizinischen Versorgung auszurichten. Anreize zur Selektion gesunder und einkommensstarker Versicherten sollen dagegen abgebaut werden. Angesichts der knappen finanziellen Ressourcen und der bestehenden Qualitätsdefizite in der medizinischen Versorgung in der GKV ist dieser Weg ohne Alternative. Da zudem die Honorierung der Leistungserbringer künftig - neben dem stationären auch im ambulanten ärztlichen Bereich - morbiditätsorientiert erfolgt, müssen auch die Einnahmen der GKV für die schwer und chronisch kranken Versicherten zur Verfügung stehen, d.h. ebenfalls morbiditätsorientiert an die Kassen verteilt werden.

Vorgesehen ist die Einführung eines unmittelbar morbiditätsorientierten RSA nun zum 01.01.2009; das bedeutet eine Verschiebung um zwei Jahre.

In der Ausgestaltung des Gesetzesentwurfes wird dieser jedoch in seiner **Zielgenauigkeit erheblich eingegrenzt** durch:

- Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten (§ 268 SGB V),
- die Einführung eines Ausgabenschwellenwertes von 50 v.H. oberhalb der Durchschnittsausgaben je Versicherten bei der Auswahl der Krankheiten (§ 31 Abs. 1 RSAV) und
- die Bestimmung einer Konvergenzphase zur Begrenzung der Transfers zwischen den Ländern (§ 272 SGB V).

Diese Einschränkungen beeinträchtigen das Anliegen der Weiterentwicklung des RSA, Anreize zu Risikoselektionen zu Lasten der chronisch und schwerkranken Versicherten abzubauen. Zudem **stehen diese dreifachen Begrenzungen den Leitlinien des Bundesverfassungsgerichts entgegen**, das in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (-2 BvF 2/01 -) die Notwendigkeit einer RSA-Weiterentwicklung bestätigt und sich zudem gegen die Einführung von Regionalfaktoren (Randziffer 204) und Transferobergrenzen (Randziffer 237) ausgesprochen hat. Die vorgesehenen Beschränkungen der Krankheitszahl sind sachlich nicht begründbar und wirken wie willkürlich festgesetzte Transferobergrenzen. Die Konvergenzklausel ist nicht oder nur mit unververtretbarem bürokratischem Aufwand umsetzbar und führt faktisch erstmals – vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich abgelehnte – Regionalfaktoren in den RSA ein.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Zielgenauigkeit des heutigen RSA durch diese Begrenzungsregelungen nicht erhöht, sondern sogar verringert wird. Zudem sind die vorliegenden Regelungen zur Umsetzung des wettbewerbsgerechten RSA teilweise unbestimmt und missverständlich. Sie führen zu Rechtsunsicherheiten und werden deshalb eine erneute Klagewelle betroffener Krankenkassen und damit auch Verfahrensunsicherheiten verursachen. In der Konsequenz widersprechen die vorgesehenen Beschränkungen der ursprünglichen Zielsetzung der RSA-Weiterentwicklung; sie sind daher abzulehnen.

Sollten die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA gleichwohl auf der nunmehr politisch gefundenen und im Gesetzentwurf formulierten Basis weiterverfolgt werden, sind zumindest die nachfolgenden Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) im weiteren parlamentarischen Verfahren (Änderungsanträge vgl. Anlage 1 und 2; Ablaufschema hierzu Anlage 3) zu berücksichtigen. Diese Änderungen beziehen sich auf die Konkretisierung des Begriffs „Krankheit“, die Präzisierung des 50 v.H.-Schwellenwertes, die Vorgabe eines gestuften Auswahlverfahrens (Filterung der relevanten Morbiditätsmerkmale), eine rechtssichere Abgrenzung der Aufgaben des BVA und des wissenschaftlichen Beirats sowie seine Besetzung.

Für die Konvergenzklausel (vergl. Anlage 4) werden keine Änderungsvorschläge gemacht, weil eine Umsetzung wegen des erheblichen administrativen Aufwands und der Gefahr einer Verminderung der Zielgenauigkeit des RSA nicht zu vertreten wäre.

1. Eindeutige und rechtssichere Definition des Begriffs „Krankheit“

Um die für die Umsetzung relevanten Krankheiten in einem rechtssicheren Verfahren auswählen zu können, ist eindeutig festzulegen, was unter einer Krankheit im Sinne der gesetzlichen Regelung zu verstehen ist. Der im Gesetzentwurf genannte Begriff „Krankheit“ ist definitorisch unscharf. Er ist nicht gleichbedeutend mit einer einzelnen „Diagnose“, da eine Krankheit in verschiedener Ausprägung und Schweregrad auftreten und mit Begleiterkrankungen einhergehen kann. Die Diagnose wird in Deutschland mit Hilfe der ICD-10 verschlüsselt. Die ICD-10 ist in 14 Kapitel, rd. 211 Gruppen, dreistellige, vierstellige und noch weiter verzweigte Diagnosen unterteilt: Insgesamt bezeichnet er bereits auf der vierstelligen Ebene über 20.000 Diagnosen.

Verstünde man Krankheit als ICD-10 Diagnose auf vierstelliger Ebene, könnten nicht einmal die bisherigen Indikationen, für die es strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) gibt, im neuen Morbi-RSA abgebildet werden. Alleine für Diabetes mellitus Typ I gibt es 39 vierstellige Diagnoseverschlüsselungen, für Diabetes mellitus Typ II 20, für Asthma 29, für COPD 12, für Koronare Herzerkrankungen (KHK) 20, für Brustkrebs 9. Man bräuchte also schon für die heutigen DMPs insgesamt 129 Diagnosen auf der vierstelligen Ebene.

Auch auf der nächsthöheren dreistelligen Ebene wären nicht einmal alle Krebserkrankungen (92 Diagnosen) und auch nicht die angeborenen Fehlbildungen (89 Diagnosen) abzubilden. Diese Krebserkrankungen und angeborenen Erkrankungen erfüllen aber fast sämtlich die zu Grunde zu legenden Auswahlkriterien: Sie sind schwerwiegend, kostenintensiv, chronisch und bieten auch keine Anreize für eine medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung.

Notwendige Konkretisierung in der RSAV:

Der Krankheitsbegriff muss sich grundsätzlich auf die Ebene der *Gruppen* in den Kapiteln der ICD-10 beziehen (z.B. Diabetes mellitus, Ischämische Herzkrankheit, Niereninsuffizienz etc.).

Wegen ihrer zu starken Ausdifferenzierung auf der Gruppenebene und der medizinischen Besonderheiten sind abweichend hiervon als Ausnahmeregelung folgende Erkrankungen auf der Ebene der *Kapitel* als Krankheiten im Sinne der gesetzlichen Regelung zu definieren:

- Neubildungen,
- Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben,
- Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien,
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte Folgen äußere Ursachen.

2. Festlegung des 50% Schwellenwertes für die Auswahl der Krankheiten

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die durchschnittlichen Kosten einer Krankheit die durchschnittlichen Kosten aller Versicherten um 50% überschreiten müssen. Dies ist aus folgenden Gründen nicht sachgerecht:

Die durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten sind maßgeblich durch die Alterstruktur der GKV-Versicherten geprägt. Der Anteil der älteren Versicherten und deren Multimorbidität prägt diesen Durchschnitt. Folglich steigt mit einer alternden Gesellschaft dieser Durchschnittswert kontinuierlich an. Da zahlreiche Krankheiten alleine betrachtet keine deutlich überdurchschnittlichen Ausgaben, jedoch in ihrer Kombination miteinander hohe Ausgaben verursachen, besteht die Gefahr, dass einzelne epidemiologisch hoch relevante Krankheiten durch die Begrenzungsregelung ausgeschlossen werden und somit auch die (Multi-) Morbidität der Kranken nicht adäquat abgebildet wird. Auch Krankheiten, die vorwiegend bei jüngeren Versicherten auftreten und - bezogen auf deren Altersklasse - sehr hohe Kosten verursachen, werden bei einer solchen Begrenzung automatisch ausgeschlossen. Dieser Schwellenwert sollte im parlamentarischen Verfahren deshalb gestrichen werden.

Falls eine Streichung des Schwellenwertes nicht realisierbar ist, muss die Vorgabe wie folgt präzisiert werden: Als Maßstab für die Überschreitung der Durchschnittskosten dürfen nicht die durchschnittlichen Kosten *aller* Versicherten zu Grunde gelegt werden. Denn dieser Durchschnittswert enthielte auch Kosten der schwerwiegenden, kostenintensiven und chronischen Krankheiten der Versicherten, die im RSA ja gerade besonders berücksichtigt werden sollen. Ein solcher Durchschnittswert wäre somit verzerrt. Sachgerechter ist deshalb, die durchschnittlichen Kosten der übrigen Versicherten als Maßstab zu Grunde zu legen, die – auf der Basis einer notwendigen Vorauswahl - solche schweren und chronischen Krankheiten nicht aufweisen.

Notwendige Änderung in der RSAV:

Die Überschreitung der Durchschnittskosten einer Krankheit um 50% ist an den Durchschnittskosten derjenigen Versicherten zu messen, denen keine der ausgewählten Krankheiten zugeordnet werden kann.

3. Kriterien für die Vorauswahl der oben definierten Krankheiten durch den wissenschaftlichen Beirat (1. Filter)

Notwendige Änderung in der RSAV:

Der vom Bundesgesundheitsministerium zu bestellende wissenschaftliche Beirat schlägt in einer Vorauswahl **100** Krankheiten auf Basis der in der RSAV präzisierten Krankheitsdefinition (grundsätzlich die ICD 10-Gruppenebene - siehe Nr. 1) vor, die

- **überwiegend einen schwerwiegenden Verlauf** haben oder
- **kostenintensiv und chronisch** sind.

Eine Begrenzung auf 50-80 Krankheiten ist bei dieser ersten Vorauswahl noch nicht sinnvoll, da es erst beim Abgleich mit der 50%-Grenze zu der politisch gewollten Reduzierung der Zahl der Krankheiten (vgl. 3. Filter unten) kommen sollte.

4. Kriterien für die Auswahl der Einzelerkrankungen innerhalb der Krankheiten im Sinne von Nr. 3. (2. Filter)

Die im Rahmen der Vorauswahl auf der Gruppen- bzw. Kapitalebene vorgeschlagenen Krankheiten enthalten auf der Ebene der Einzelerkrankungen (drei- bzw. vierstelliger ICD) solche, die im morbiditätsorientierten RSA wegen der fehlenden Schwere, Chronizität oder

ihrer zu geringen Kosten nicht berücksichtigt werden sollen. Deshalb sind in einem zweiten Filterschritt solche Diagnosen zusätzlich auszuschließen.

Notwendige Änderung in der RSAV:

Der wissenschaftliche Beirat bestimmt für jede der 100 Krankheiten diejenigen Einzeldiagnosen, die Fälle mit schwerwiegendem Verlauf oder kostenintensive und chronische Fälle kennzeichnen. Damit die betroffenen Versicherten im weiteren Auswahlprozess und im Klassifikationsverfahren auch anhand von Arzneimittelwirkstoffen identifiziert werden können, erfolgt in diesem Auswahlprozess die Zuordnung der Arzneimittelwirkstoffe zu den jeweils entsprechenden Diagnosen. Arzneimittelwirkstoffe, die auf Grund der zugelassenen Anwendungsbereiche bei mehreren Diagnosen verordnet werden können, werden jeder betroffenen Diagnose zugeordnet (analog bei Dialysesachkosten).

5. Ermittlung der durchschnittlichen Kosten einer Krankheit und Abgleich mit der 50%-Schwelle (3. Filter)

In einem dritten Auswahlprozess erfolgt aus den vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen 100 Krankheiten der Ausschluss derjenigen Krankheiten, deren Kosten die Ausgabenschwelle nicht überschreiten.

Notwendige Änderung in der RSAV:

Um die durchschnittlichen Kosten der 100 Krankheiten zu ermitteln, identifiziert das Bundesversicherungsamt die Versicherten mit den entsprechenden Krankheiten der vom wissenschaftlichen Beirat je Krankheit zugeordneten Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe. Hierbei erfolgt die Identifikation dieser Versicherten bei stationären Behandlungen anhand der Krankenhausentlassungsdiagnosen und bei ambulanten Behandlungen anhand der verordneten Arzneimittelwirkstoffe. Sind Arzneimittelwirkstoffe für mehrere Diagnosen zugelassen, wird der Wirkstoff nur dann berücksichtigt, wenn er für die ausgewählte RSA-Diagnose auch tatsächlich verordnet worden ist. Um dies sicherzustellen, erfolgt ein Abgleich mit den ambulanten Diagnosen des Versicherten.

Beispiel: Es gibt Arzneimittel, die hauptsächlich für Epilepsie, jedoch auch für Migräne verordnet werden. Sofern die Gruppe „Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems“ als Krankheit ausgewählt wurde und die Einzeldiagnose „Status Epilepticus“ eine schwerwiegende Einzelerkrankung innerhalb dieser Gruppe darstellt, ist zu prüfen, ob beim Vorliegen einer entsprechenden Arzneimittelverordnung die ambulante Diagnose „Status Epilepticus“ vorliegt. Nur dann wird dieser Versicherte der Krankheit „Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems“ zugeordnet.

Auf dieser Basis ermittelt das Bundesversicherungsamt die durchschnittlichen Kosten je Versicherten je Krankheit nach Nr.3. Liegen diese durchschnittlichen Kosten jeweils um 50% über den durchschnittlichen Kosten derjenigen Versicherten, die keine der ausgewählten 100 Krankheiten aufweisen, so wird die Krankheit für die Durchführung des RSA durch das BVA ausgewählt. Sofern mehr als 80 Krankheiten dieses Kriterium erfüllen, erfolgt eine Auswahl der 80 Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt anhand der epidemiologischen und ökonomischen Bedeutung. Erfüllen weniger als 50 Krankheiten dieses Kriterium, so hat der wissenschaftliche Beirat zusätzliche Krankheiten vorzuschlagen. Die Schritte unter Nr. 3 bis 5 sind nochmals durchzuführen.

Ergebnis dieses letzten Auswahlprozesses ist die Feststellung derjenigen Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelwirkstoffe, die in dem vom BVA ausgewählten Klassifikationsmodell berücksichtigt werden und für die Morbiditätszuschläge gebildet werden (die Auswahl des Klassifikationsmodells durch das BVA sieht der Entwurf der 14. RSAV-Änderungsverordnung bereits vor).

6. Besetzung des wissenschaftlichen Beirats

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 Wissenschaftlicher - besetzt wird.

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs
Stellungnahme zur RSAV-Änderung auf der Basis der Drucksache 16/3100 GKV-WSG
– Stand 2.11.2006 –

Artikel 38 – § 31 RSAV – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

Beabsichtigte Neuregelung

Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells und seine Anpassung an die Gegebenheiten der GKV haben durch das BVA so zu erfolgen, dass

- keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen werden,
- Anreize zur Risikoselektion vermieden werden.

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,
- bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zur erstatten hat, in dem er 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 und
- 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 Beirats folgendes fest:

- die zu berücksichtigenden Krankheiten.
- die für diese Krankheiten zu Grund 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.

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

Stellungnahme

Die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten, deren durchschnittliche Leistungsausgaben die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um 50 % übersteigen, ist sachlich nicht zu begründen.

Die Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten sowie die zur Identifikation der betroffenen Versicherten festgelegten Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe durch den wissenschaftlichen Beirat bestimmen den Umfang des Beitragsbedarfs, der durch direkte Morbiditätskriterien verteilt wird und damit den Grad der Zielgenauigkeit für die künftige Fondszuweisung. Zudem ist der Begriff „Krankheiten“ in Bezug auf seinen Spezifizierungsgrad definitiv unscharf. Auslegungsfragen drohen deshalb die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift zu gefährden.

Um die für die Umsetzung relevanten Krankheiten in einem rechtssicheren Verfahren auswählen zu können, ist eindeutig festzulegen, was unter einer Krankheit im Sinne der gesetzlichen Regelung zu verstehen ist. Er ist nicht gleichbedeutend mit einer einzelnen „Diagnose“, da eine Krankheit in verschiedenen Ausprägungen, Stadien und Schweregraden auftreten und mit Begleiterkrankungen einhergehen kann. Die Diagnose wird in Deutschland mit Hilfe der ICD-10 verschlüsselt. Die ICD-10 ist in Kapitel, Gruppen, dreistellige, vierstellige und noch weiter verzweigte Diagnosen unterteilt. Das sind insgesamt über 20.000 Diagnosen.

Verstünde man Krankheit als ICD-10 Diagnoseschlüssel auf vierstelliger Ebene, könnten nicht einmal die bisherigen strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) im neuen Morbi-RSA abgebildet werden. Alleine für Diabetes mellitus Typ I gibt es 39 vierstellige Verschlüsselungen, für Diabetes mellitus Typ II 20, für Asthma 29, für COPD 12, für Koronare Herzerkrankungen (KHK) 20, für Brustkrebs 9. Man bräuchte also schon für die heutigen DMPs insgesamt 129 solcher Diagnosen. Damit besteht die Gefahr, dass sogar die Erkrankungen der bisherigen DMPs bei einer Begrenzung auf 50 bis 80 nicht berücksichtigt werden. Dies wäre ein Rückschritt gegenüber dem Status quo.

Auch auf der nächsthöheren dreistelligen ICD-10-Ebene wären nicht einmal alle Krebserkrankungen (92 Diagnosen) und auch nicht die angeborenen Fehlbildungen (89 Diagnosen) abzubilden. Diese Krebserkrankungen und angeborenen Erkrankungen erfüllen aber fast sämtlich die Kriterien des Gesetzes: Sie sind schwerwiegend, kostenintensiv, chronisch und bieten auch keine Anreize für eine medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung.

Werden Krankheiten und die ihnen zugeordneten Diagnosen sehr eng eingegrenzt (z.B. akuter Herzinfarkt anstelle von Koronarer Herzkrankheit), entsteht die Situation, dass viele weit verbreitete Krankheiten aufgrund der vorgegebenen Begrenzung der Anzahl der Krankheiten im Morbi-RSA nicht berücksichtigt werden könnten. Die Zielsetzungen des RSA würden mit einem eng eingegrenzten Krankheitsbegriff verfehlt. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn primär eng abgrenzbare, besonders kostenintensive Krankheiten mit vergleichsweise geringer Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung (z.B. Bluter) ausgewählt werden. Damit würde ein solcher Morb-RSA faktisch auf die Wirkung eines kleinen Hochrisikopools reduziert. Risikoselektionen werden damit nicht in dem notwendigen Maße reduziert, Anreize für eine qualitativ hochwertige Versorgung der epidemiologisch wichtigen chronischen Krankheiten würden entfallen.

Um dies zu vermeiden ist es notwendig, entweder auf die "Filterung" und Eingrenzung auf bestimmte Krankheiten im Vorfeld des Klassifikationsverfahrens komplett zu verzichten oder alternativ bei der angedachten Festlegung der Krankheiten vorrangig auf Krankheitsbilder mit vergleichsweise hoher Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung abzustellen, die überwiegend schwerwiegend oder kostenintensiv und chronisch sind. Eine Konkretisierung des Krankheitsbegriffs im Gesetzentwurf ist für die rechtssichere Umsetzung des Verfahrens zwingend

erforderlich, um ansonsten entstehende Unklarheiten bei der Umsetzung und eine hieraus resultierende Klagenflut zu vermeiden.

Die zusätzliche Begrenzung der Krankheiten auf solche, deren durchschnittliche Ausgaben um mindestens 50% über dem Durchschnitt aller Versicherten liegen, ist aus folgenden Gründen nicht sachgerecht und sollte daher gestrichen werden:

Die durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten sind maßgeblich durch die Alterstruktur der GKV-Versicherten geprägt. Der Anteil der älteren Versicherten und deren Multimorbidität prägt diesen Durchschnitt. Folglich steigt mit einer alternden Gesellschaft dieser Durchschnittswert kontinuierlich an. Da zahlreiche Krankheiten alleine betrachtet keine deutlich überdurchschnittlichen Ausgaben, jedoch in ihrer Kombination miteinander hohe Ausgaben verursachen, besteht die Gefahr, dass einzelne epidemiologisch hoch relevante Krankheiten durch die Begrenzungsregelung ausgeschlossen werden und somit auch die (Multi-)Morbidität der Kranken nicht adäquat abgebildet wird. Auch Krankheiten, die vorwiegend bei jüngeren Versicherten auftreten und bezogen auf deren Altersklasse sehr hohe Kosten verursachen, werden bei einer solchen Begrenzung automatisch ausgeschlossen. Dieser Schwellenwert sollte im parlamentarischen Verfahren deshalb gestrichen werden.

Falls eine Streichung des Schwellenwertes nicht realisierbar ist, muss die Vorgabe wie folgt präzisiert werden: Als Maßstab für die Überschreitung der Durchschnittskosten dürfen nicht die durchschnittlichen Kosten *aller* Versicherten zu Grunde gelegt werden. Denn dieser Durchschnittswert enthielte auch Kosten der schwerwiegenden, kostenintensiven und chronischen Krankheiten der Versicherten, die im RSA ja gerade besonders berücksichtigt werden sollen. Ein solcher Durchschnittswert wäre somit verzerrt. Sachgerechter ist deshalb, die durchschnittlichen Kosten der übrigen Versicherten als Maßstab zu Grunde zu legen, die – auf der Basis einer notwendigen Vorauswahl – keine der schweren und chronischen Krankheiten nicht aufweisen.

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 Wissenschaftler - besetzt wird.

Die Festlegung der Krankheiten, Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressionsverfahrens und des Berechnungsverfahrens der Risikozuschläge durch das BVA und die Anhörung der Spitzenverbände sind sachgerecht und entsprechen dem Vorgehen im aktuellen Ausgleichsverfahren.

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 (analog zur Streichung der Konvergenzklausel in § 272 SGB V). 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 Gewichtungsverfahren 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 dem 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 und die Begrenzung auf Krankheiten, deren Ausgaben die durchschnittlichen Ausgaben um 50% der Durchschnittsausgaben überschreiten, beibehalten werden, 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 folgender 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, 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 31. 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 dem Spitzenverbänden der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen“

RSAV-Regelungen Art. 38 § 31 in der Drucksache 16/3100 (GKV-WSG)	Änderungsbedarf – Stand 02.11.2006 -
<p>§ 31 Absatz 1: Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und seine Anpassung an die Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung haben so zu erfolgen, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist an Hand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten. Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben allen Versicherten um mindestens 50% übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.</p>	<p>Satz 1 bleibt</p> <p>Satz 2 bleibt</p> <p><i>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“.</i></p>
<p>§ 31 Absatz 2 :</p> <p>Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesversicherungsamts und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt, der</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einen Vorschlag für die Anpassung des Klassifikationsmodells an die gesetzliche Krankenversicherung zu unterbreiten und ein Verfahren zu seiner laufenden Pflege vorzuschlagen hat, 2. bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zu erstatten hat, in dem die in Absatz 1 Satz 2 bis 4 genannten Krankheiten ausgewählt werden und 3. die Auswahl der in Nummer 2 genannten Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen hat. <p>Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien zu beachten.“ In dem Gutachten nach Satz 1 Nr. 2 sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben.</p>	<p>Satz 1 Nr. 1 bleibt</p> <p>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</p> <p>Satz 1 Nr. 3 bleibt</p> <p>Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 genannten Kriterien zu beachten.“</p> <p>Satz 3 bleibt</p> <p>Ergänzung: <i>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.</i></p>

§ 31 Absatz 3

In den wissenschaftlichen Beirat nach Absatz 2 werden Personen berufen, die über einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen.

Das Bundesversicherungsamt richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein.

Satz 1 bleibt

Ergänzung:

Der wissenschaftliche Beirat wird durch unabhängige Wissenschaftler besetzt.

Satz 2 wird Satz 3

§ 31 Absatz 4

Das Bundesversicherungsamt legt auf der Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 die nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zu Grunde zu legenden Morbiditätsgruppen, 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 01. Juli 2008 fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Für die Ermittlung der Risikozuschläge für die in §29 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 genannten Risikomerkmale sind nur die nach Satz 1 festgelegten Morbiditätsgruppen zu berücksichtigen. Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. . 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 dem Spitzenverbänden der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen.

Neufassung Absatz 4:

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, 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 31. Juni 2008, fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt.

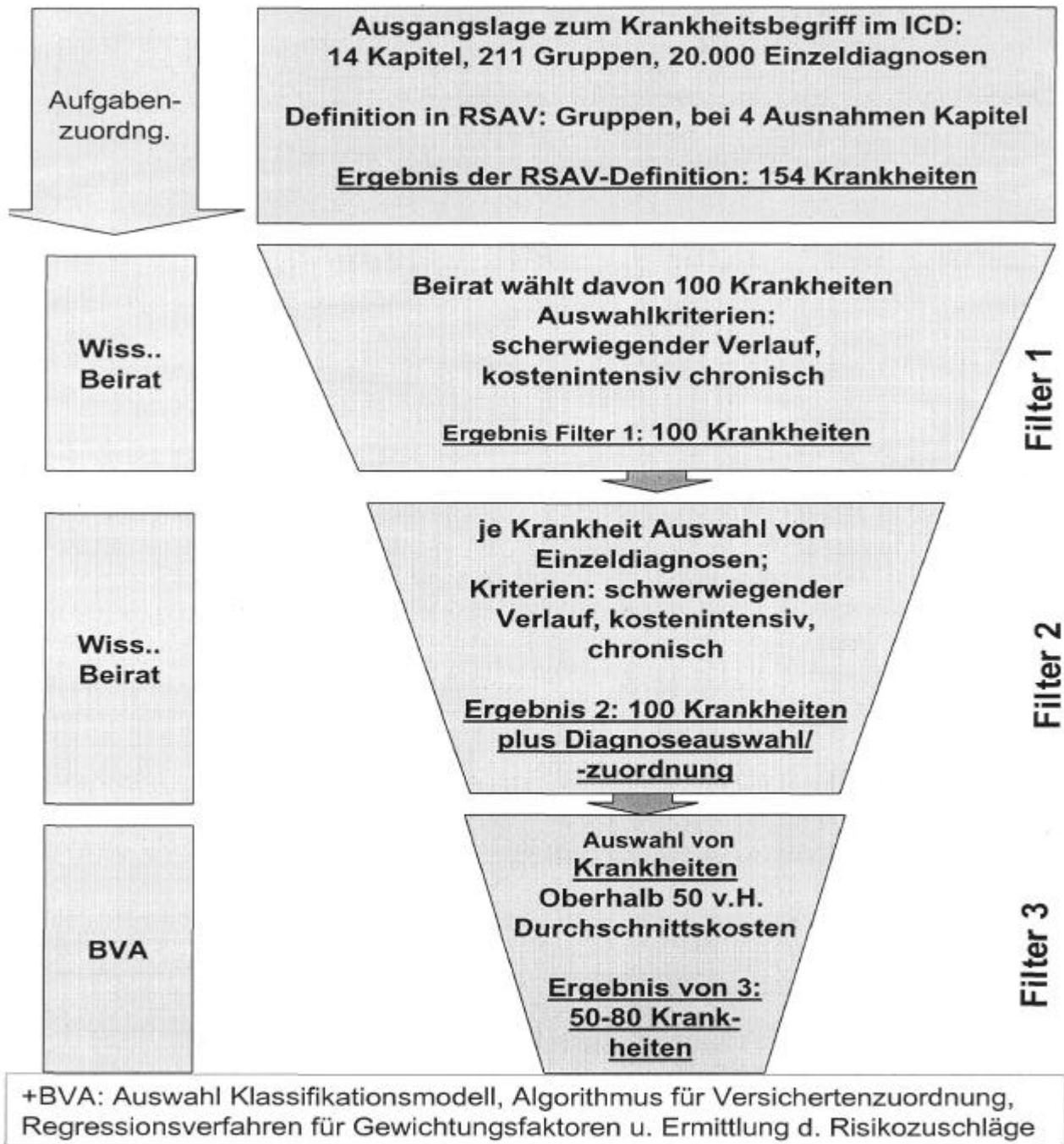
§ 31 Absatz 5

Die auf Grund der Regelungen in den Absätzen 1 bis 4 entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes, vom 1. Januar 2009 an aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.

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 dem Spitzenverbänden der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen.

bleibt

Vorschlag zur Auswahl von Krankheiten/Diagnosen unter den Rahmenbedingungen des Gesetzentwurfs



**Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds
Stellungnahme Artikel 1 § 272 und Artikel 38 § 34 auf der Basis der Drucksache
16/3100 GKV-WSG – Stand 2.11.2006 –**

Artikel 1 – § 272 Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Mit der Regelung soll sichergestellt werden, dass die Be- und Entlastungen durch die Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen im ersten Fondsjahr auf 100 Mio. Euro begrenzt werden. Diese Begrenzung soll in jährlichen Schritten um jeweils 100 Mio. Euro erhöht werden.

Die Feststellung der Be- und Entlastungen soll durch das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr und jedes Land wie folgt durchgeführt werden:

- Das Bundesversicherungsamt schreibt die Einnahmen (Beitragseinnahmen und RSA-Transfers) fort, die die Krankenkassen für alle Versicherten eines Landes unter den Bedingungen ohne Fonds erhalten hätten (= fiktive Einnahmen). Die fiktiven Beitragseinnahmen sollen auf der Basis der beitragspflichtigen Einnahmen aller Versicherten eines Landes und den jeweils für diese Versicherten geltenden kassenspezifischen Beitragssätze, die am 31.12.2008 erhoben werden, ermittelt werden.
- Diese Einnahmen sollen um die Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen bereinigt werden, die auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung und fortgeschriebenen um die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 entstehen würden.

Die sich so ergebenden fiktiven Einnahmen der Krankenkassen für die Versicherten eines Landes werden den nach Ländern getrennt ermittelten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenübergestellt. Hieraus soll sich die Be- bzw. Entlastung eines Landes durch die Einführung des Fonds ergeben.

Bei der Ermittlung der Einnahmen unter Fondsbedingungen ist die Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen in den ggf. hiervon betroffenen Ländern nicht vorgesehen.

Absatz 2

Absatz 2 regelt das Verfahren zur Anwendung der Begrenzungsregelung bei der Fondsaus-schüttung wie folgt:

Die Fondsaus-schüttungen sind so zu gestalten, dass die Zusatzbelastung für das Land, das die höchste Zusatzbelastung aufweist, im ersten Fondsjahr auf 100 Mio. Euro begrenzt wird. Die Zuweisungen an die übrigen Länder ist im gleichen Verhältnis zu verändern, wie der Begrenzungs-betrag von 100 Mio. Euro zu der rechnerisch ermittelten Zusatzbelastung des Landes mit der höchsten Überschreitung steht.

Absatz 3

Die Übergangsregelung endet in dem Jahr, in dem erstmalig keine Überschreitung der für das Jahr festgelegten Belastungsgrenze festgestellt wird.

Absatz 4

Das Nähere für die zur Durchführung notwendige Datenerhebung sowie die Festlegung des Abschlagsverfahrens regelt die Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Dies

gilt auch für die Festlegung der Vorgaben für ein von der Bundesregierung in Auftrag zu gebendes Gutachten. In diesem sind bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds die Auswirkungen zu quantifizieren.

Artikel 38 § 34 Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds (Datenerhebung)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Berichtsjahr 2008 sollen die Krankenkassen zusätzlich zu den Daten nach § 30 versichertenbezogen folgende Daten als Stichprobe erheben:

- Postleitzahl
- Anzahl der Versichertentage mit einer Einschreibung in ein DMP-Programm
- Anzahl der Versichertentage differenziert nach den im RSA relevanten Versicherten-
gruppen und DMP-Programmen
- das Jahresarbeitsentgelt gemäß der Jahresentgeltmeldung nach § 28a Abs. 3 Satz 2
Nr. 2 SGB IV
- die für die Bezieher von Arbeitslosengeld gezahlten Beiträge.

Die Spitzenverbände können hierfür im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zur zeitlichen Zuordnung und das Stichprobenverfahren regeln. Das Bundesversicherungsamt kann von den Krankenkassen weitere Auskünfte und Nachweise verlangen.

Stellungnahme

Zu Artikel 1 § 272

Die Übergangsregelung stellt eine Begrenzung der RSA-Transfers mit Regionalfaktor dar. Diese **steht den Leitlinien des Bundesverfassungsgerichts entgegen**, das in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (-2 BvF 2/01 -) die Notwendigkeit einer RSA-Weiterentwicklung bestätigt und sich zudem gegen die Einführung von Regionalfaktoren (Randziffer 204) und Transferobergrenzen (Randziffer 237) ausgesprochen hat.

Die Übergangsregelung widerspricht der Zielsetzung des Fondskonzepts, für jeden Versicherten die Fondszuweisungen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Morbidität zu justieren. In einem ersten Schritt wird festgestellt, welche Fondszuweisungen auf Basis dieser Risikoadjustierungen für die Versorgung eines jeden Versicherten in einem Bundesland benötigt werden. In einem nächsten Schritt (Übergangsregelung) werden diese notwendigen Zuweisungen – und damit die Ergebnisse der Risikoadjustierungen - nach oben oder nach unten korrigiert. Dies wird voraussichtlich dazu führen, dass für Versicherte, die in einem „risikogünstigen“ Bundesland mit „Transferbegrenzung“ wohnen, mehr Fondsmittel zugewiesen werden, als für deren Versorgung benötigt werden. Umgekehrt werden in einem anderen „risikounünstigeren“ Bundesland die Mittel nicht in der Höhe zugewiesen werden, die für die Versorgung notwendig sind. In der Konsequenz bedeutet dies, dass in dem risikogünstigeren Bundesland die überflüssigen Zuweisungen als Prämie ausgezahlt werden können und in dem risikounünstigeren Bundesland die Versicherten Zusatzbeiträge für die Deckung ihrer Versorgungsbedarfe zahlen müssen. Folglich führt die Übergangsregelung zu Fehlzuweisungen und damit zu zusätzlichen Wettbewerbsverwerfungen.

Außerdem ergeben sich durch die Berechnungsvorgaben folgende weitere Probleme:

- Der Schwellenwert von 100 Mio. Euro als absoluter Betrag ist als Messgröße ungeeignet, da er große Bundesländer stärker vor Belastungen schützt als kleine Bundesländer. So überschreitet ein Bundesland mit 10 Mio. Versicherten schon bei einer

Zusatzbelastung von mehr als 10 € je Versicherten die Belastungsschwelle. Ein Bundesland mit wenigen Versicherten (z.B. Bremen) kann diese Schwelle nur dann überschreiten, wenn die Belastung mehr als 167 Euro je Versicherten beträgt.

- Die Regelung sieht vor, dass die Fondseinnahmen denjenigen Einnahmen gegenübergestellt werden sollen, die ein Bundesland ohne Fonds erhalten hätte. Die Einnahmen, die mittels eines Zusatzbeitrages erhoben werden, sollen hierbei nicht berücksichtigt werden. Die Nichtberücksichtigung der Zusatzbeiträge führt auch bei einer 100-prozentigen Fondsausstattung bei einer regionalen Betrachtung zu systematischen Verzerrungen bei der Ermittlung der Be- bzw. Entlastungswirkungen.
- Das Bundesversicherungsamt soll hierfür ab dem Jahr 2009 die Einnahmen ohne Fondskonzept **fiktiv** für jedes Bundesland ermitteln. Um zu einer realistischen Einschätzung der Transfers ohne Fonds zu kommen, müssten die Einnahmen (**Beitragseinnahmen und RSA-Einnahmen**) für die Versicherten eines Bundeslandes für jedes Jahr so ermittelt werden als gäbe es keinen Fonds.
- Die Vorschrift sieht hierzu vor, dass die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder versichertenbezogen von den Kassen erhoben und an das BVA gemeldet werden. Diese Informationen liegen den Kassen derzeit nicht für alle Mitgliedergruppen vor. Hierfür müssen die Meldungen z.B. zwischen BA und den Kassen neu gestaltet werden. Die Beitragseinnahmen sollen zudem mit den **am 31.12.2008 geltenden Beitragssätzen der Kassen** berechnet werden. Dies bedeutet, dass nicht der Beitragssatz herangezogen werden soll, der ab 2009 zu erheben wäre, sondern der zum 31.12.2008 erhobene. Ein solches „Einfrieren“ des Beitragssatzes berücksichtigt nicht, dass der Beitragssatz aus 2008 bei einigen Krankenkassen noch Entschuldungsanteile und kasseninterne Finanzhilfen enthält. Er wird auch nicht der Tatsache gerecht, dass im Laufe des Jahres 2008 und 2009 (erst recht in den Folgejahren) aufgrund der politisch gewollten Kassenwechsel ein anderer Beitragssatz von den Kassen zu erheben wäre, als zum 31.12.2008. Damit führt ein solches Vorgehen zwangsläufig zu systematischen Fehleinschätzungen der Einnahmen ohne Fondskonzept und somit zu Verzerrungen bei den Be- und Entlastungsbeträgen.
- Um die RSA-Transfers und RSA-Bedingungen ohne Fondskonzept zutreffend zu ermitteln, wäre es notwendig, das alte RSA-Verfahren parallel zu berechnen. Die Vorschrift sieht hierzu vor, dass die **RSA-Transfers auf der Basis der zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung** zu ermitteln und diese **mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 fortzuschreiben** sind. Dabei wird offenbar außer Acht gelassen, dass in 2006 für die gesamtdeutsche Rechtsangleichung im RSA eine „Rechtskreisangleichungsstufe“ von 87,5 Prozent und erst ab 2007 eine volle RSA-Rechtsangleichung gilt. Die für die Übergangsregelung geltende Berechnungsbasis 2006 würde die Vergleichsbasis für die Fondszuweisungen an die Ost-Bundesländern somit ungerechtfertigt verringern. Die Be- bzw. Entlastungsvolumina würden verzerrt. In der Konsequenz kann es durch die Übergangsregelung somit zu einer Rückführung der seit 2007 geltenden 100-prozentigen Rechtsangleichungsregelung kommen.

Eine Fortschreibung der RSA-Transfers auf der Basis der zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 ist zusätzlich alleine aus folgenden systematischen Gründen nicht sachgerecht:

Veränderungsrate nach § 71 Abs.3

- Bei der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 handelt es sich um eine Schätzung der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen auf Basis von Veränderungsarten von Vorjahresergebnissen. Die RSA-Transfers eines Bundeslandes werden maßgeblich

durch die beitragspflichtigen Einnahmen (hieraus resultiert die Finanzkraft) eines Bundeslandes bestimmt. Eine Fortschreibung der Transfers mit der GKV-weiten Veränderungsrate nach § 71 wird nicht der Tatsache gerecht, dass sich die beitragspflichtigen Einnahmen in den Bundesländern auf Grund z.B. konjunktureller Entwicklungen oder als Folge von Mitgliederänderungen sehr unterschiedlich entwickeln.

- Die RSA-Transfers des Jahres 2006 beinhalten zusätzlich die Verteilung der Steuerzuweisungen in Höhe von 4,2 Mrd. Euro. Ab dem Jahr 2007 sieht das GKV-WSG jedoch deutlich verringerte Steuerzuweisungen vor. Für 2009 ist die Höhe der Steuerzuweisung noch nicht beschlossen. Diese geänderten Steuerzuweisungen verändern auch die Höhe der RSA-Transfers und können nicht über die Veränderungsrate nach § 71 fortgeschrieben werden.
- Die Beitragsbedarfe und Risikopoolzuweisungen verändern sich GKV-weit aufgrund der Ausgabensteigerungen in den für den RSA relevanten Ausgabenbereichen (= im RSA berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben). Mit dem GKV-WSG werden ab 2007 bisherige Satzungsleistungen zu Regelleistungen und damit im RSA berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben umgewandelt. Die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 beinhaltet nur die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen und nicht die standardisierten Leistungsausgaben.
- Das GKV-WSG sieht zahlreiche Regelungen vor, die die Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen verändern. Es ist davon auszugehen, dass diese Veränderungen die Struktur der standardisierten Leistungsausgaben in den einzelnen Versichertengruppen (= Profileffekt) und damit die Beitragsbedarfe der einzelnen Bundesländern verändern wird. Dies gilt insbesondere für die vorgesehenen Veränderungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung ab 2009.
- Eine Fortschreibung der RSA-Transfers mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 wird ebenfalls nicht dem Sachverhalt gerecht, dass sich die Anzahl der in ein DMP-Programm eingeschriebenen Versicherten nach dem Jahre 2006 erhöht. Ein Anstieg der DMP-Versicherten führt jedoch dazu, dass sich der Beitragsbedarf für die Versicherten in einem Bundesland verändert.

Fazit:

Eine Ermittlung der wirklichen Belastungs- bzw. Entlastungswirkungen ist auf Basis der Regelungen in Artikel 1 § 272 und Artikel 38 § 34 RSAV nicht annähernd möglich

Änderungsvorschlag

In Artikel 1 wird Nr. 183 (§ 272 SGB V neu) gestrichen. In Artikel 38 Nr. 6 wird § 34 gestrichen.

Artikel 38 Nr. 6

§ 33 Abs. 1 RSAV (Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme ab 2009)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die strukturierten Behandlungsprogramme werden Zuwendungen mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 festgelegt, welche die Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen abdecken sollen.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung führt Zuwendungen zur Abdeckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen auf. Es sollten ebenfalls die Aufwendungen zur Deckung der Programmkosten, die mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen sowie die Schulungskosten, aufgeführt werden.

Der Anreiz für die Krankenkassen, sich in besonderer Weise um eine qualitativ hochwertige Versorgung chronisch Kranker zu bemühen bleibt nur so unter den neuen Rahmenbedingungen ab 2009 erhalten.

C. Änderungsvorschlag

- (1) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 2 Abs. 1 Satz 3 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten
 1. für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations-, Koordinations- und Schulungskosten, die im Zusammenhang mit der Durchführung der Programme entstehen.
 2. für Aufwendungen, die den Krankenkassen zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungskosten entstehen,

Hebt das Bundesversicherungsamt auf Grund der Evaluationsberichte nach § 28 g die Zulassung eines Programms auf oder lehnt es die Verlängerung der Zulassung ab, ist Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen.