

Mit Schreiben vom 07.07.2017 hat das Bundesversicherungsamt um Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2018 gebeten. Zu den vom Bundesversicherungsamt beabsichtigten Anpassungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

I. Anpassung des Klassifikationsmodells

Die im Festlegungsentwurf enthaltenen Änderungsvorschläge werden durch das BVA anhand der bewährten, transparenten Methodik erarbeitet und die Hintergründe der einzelnen Modellanpassungen ausführlich und nachvollziehbar dokumentiert. Aufbauend auf den detaillierten Analysen des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA sind nach Auffassung des AOK-Systems die für die Festlegung des Klassifikationsmodells 2018 vorgeschlagenen Anpassungen sachgerecht und für eine Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA geeignet. Insbesondere die arzneimittelbasierte Schweregraddifferenzierung wird begrüßt. Aus Sicht des AOK-Systems sind weitergehende Anpassungen in folgenden Punkten erforderlich:

I.1 Hierarchie 02: Neubildungen

Wir halten eine Differenzierung von mit Monoklonalen Antikörpern und Proteinkinaseinhibitoren behandelten Patienten weiterhin für notwendig, da sich die prospektiven Krankheitskosten dieser Patienten mit zunehmender Relevanz von allen anderen Tumorbehandlungen unterscheiden. Monoklonale Antikörper und Proteinkinasehemmer verursachten 2015 innerhalb der Antineoplastischen Arzneimittel mit 2,63 Mrd. € 53 % der Kosten bei nur 8,5 % der verordneten Tagesdosen (Arzneimittelreport 2016). So besteht nach den den Beschlüssen des G-BA zugrundeliegenden Auswertungen für Patienten mit metastasierten Melanomen mit BRAF-V600-Mutation (ca. 50 % der Melanome) der größte Zusatznutzen hinsichtlich Gesamtüberleben bei einer Kombinationstherapie der Proteinkinasehemmer Dabrafenib + Trametinib mit Jahrestherapiekosten von 196.000 € bzw. von Vemurafenib + Cobimetinib mit Jahrestherapiekosten über 181.000 €.

Für die unter § 35a SGB V fallende Medikamente dieser Gruppen wurde überwiegend im AMNOG-Verfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ein Zusatznutzen gegenüber der bisherigen Standardtherapie festgestellt. Ferner besteht durch die überwiegend im ersten Therapiejahr anfallenden hohen Kosten weiterhin für Krankenkassen ein Anreiz für eine Initiierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106a SGB V, bei einer Anwendung der Arzneimittel in Indikationen, für die kein Zusatznutzen besteht. Durch die sehr erheblichen Kostenunterschiede gegenüber allen anderen aktiven Therapien halten wir diese besondere Berücksichtigung von L01XC und L01XE für gerechtfertigt, auch wenn eine Differenzierung zwischen aktiv behandelten Tumoren und Tumoren in Nachbeobachtung oder aktiver Beobachtung nicht möglich ist, da u.a. die Strahlentherapie nicht im für den RSA zur Verfügung stehenden Datensatz abgebildet ist.

In Anlehnung an den Insulinzuschlag in Hierarchie 03 schlagen wir eine eigenständige, nicht hierarchisierte HMG vor, die für alle im Hierarchiestrang 2b abgebildeten soliden Tumore durch Aufgreifen über die ATC-Gruppen L01XE und

L01XC (Sonderfall 1 Dauertherapie) die prospektiven Behandlungskosten der neuen Onkologika abbildet. Hierdurch würde der dynamische Verlauf in der Entwicklung und Zulassung neuer Onkologika keinen besonderen Anpassungsbedarf nach sich ziehen, da die neuen Onkologika der neugebildete HMG jeweils zugeordnet werden können. Aufgrund der in Abschnitt III auf Seite 5 beschriebenen, zunehmenden Marktdurchdringung dieser neuartigen Onkologika halten wir eine Berücksichtigung dieser hochpreisigen Arzneimitteltherapien bereits für das Ausgleichsjahr 2018 erforderlich.

Analysen auf AOK-Daten 2014/2015 bestätigen, dass damit eine wesentlich zielgenauere Abbildung des veränderten Therapiegeschehens für solide Tumore im Vergleich zum Modellentwurf gelingt. Das R^2 steigt um 0,30 Prozentpunkte von 27,24 % auf 27,54 %, CPM von 24,41 % auf 24,55 %. Gleichzeitig geht MAPE um 4,30 Euro zurück.

I.2 Hierarchie 04: „Metabolische Erkrankungen“

Arzneimittelbasierte Differenzierung der Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels

Der Vorschlag des BVA, die Prüfung der vorgeschlagenen arzneimittelbasierten Differenzierung der Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels (Verordnung von Alpha-1-Antitrypsin für Versicherte mit der Diagnose E88.0 „Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, andernorts klassifiziert“) auf den nächsten Anhörungszyklus zu verschieben, ist nicht nachvollziehbar. Analog zur durchgeführten Untersuchung zur Aufnahme von Elosulfase alfa zur Validierung der Mukopolysaccharidose Typ IVa wurde eine Analyse für den Anhörungszyklus 2018 angekündigt (vgl. Erläuterungen zur Festlegung 2017, S. 27 f.) und kann auf Grundlage der vorliegenden Daten durchgeführt werden. Aufgrund deutlich erhöhter Folgekosten der mit Alpha-1-Antitrypsin therapierten Versicherten wäre eine weitere Steigerung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen in dieser Hierarchie zu erwarten.

Arzneimitteldifferenzierung für die Erkrankung Hypophosphatasie

Zur Therapie der Erkrankung Hypophosphatasie (E83.38) wurde ab dem 01.10.2015 mit Asfotase alfa (Strensiq® - ATC A16AB13) ein neues Arzneimittel zugelassen. Die Jahrestherapiekosten für ein 20 kg schweres Kind belaufen sich auf ca. 600.000 € und sind damit ähnlich hoch wie die Behandlungskosten von Morbus Pompe, Morbus Gaucher oder Morbus Fabry. Im Morbi-RSA gibt es für die Erkrankung bisher kein Arzneimittelaufgreifkriterium. Aufgrund der immens hohen Behandlungskosten schlagen wir vor, bereits im Klassifikationsmodell 2018 eine eigene arzneimittelvalidierte HMG (Sonderfall 2, analog zu den bereits im oberen Teil der Hierarchie stehenden DxGs 132, 133, 112 usw.) für die mit dem genannten Wirkstoff therapierten Versicherten zu bilden und diese in den oberen Teil der Hierarchie 4 einzuordnen.

I.3 Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“

Arzneimitteldifferenzierung von aHUS und PNH

Das AOK-System begrüßt die Aufnahme des atypischen hämolytisch-urämischen Syndroms unter Therapie mit Eculizumab. Allerdings ist das atypische hämolytische Syndrom im ICD-10-Katalog nicht eindeutig definiert. Bei einem Teil der AOK-

Versicherten, die mit dem hochspezifischen Eculizumab behandelt werden, wurden nicht die erwarteten ICD-Kodes D59.3 „Hämolytisch-urämisches Syndrom“ bzw. D59.5 „Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie“ dokumentiert, sondern die ICD-Kodes D59.1 „Sonstige autoimmunhämolytische Anämien“, D59.8 „Sonstige erworbene hämolytische Anämien“ und D59.9 „Erworbene hämolytische Anämie“. Aufgrund der fehlenden spezifischen Kodierung des atypischen hämolytisch-urämisches Syndroms sind diese als korrekt anzusehen. Daher schlagen wir vor, auch Patienten mit den Diagnosen D59.1, D59.8 und D59.9, die mit Eculizumab behandelt werden, in die DxG 240 aufzunehmen.

Aufnahme Faktor-X-Mangel in DXG 225 und DXG 226

Das BVA hatte in der Anhörung zum MRSA-Klassifikationsmodell 2014 geprüft, ob auch weitere Blutgerinnungsfaktor-Mangelerkrankungen neben dem Faktor-VIII-Mangel berücksichtigt werden sollen. Eine Gruppe „sonstige Gerinnungsstörungen mit Dauermedikation“ war u.a. aufgrund der kleinen Fallzahl als nicht sinnvoll erachtet worden. Der Faktor-IX-Mangel wird in der DxG 225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ bereits berücksichtigt.

Ein Faktor-X-Mangel hat eine vergleichbare Krankheitsausprägung, -schwere und Krankheitsfolge wie ein Faktor-VIII-Mangel. Durch die erstmalige Zulassung eines Faktor-X-Präparats hat sich die Situation in 2016 geändert. Coagadex® (ATC-Code B02BD13) wurde im März 2016 von der EMA zugelassen und steht damit als erste spezifische Gerinnungs-Ersatztherapie bei Faktor-X-Mangel zur Verfügung. Genauso wie bei Faktor-VIII-Mangel gibt es schwere und leichte Verläufe. Bei schweren Verläufen ist eine Dauertherapie notwendig.

Die Kosten für Coagadex® sind bei den ersten beobachteten Fällen mit Dauertherapie noch deutlich höher als die Kosten für Faktor-VIII-Mangel mit Dauertherapie.

Faktor-X-Mangel wird mit D68.24 kodiert. Die Gabe von Coagadex ist hoch spezifisch für einen Faktor-X-Mangel. Es wird daher vorgeschlagen, die DxG 225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ und DxG 226 „Hämophilie Männer mit Bedarfsmedikation“ um D68.24 zu ergänzen und in die Arzneimittelzuordnung den ATC-Code D02BD13 aufzunehmen. Aufgrund der Lokalisation des Gens auf Chromosom 13 sollten in der DxG 226 auch Frauen mit ICD D68.24 und ATC-Code D02BD13 berücksichtigt werden.

I.4 Hierarchie 10: „Drogen-/Alkoholmissbrauch“

Die zusätzliche Berücksichtigung von ATC-Kodes für die Arzneimittelbestätigung der DXG 926 „Opiatsubstitution“ wird begrüßt.

I.5 Hierarchie 13: „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“

Berücksichtigung der hereditären spinalen Muskelatrophie mit Mutationen im SMN1-Gen und Therapie mit Nusinersen (Spinraza®)

Die erbliche spinale Muskelatrophie ist ein sehr schwerer muskulärer autosomal-rezessiv vererbter Stoffwechseldefekt. Ursächlich ist eine Mutation im SMN1-Gen,

wodurch zu wenig SMN1-Protein gebildet wird, das die Motoneuronen im Rückenmark schützt. Die Ausprägung der Erkrankung ist abhängig von der Zahl der Kopien des SMN2-Gens, das jedoch überwiegend durch alternatives splicing so abgelesen wird, dass kein funktionsfähiges SMN1-Protein gebildet wird. Unterschieden werden Typ 1, der in den ersten 6 Lebensmonaten auftritt und eine mittlere Überlebenszeit von 6-7 Monaten aufweist. Die betroffenen Kinder müssen bald beatmet werden, da auch die Atemmuskulatur betroffen ist. Typ 2 tritt im Durchschnitt im 8. Lebensmonat auf, die Kinder können sitzen aber nicht frei gehen und überleben meist bis ins Erwachsenenalter. Typ 3 beginnt spätestens mit 3 Jahren, der Verlauf ist milde und die Lebenserwartung nur wenig reduziert.

Mit Nusinersen wurde nun ein Medikament zugelassen, das dazu führt, dass die SMN2-Genkopien mehr funktionsfähiges SMN-Protein erzeugen.

Nusinersen muss intrathekal (intraspinal in den Liquor cerebrospinalis) appliziert werden. Dies erfolgt entweder stationär oder in einer ambulanten Tagesklinik. Laut Fachinformation beträgt die Dosierung 12 mg bzw. 5 ml Nusinersen je Applikation, in der Aufdosierungsphase werden die Dosen 1 bis 3 mit je 14 Tagen Abstand gegeben, Dosis 4 nach weiteren 30 Tagen. Anschließend erfolgt eine Erhaltungstherapie alle 4 Monate. Bei Kosten von 109.880,04 € AVP pro Injektion (entspricht 103.606,27 € netto für die GKV) ergeben sich Kosten über 621.637,62 € im ersten Jahr und 310.818,81 € in den Folgejahren (Stand 01.07.2017, Lauer-Taxe).

Aufgrund der sehr hohen Kosten wird vorgeschlagen, Nusinersen bereits im Ausgleichsjahr 2018 zu berücksichtigen. Da die Applikation stationär und ambulant erfolgen kann und für die stationäre Applikation keine Arzneimittelabrechnungsdaten vorliegen, wird vorgeschlagen die erbliche spinale Muskelatrophie durch die ICD-Codes G12.0 „Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]“ und G12.1 „Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie“ aufzugreifen und mit einer Prüfung der Nusinersen-Therapie aufgrund von klinischer Relevanz zu versehen. Auf diese Weise würden sowohl stationär behandelte Patienten als auch ambulant behandelte Patienten aufgegriffen. Da es sich um eine Stoffwechselerkrankung handelt, bei der durch die Antisens-Behandlung wirksames Protein substituiert wird und aufgrund der Höhe der Kosten im zweiten Behandlungsjahr sollten die ICDs G12.0 und G12.1 zunächst der HMG281 „Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose mit ERT“ in Hierarchie 04 Metabolische Erkrankungen zugeordnet werden.

II Anpassung der Arzneimittelzuordnung

In Ergänzung zu den nach § 129 Abs. 2 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln möchten wir weiterhin auf Arzneimittel hinweisen, bei denen die Zuordnung zu den Krankheiten den Zulassungsstatus unzureichend abdeckt. Zum Beispiel ist Azulfidine (ATC A07EC01) ausschließlich für chronisch entzündliche Darmerkrankungen und Gelenkbefall bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zugelassen, beide zugelassenen Anwendungsgebiete werden im Klassifikationsmodell allerdings nur der Indikation Colitis zugeordnet. Die Juvenile Colitis mit Gelenkbeteiligung gehört aber zur Krankheit Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten. Wird nun zum Beispiel Azulfidine bei Patienten mit Arthritis bei Crohn-Krankheit eingesetzt, so ist dies durch die Zulassung abgedeckt. Bei der

Arzneimittelbestätigung der DxG 199 (Juvenile Arthritis mit Dauermedikation) wird mit der derzeitigen ATC-Abgrenzung Azulfidine (A07EC01) bei M09.2 (Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa) nicht berücksichtigt, obgleich eine Dauertherapie innerhalb der Arzneimittelzulassung vorliegt. Entsprechend schlagen wir vor, den ATC A07EC01 auch für die DxG 199, DxG 200, DxG 201, DxG 202, DxG 203, DxG 204, DxG 205, DxG 206, DxG 207 und DxG 211 zu berücksichtigen (vgl. unsere Stellungnahmen vom 29.01.2016, 28.07.2016).

III. Modellverbesserungspotentiale durch die Berücksichtigung von Hochkostenarzneitherapien im Klassifikationsmodell vorausschauend nutzen

Aus Sicht des AOK-Systems sind im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens frühzeitig Hochkostenarzneitherapien zu berücksichtigen. Denn die sprunghaft erhöhten Behandlungskosten bei neuartigen kostenintensiven Arzneimitteltherapien können zu Hierarchieverletzungen und infolge dessen zu einer erheblichen Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens führen. Alleine von 23 in 2017 begonnen AMNOG-Verfahren zu neuen Arzneimitteln bzw. neuen Indikationsbereichen entfallen 12 auf neuartige hochpreisige Onkologika aus den ATC-Gruppen L01XC und L01XE, weitere 5 Medikamente entfallen auf hochpreisige Arzneimittel für seltene Erkrankungen und nur 6 entfallen auf alle anderen Krankheiten. Der Neuzugang hochpreisiger Spezialmedikamente stellt daher besonders in der Onkologie eine relevante Herausforderung dar. Aus diesem Grund wird das BVA bzw. der Wissenschaftliche Beirat gebeten, die bereits in den letzten Anhörungsverfahren vorgeschlagene Untersuchung einer Arzneimitteldifferenzierung der mit monoklonalen Antikörpern bzw. Tyrosinkinasehemmern therapierten soliden Tumore vorzunehmen. Die in der Festlegung 2017 vorgetragenen Bedenken hinsichtlich der Gefahr einer medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung sind unbegründet. Denn die Zulassung der personalisierten Arzneimittel und monoklonalen Antikörper ist eng begrenzt auf Patienten mit bestimmten Tumoren und nachgewiesenen genetischen Eigenschaften (vgl. Abschnitt I.1, S. 1).

Eine vorausschauende Anpassung des Klassifikationsmodells unter Nutzung von Sekundärdaten sieht das AOK-System für die Abbildung der deutlich gestiegenen Behandlungskosten von Patienten mit spinaler Muskelathropie geboten. Mit Spinrasa® (Wirkstoff Nusinersen) erhielt zum 01.07.2017 ein Medikament Marktzugang, welches mit Jahrestherapiekosten im ersten Jahr in Höhe von 621.000 € und in den Folgejahren von 310.000 € die sonstigen Behandlungskosten in der Hierarchie 13 Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks klar dominieren wird.

Behandlungskosten in vergleichbarer Größenordnung entstehen auch bei der Behandlung der Erkrankung Hypophosphatasie mit dem in 2015 zugelassenen Wirkstoff Asfotase alfa. Eine Abbildung dieser Therapieform würde die Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens deutlich verbessern und ist daher für das Klassifikationsmodell 2018 vorzusehen. (vgl. unsere Stellungnahmen vom 29.08.2014, 03.09.2015, 29.01.2016, 28.07.2016, vgl. Abschnitt I.2, S. 2).

IV Anpassung von Aufgreifkriterien infolge DDD-Anpassungen im GKV-Arzneimittelindex

Das WIdO hat in der Sitzung der Arbeitsgruppe ATC/DDD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen am 25. November 2016 den Auftrag erhalten, die DDD-Definitionen, u.a. bei den Blutgerinnungsfaktoren zu prüfen und an die Marktgegebenheiten in Deutschland anzupassen. Aufgrund der neu definierten Tagesdosen haben sich die DDDJEPACK-Informationen im GKV-Arzneimittelindex des Monats Juni 2017) grundlegend geändert. Dies wirkt sich erheblich auf die Zuordnung der Versicherten in den Hierarchien 4 Metabolische Erkrankungen, 8 Hämatologische Erkrankungen, 14 Neurologische Erkrankungen und 19 Lunge sowie 25 Transplantationen aus.

Eine Übersicht zu den insbesondere im Bereich der Blutgerinnungsfaktoren bedeutsamen DDD-Änderungen enthält die Tabelle 2 der anliegenden Liste mit den Erweiterungen und Änderungen der ATC-Klassifikation des GKV-Arzneimittelindex April 2017 zu März 2017 (Anlage01_Unterschiede_GKV_AI_April_2017_März 2017). Die DDDJEPACK-Änderungen werden im Ausgleichsjahr 2018 zu erheblichen Änderungen in der Klassifikation von Versicherten mit Blutgerinnungsstörungen führen. Daher werden der Wissenschaftliche Beirat und das BVA gebeten, die Auswirkungen der deutlich veränderten Tagesdosen zu untersuchen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Aufgreifkriterien und die festgesetzten BT-Grenzen empirisch zu prüfen und erforderliche Modellanpassungen gegebenenfalls vorzunehmen. AOK-Analysen und Analysen des GKV-SV zeigen, dass andernfalls mit einer deutlichen Verschlechterung der Modellgüte zu rechnen ist.

Da die DDD-Änderung bereits für die Zuordnung der Versicherten im Ausgleichsjahr 2017 relevant ist, schlagen wir in Übereinstimmung mit dem GKV-SV vor, für den Jahresausgleich 2017 die Berechnung der Behandlungstage in den betreffenden ATCs der oben genannten Hierarchiestränge auf Basis der DDD-Angaben der „amtlichen“ Version des GKV-Arzneimittelindex durchzuführen.

V Änderung des Berechnungsverfahrens

V.1 Keine IST-Kostenausgleiche im Morbi-RSA

Die mit dem GKV-FQWG vorgesehenen Anpassungen der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte unter Berücksichtigung der tatsächlichen IST-Ausgaben für Krankengeld bzw. Auslandsleistungen der Kontenarten 480 und 483 werden vom AOK-System weiterhin abgelehnt. Im Rahmen der Begründung zum GKV-FQWG wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass mit IST-Kostenausgleichen Fehlanreize in Bezug auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) gesetzt werden.

„[...] ein Ist-Kosten-Ausgleich der grundsätzlichen RSA-Systematik mit ihrer Orientierung an den jeweiligen Durchschnittskosten widerspricht und tendenziell mit negativen Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen verbunden ist, [...]“ (BT-Drucksache 18/1307, S. 60).

Das AOK-System fordert daher, die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte konsequent als standardisierte Leistungsausgaben und ohne Berücksichtigung von IST-Kosten zu bemessen und das bis 2012 angewendete Berechnungsverfahren umzusetzen. Wir verweisen auf unsere Stellungnahmen vom 29.08.2014, 18.09.2014, 03.09.2015 und 28.07.2016.

Darüber hinaus halten wir es für zwingend erforderlich, die Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte und Krankengeld auf der Grundlage der Gutachten nach § 269 SGB V kurzfristig anzupassen. Aufgrund des bereits erarbeiteten Meldeverfahrens für die hierfür erforderlichen Daten und dessen Umsetzung im Kalenderjahr 2018 sind die datentechnischen Voraussetzungen bereits geschaffen. Für die Umsetzung des vom Gutachter vorgeschlagenen Krankengeldzuweisungsmodells, das eine Morbiditäts- und Einkommensorientierung der Zuweisungen vorsieht, sind lediglich einzelne Aspekte gesondert zu prüfen. Dazu gehört die Frage der Verwendung eines Vollmodells für Krankengeldzuweisungen sowie die sachgerechte und zielgenaue Abbildung der Einkommenskomponente im Zuweisungsmodell. Entsprechend der Hinweise der Gutachter sind dabei besonders die in § 47 SGB V genannten Regelungen zur Höhe der Krankengeldzahlungsbeträge zu beachten. („70 Prozent vom Bruttoarbeitsentgelts aber maximal 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts“).

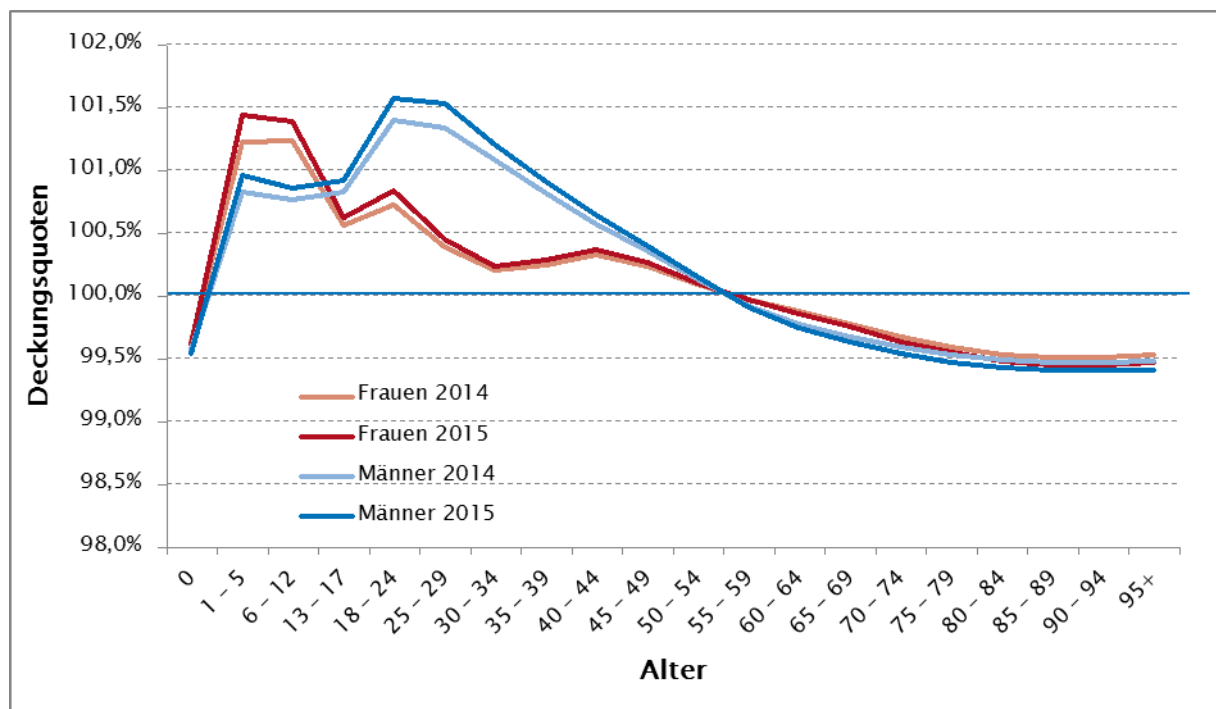
V.2 Keine sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben

Das AOK-System vertritt weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und nicht durch die Vorgaben des § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV gedeckt ist (vgl. hierzu detailliert auch unsere Stellungnahmen vom 02.09.2011, 18.03.2013, 30.08.2013, 29.08.2014, 03.09.2015 und 28.07.2016)

Zwischenzeitlich liegen auch für den Jahresausgleich 2015 gesicherte Ergebnisse des GKV-SV vor, die die AOK-Analysen bestätigen, dass die fehlerhafte Sonderregelung der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu systematischen Über- und Unterdeckungen und damit vermeidbaren Risikoselektionsanreizen führt. Im Rahmen der Analyse der altersspezifischen Deckungsgrade stellte der GKV-SV fest, dass trotz der Korrektur des Berechnungsfehlers weiterhin Überdeckungen bei jüngeren Versicherten und Unterdeckungen bei älteren Versicherten bestehen. Die Über- und besonders die Unterdeckungen im hohen Alter wurden zwar deutlich reduziert, aber dass gemäß GKV-SV bei Versicherten unter 35 Jahren weiterhin eine Überdeckung von mehr als einem Prozent besteht, ist ausschließlich darauf zurückzuführen, dass eine Sonderregelung für die Pro-Kopf-Verteilung der Zuweisungen für die sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben besteht. Würde diese Sonderregelung – wie vom AOK-System seit langem gefordert – abgeschafft oder die Verteilung zumindest entsprechend der altersbezogenen Zuschläge (AGG bzw. AusAGG) erfolgen, wären die vom GKV-SV ermittelten Verzerrungen der Zuweisungen nicht zu beobachten. Dies hat bereits der Wissenschaftliche Beirat im Rahmen seiner Analysen zu den Deckungsquoten nach Alter und Geschlecht festgestellt: Ohne Berechnungsfehler und ohne sog. nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben sind so gut wie keine Abweichungen von der altersbezogenen 100 %-Deckung zu beobachten. Eine systematische Über- und Unterdeckung, wie sie die Analysen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, besteht nicht (Vgl. Drösler, S. et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, S. 145).

Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum bei der Bestimmung des Volumens der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben weiterhin die übrigen Erstattungen für Ausgaben unberücksichtigt bleiben. Diese Ausnahme von der grundsätzlich geltenden Berechnungssystematik zur Ermittlung von Netto-Leistungsausgaben im Zuweisungsverfahren ist weder inhaltlich noch rechtlich begründet. Insoweit weiterhin an der vom AOK-System abgelehnten Abgrenzung der sog. nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben festgehalten wird, müssen die Werte der entsprechenden KJ1-Konten mit dem Verhältnis der Nettoleistungsausgaben ohne Krankengeld zu den Bruttoleistungsausgaben ohne Krankengeld der KJ1 multipliziert werden. Abschnitt 2.1.2 der Festlegung sowie die Verfahrensbestimmung sind entsprechend anzupassen (vgl. unsere Stellungnahmen hierzu vom 30.08.2013 und vom 28.07.2016).

Deckungsquoten nach Alter und Geschlecht im Jahresausgleich 2014 und 2015



Quelle: Kennzahlenbooklet des GKV-Spitzenverband zum Jahresausgleich 2015, Seite 64.

Die Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben führt also dazu, dass der Zielsetzung des § 266 SGB V nicht ausreichend entsprochen wird: Denn § 266 SGB V sieht vor, dass für die Gesundheitsfondszuweisungen ein Risikostrukturausgleich durchgeführt wird, der die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Risiken von Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgleicht. Dieses Ziel wird im bestehenden Verfahren nicht sichergestellt. Soweit die getroffene Festlegung im Rahmen der Regelungskompetenz des BVA liegt, ist das BVA verpflichtet, die Auswirkungen der Sonderregel vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben zu prüfen und Korrekturen vorzunehmen, wenn – wie im Fall der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben – die Sonderregelung dem gesetzlichen Ziel, Risikoselektion zu verringern, widerspricht.

Das AOK-System fordert daher mit Nachdruck, die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu beenden. Soweit diesem Vorschlag aus unzulässigen wettbewerblichen Interessen innerhalb der GKV widersprochen wird,

- (a) muss das Verfahren der Standardisierung wenigstens den Vorgaben des § 266 SGB V angenähert werden, indem die sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nach AGG-Gewichten verteilt werden,
- (b) müssen die Ergebnisse der BVA-Analysen des Anhörungsverfahrens 2011 und 2014 umgesetzt werden (die Kontenarten 467 (ab 2013: Konten 5283 bis 5285), 482, 514, 590 und Konto 5155 werden nicht mehr den sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zugeordnet!) und
- (c) müssen die Erstattungen auch von den sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben in Abzug gebracht werden – dies gilt für alle Erstattungen und nicht nur die Rabatte auf Impfstoffe.

VI Redaktionelle Anmerkungen

- Seite 27: der Verweis auf die Ergebnisse der Überprüfung der Kostenhomogenität der in HMG 045 verbliebenen Gruppen fehlt.

Anlagen:

- Anlage01_Unterschiede_GKV_AI_April_2017_März 2017