

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

Vorab per E-Mail

Bundesversicherungsamt
Herrn Frank Otto
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Ihr/e Gesprächspartner/in
Martin Piroth

Tel.: 02204 44-269
Fax: 02204 44-66269
E-Mail: martin.piroth@bv.ikk.de

Geschäftszeichen:
A 7.1 (2)/fr

20. Juni 2008

Morbiditätsorientierter RSA und Gesundheitsfonds; hier: Anhörung zur Festlegung des Klassifikationsmodells

Sehr geehrter Herr Otto,

mit Datum vom 29. Mai 2008 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Entwurf zur Festlegung des Klassifikationsmodells gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV für den künftigen morbiditätsorientierten RSA (MorbiRSA) den Spitzenverbänden der Krankenkassen bekannt gegeben und um Stellungnahme bis zum **20. Juni 2008** gebeten. Zu diesem Entwurf nehmen wir daher wie folgt Stellung:

Stellungnahme

Unter methodischen Gesichtspunkten halten wir das entwickelte Modell mit Blick auf die gesetzlichen Vorgaben grundsätzlich für zielführend und angemessen. Die angewandten statistischen Verfahren sind sachgerecht. Dennoch verbleiben mit Blick auf den gewählten - streng wissenschaftlichen - Ansatz sowie auf einzelne Details verschiedene Kritikpunkte:

Zuweisung des Merkmals EMG

Versicherte erhalten nur dann das Risikomerkmals EMG, wenn die Erwerbsminderung im vorangegangenen Jahr für mindestens 183 Versichertentage bestanden hat. Das führt dazu, dass neue Erwerbsminderungsrentner (EM-Rentner) im Ausgleichsjahr nicht das Merkmal EMG erhalten, wenn der Rentenbeginn nach dem 2.7. des vorangegangenen Kalenderjahres liegt. Dies wiederum würde dazu führen, dass die erwiesenen Mehrkosten

Seite 1 von 4

08-06-20_a_br_bva_stellungnahme_festlegung_klassifikationsmodell.doc

Friedrich-Ebert-Straße
(TechnologiePark)
51429 Bergisch Gladbach
IKK: 109 900 019
BBNR: 37912580

Telefon 02204 44-0
Telefax 02204 44-185
E-Mail ikk-bundesverband@bv.ikk.de
Internet www.ikk.de

SEB AG Filiale Köln
Kölner Bank eG
Postbank Köln

Konto-Nr. 1 008 036 600
Konto-Nr. 29 317 003
Konto-Nr. 1 923 00-507

BLZ 370 101 11
BLZ 371 600 87
BLZ 370 100 50

eines EM-Rentners in diesen Fällen frühestens 1 ½ Jahre nach Rentenbeginn eine besondere Berücksichtigung finden. Dies erscheint uns wenig sachgerecht – insbesondere wenn man davon ausgeht, dass dieser Personenkreis auch schon in der Zeit vor Rentenbeginn deutlich höhere Kosten als der „Durchschnittsversicherte“ verursacht und in den meisten Fällen bis zu 78 Wochen aufgrund seiner (schweren) Erkrankung Krankengeld bezogen hat.

Daher schlagen wir vor, dass die Kriterien für das Merkmal EMG wie im Status quo RSA ausgestaltet werden. Gemäß der Regelungen in § 3 Abs.3 Satz 5 RSAV würde dann die besondere Berücksichtigung einer Erwerbsminderung bei Dauerrenten mit dem Tag des Rentenbeginns und bei Zeitrenten mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente erfolgen. Da die EMR-Versichertentage gemäß Anlage 3.5 zur RSA-Vereinbarung in der Satzart 100 in der Systematik des § 3 Abs.3 Satz 5 RSAV zu erheben sind, können diese dann für die Zuweisung des Merkmals EMG ohne weitere Einschränkung herangezogen werden.

Zur Umsetzung unseres Vorschlags muss das BVA darauf hinwirken, dass § 31 Abs. 4 Satz 4 der RSAV gestrichen wird, damit eine Änderung im Rahmen der zukünftig angeordneten Aktualisierung und Überarbeitung des Klassifikationsmodells durchgeführt werden kann. Ggf. ließen sich Änderungen auch noch im Rahmen der anstehenden Änderungen der RSAV durch das GKV-OrgWG erreichen.

Umgang mit dem Merkmal „extrakorporale Blutreinigung“

Gemäß § 31 Abs.1 Nr.3 RSAV sollen die Krankenkassen jährlich für die Weiterentwicklung und Durchführung des RSA „Angaben über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren“ erheben. Diese werden daher mit der Meldung der Versicherungszeiten (Satzart 100) an das BVA übermittelt. Im vorgelegten Entwurf des Klassifikationsmodells findet dieses Merkmal keine Berücksichtigung, obwohl aufgrund der expliziten Nennung in der RSAV davon auszugehen ist, dass der Gesetzgeber eine Berücksichtigung für grundsätzlich erforderlich hält.

Berücksichtigung von zahnärztlichen Leistungen

Für das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld herangezogen. Dabei ist weiterhin offen, wie die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz im MorbiRSA berücksichtigt werden. Eine versichertenbezogene Datenmeldung seitens der kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) findet nicht statt, die jetzige Stichprobendatenmeldung beruht auf dem Stichprobenmodell des Status quo RSA und kann damit für das vorgestellte Klassifikationsmodell nicht verwendet werden. Dementsprechend sind die Ausgaben für die zahnärztlichen Leistungen bei der Gesamtbetrachtung der Kosten je Versicherten nicht oder nur teilweise berücksichtigt; es besteht also Nachbesserungsbedarf.

Berücksichtigung von Arzneimitteln

Bereits in unserer Stellungnahme zur Krankheitsauswahl hatten wir darauf hingewiesen, dass die Verwendung von Diagnosen aus den ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten im zukünftigen Klassifikationsmodell als problematisch anzusehen ist, weil z.B. die Daten erst mit großem zeitlichen Verzug und darüber hinaus nur unvollständig vorliegen. Wir

hatten damals vorgeschlagen, dass "die in den qualitativ minderwertigen Datenlieferungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) enthaltenen Diagnosen nicht als leitendes Zuweisungskriterium verwendet werden sollten". Dieser Anregung ist das BVA leider nicht gefolgt. Auch wenn jetzt Arzneimittel in einem gewissen Umfang für die Klassifizierung herangezogen werden, halten wir es dennoch weiterhin bei bestimmten Krankheiten wie z.B. Diabetes oder HIV mit der möglichen eindeutigen Zuordnung von Arzneimitteln für zielführend, die Informationen über Arzneimittel als leitendes oder alleiniges Kriterium heranzuziehen. So könnten die bekannten Defizite bei den Diagnoseinformationen zumindest teilweise ausgeglichen werden.

Aufgreifkriterium Arzneimittel über die "DDD"

Darüber hinaus halten wir das Aufgreifkriterium "Arzneimittel über DDD" - und hier insbesondere die Bedingung " $DDD > 183$ " als Kriterium zur Beurteilung einer Krankheit auf ihr chronisches Geschehen hin - im vorliegenden Aufgreifalgorithmus nicht für sachgerecht.

Die "DDD" ist von der WHO als "angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Arzneimittels bei Erwachsenen mit einem Körpergewicht von 70 kg" definiert. Es handelt sich somit um eine rechnerische Größe, die nicht mit einer therapeutischen, empfohlenen oder verschriebenen Dosis gleichgesetzt werden darf. Wir halten die "DDD" als Kriterium für ungeeignet, eine Krankheit mit Blick auf ihr akutes oder chronisches Geschehen eindeutig zu bewerten. Wichtige Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und Körpergewicht werden nicht berücksichtigt.

Zudem erfordern bestimmte Krankheitsbilder eine Bedarfsmedikation (z.B. Asthma). Durch gute Information der Patienten und deren Mitarbeit (Fallmanagement) kann der Schweregrad der Erkrankung gesenkt werden, sodass eine geringere Medikation möglich wird. Die Krankheit ist dennoch weiterhin chronisch und kostenintensiv. Die jetzt vorliegende "harte Grenze" würde jedoch einen nichtsachgemäßen Umgang mit der Erkrankung und einen größeren Verbrauch von Arzneimitteln begünstigen.

Daher müsste das Aufgreifkriterium "DDD" grundsätzlich auf mögliche Einflussfaktoren wie z.B. Alter, Geschlecht und Körpergewicht abgestimmt werden. Da dies in der Praxis nur schwer umsetzbar sein wird, sollte dieses Kriterium ganz entfallen oder im Rahmen einer Redefinition so angesetzt werden, dass auch für Versicherte mit einer unterdurchschnittlichen Dosierung aber hohen anderweitigen Kosten entsprechende Zuschläge gewährt werden können.

Transparenz und Planbarkeit

Neben den oben kritisierten Details erfüllt das gewählte Klassifikationsmodell nicht die in der Vergangenheit oft diskutierten Anforderungen an Transparenz und Planbarkeit eines neu ausgestalteten RSA-Verfahrens. So hat nicht zuletzt das Bundessozialgericht (BSG) in der Begründung zu seinem Urteil vom 24.01.2003 (B 12 KR 19/01 R) festgehalten, dass "die Reform des RSA erst verwirklicht werden sollte, wenn die Datenbasis sicher ist. Dass mit dem RSA Neuland betreten wurde und zunächst Erfahrungen gesammelt werden durften, könnte in Zukunft möglicherweise nicht mehr geltend gemacht werden". Des Weiteren führt es aus, dass "der RSA [in seiner jetzigen Form] außerordentlich differenziert geregelt ist. Eine solche Ausdifferenzierung führt nicht ohne Weiteres zu einem Zuwachs an

materieller Gerechtigkeit. Dafür könnte es genügend und im Übrigen einsichtiger sein, gewisse Verallgemeinerungen vorzunehmen".

Von einer Berücksichtigung dieser Anregungen ist das im Entwurf vorliegende Modell weit entfernt. Massendaten mit zweifelhafter Qualität werden als Datengrundlage für ein Verfahren herangezogen, welches **jedem Versicherten der GKV** einen oder mehrere von **insgesamt 142 Parametern zuweist**. Zahlreiche Detailfragen bei der Umsetzung wie z.B. die Behandlung von überschneidenden Versicherungszeiten von Kassenwechslern oder die Berücksichtigung von dauerhaft im Ausland lebenden Versicherten, deren Diagnoseinformationen die Kasse i.d.R. nicht erhält, werden durch das Modell nicht geklärt. Wurde mit dem bestehenden RSA-Verfahren nach langen Jahren ein gutes Maß an Stabilität und Qualität erreicht, wird jetzt unter dem Deckmantel der (grundsätzlich wünschenswerten) stärkeren Morbiditätsorientierung das Zuweisungsverfahren komplett "umgekrempelt" und aufgrund des vom BVA gewählten hochkomplexen Klassifikations- und Zuweisungsverfahrens in seiner Transparenz und Planbarkeit zurück in die Anfangstage des Status quo-RSA gebracht.

Ebenfalls wurde eine weitere Anregung des BSG, welches anführt, dass "es der Akzeptanz des Verfahrens dienen könnte, wenn die einzelnen Kassen mehr in die Gestaltung des RSA-Verfahrens einbezogen würden", nicht umgesetzt. Eine Anhörung der Spitzenverbände für ein solch komplexes Verfahren innerhalb von nicht einmal drei Wochen durchzuführen, lässt sich nur schwerlich als "Einbeziehen" der Kassen bezeichnen. Uns ist natürlich bewusst, dass die knappen Termine teilweise den gesetzlichen Vorgaben geschuldet sind. Dennoch kann das Verfahren, welches Grundlage für die zukünftige Finanzierung der Krankenkassen ist, nicht nur unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten entwickelt werden. Möglichkeiten, die Kassen und deren Sachverstand in den vergangenen fast 6 Monaten der Modellentwicklung einzubinden, hätte es sicherlich gegeben. Diese Chance wurde leider vertan.

Mit freundlichen Grüßen
Abteilung Statistik und Analysen

Martin Piroth