



BKK Bundesverband GbR, Postfach 10 05 31, 45005 Essen

per E-Mail

Bundesversicherungsamt
Herrn Dr. Dirk Göppfarth
Friedrich-Ebert-Allee 38
53133 Bonn

BKK Bundesverband GbR

Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Essen, 1. September 2009

Unser Zeichen: 4100/Dm-Me

Ihr/e Ansprechpartner/in:
Dr. Hildegard Demmer

Telefon: +49 201 179-01
Durchwahl: +49 201 179-1200
Telefax: +49 201 179-1001

Internet: www.bkk.de

Sie erreichen uns:
Montag-Donnerstag 08:00-17:30 Uhr
Freitag 08:00-15:00 Uhr

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes zum Entwurf des Klassifikationsmodells 2010 bzw. der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

ergänzend zu und zum Teil abweichend von der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf des Klassifikationsmodells 2010 möchten wir Ihnen die aus Sicht der Betrieblichen Krankenversicherung wesentlichen Hinweise übermitteln. Die Anmerkungen wurden innerhalb des BKK Systems durch die zuständigen Fachkoordinatoren abgestimmt. Es ergeben sich für uns folgende Punkte, die einer näheren Kommentierung bedürfen:

1. Modelle zur Anpassung der Aufgreifkriterien,
2. Aufgreifkriterium Arzneimittel: Betrachtung bereinigter Behandlungstage mit Arzneimittelverordnung,
3. Hämatologische Erkrankungen,
4. Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte,
5. Wegfall der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen“,
6. Hochrechnung der nicht versichertenbezogen erfassten Ausgaben,
7. Berechnung des Anpassungsfaktors in den Strukturanpassungen.



Zu 1.

Im Vorschlagsverfahren wurden verschiedene Anpassungsvorschläge der Aufgreifkriterien gemacht und das Bundesversicherungsamt (BVA) hat eine Änderung anhand von sechs Modellen geprüft. Zusätzlich wurden Kombinationen einiger dieser sechs Modelle geprüft. Die Vorhersagegüte wurde anhand des Gütekriteriums R^2 gemessen. Der derzeitige Status Quo erzielt ein R^2 von 20,85 %. Das BVA ermittelte die höchste Schätzgenauigkeit (20,92 %) bei Modell 4, bei dem das Aufgreifkriterium Arzneimittel die M2Q-Prüfung ersetzt, sofern eine Arzneimittelbehandlung zwingend erforderlich ist.

Diese Modellierung würde dazu führen, dass Versicherte, die mit Depot-Medikamenten versorgt werden und nicht zwangsläufig mehrmals im Jahr zum Arzt müssen, in die Gruppierung aufgenommen werden können. Diesem Vorteil steht aber der Nachteil gegenüber, dass das Modell 4 weniger restriktiv und somit u. U. manipulationsanfälliger ist. Aus diesem Grund hat sich der wissenschaftliche Beirat dafür ausgesprochen, die Aufgreifkriterien strikter zu prüfen, indem zusätzlich gefordert wird, dass die Arzneimittelverordnung im gleichen Quartal wie die Diagnosestellung erfolgen muss (Modell 2).

Der Zugewinn an Vorhersagegenauigkeit aus dem kombinierten Modell (4 + 2) liegt bei einem R^2 von 20,87 % und damit nur marginal über dem Status Quo. Dieser minimale Zugewinn an Prognosegüte erscheint uns nicht ausreichend zu sein, um das bisherige Klassifikationsmodell zu ändern; zumal damit eine erhebliche Verkomplizierung des Verfahrens einschließlich Verringerung der Transparenz verbunden ist.

Die Realisierbarkeit dieser Modellvorgabe ist zudem fraglich: Die M2Q-Prüfung erfolgt derzeit als erster Schritt auf der Basis der Krankheitszuordnung. Alle weiteren Prüfungen, insbesondere auch die Arzneimittelvalidierungen, sind für DxGruppen definiert. Entsprechend dem Festlegungsentwurf wären aber bereits vor der M2Q-Prüfung diejenigen Diagnosen zu kennzeichnen, die – gemäß der zugeordneten DxGruppe – diese Prüfung nicht durchlaufen müssen.

Wir sprechen uns daher gegen diese Änderung aus und schlagen vor, die Modellvarianten zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu prüfen, wenn valide Daten aus mehreren Jahren vorliegen (Prüfung in Form einer Zeitreihenanalyse). Dies auch vor dem Hin-



tergrund, dass eine kontinuierliche Datenqualitätssteigerung erst durch die Etablierung eines gesicherten Verfahrens über mehrere Jahre gewährleistet ist.

Zu 2.

Vor dem Hintergrund möglicher Fehlanreize in Bezug auf das Verordnungsverhalten (Mehrfachtherapie, Höherdosierung) schlägt der wissenschaftliche Beirat die Bereinigung von verordnungsspezifischen Behandlungstagen vor. Dabei soll die Kumulation der Wirkstoffmengen bzw. Behandlungstage verschriebener Präparate ausgeschlossen werden. Überschneidungen bei mehreren Verordnungen führen nicht zu Mehrfachzählungen.

Grundsätzlich unterstützen wir Maßnahmen, die zu einer Reduktion möglicher Fehlanreize bei der Arzneimittelverordnung führen. Es sind aber auch Fallkombinationen denkbar, in denen eine Überschneidung von Verordnungen medizinisch sinnvoll und eine Mehrfachzählung im Morbi-RSA daher gerechtfertigt ist. Darüber hinaus führt die Änderung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel zu einem Rückgang der Prognosequalität. Insofern schlagen wir vor, die Änderung zurückzustellen, bis konkrete Nachweise für eine Manipulation des Verordnungsverhaltens vorliegen. Eine Reduzierung der Prognosegüte aufgrund nicht erwiesener Verdachtsmomente erscheint uns nicht gerechtfertigt.

Zu 3.

Der wissenschaftliche Beirat hat geprüft, ob bei Hierarchie 8 (Hämatologische Erkrankungen) durch Einführung eines geeigneten Arzneimittelkriteriums Morbiditätsgruppen mit höherer Kostenhomogenität konstruiert werden können. In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf führt das BVA aus, dass die bei Hämophilie verordneten Faktor-VIII- und Faktor-IX-Präparate zumeist direkt geliefert und nicht unter Angabe einer Pharmazentralnummer (PZN) abgerechnet werden.

Für diese Fälle sah die Anlage 3.4 der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 02.06.2008 eine Lieferung mit der Sonder-PZN 9999901 vor. Mit dem Schreiben des BVA vom 30.03.2009 an den GKV-SV teilte das BVA allerdings mit, dass es „die Übermittlung manuell zugeordneter Pharmazentralnummern grundsätzlich für unzulässig im Sinne des § 30 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 RSAV“ hält. Insofern enthält die Anlage 3.4 der aktuellen Bestimmung des GKV-SV



nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 08.06.2009 keine Sonder-PZN für Hämophilie-Produkte mehr. Der vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Anpassung des Klassifikationsmodells können wir aufgrund der fehlenden rechtlichen Grundlage nicht zustimmen.

Zu 4.

Aufgrund der erwiesenermaßen hohen Kosten, die ein Sterbefall verursacht, plädiert der wissenschaftliche Beirat dafür, die Zuweisungen an Verstorbene unabhängig vom Todeszeitpunkt in voller Höhe zu leisten. Diese Regelungen können wir nicht befürworten, da in erheblichem Maße vom Verfahren des morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleichs (MRSA) abgewichen und für eine einzelne Gruppe von Versicherten eine Sonderregelung geschaffen wird, für die es keine Rechtsgrundlage gibt.

Die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Versicherte kurz vor dem Tod mehr Kosten verursachen, ist statistisch unbestritten. Dies gilt umso mehr, wenn die Versicherten bereits Grunderkrankungen haben. Das dieses Risiko bei einem prospektiv angelegten RSA-Verfahren Probleme verursacht, wenn Versicherungszeiten und Morbiditätsdaten mit Kosten des Folgejahres verknüpft werden, steht auch außer Frage. Allerdings war es der Wille des Gesetzgebers, einen prospektiven Ausgleich ohne gesonderte Berücksichtigung von Hochkostenfällen zu etablieren. Mit diesem Verfahren geht eine generelle Unterdeckung solcher Hochkostenfälle einher, unabhängig davon, ob diese Kosten in einem (zeitlichen) Zusammenhang mit dem Tod stehen.

Der hier vorgelegte Entwurf zur Berücksichtigung der vollen Versicherungszeit auch für im Ausgleichsjahr Versterbende stellt nicht nur eine Begünstigung einer einzelnen Versichertengruppe dar (zulasten anderer - auch anderer Hochkostenfälle), sondern verletzt in eklatanter Weise das Prinzip eines prospektiven Ausgleichsmodells auf der Basis dokumentierter Erkrankungen. Auch der Aspekt der Vermeidung von Selektionsanreizen trifft nicht, da der Sterbezeitpunkt naturgemäß nicht im vorhinein bekannt ist. Vielmehr sollten Krankenkassen nicht aus dem ‚frühzeitiges Ableben‘ eines Versicherten im Jahresverlauf monetäre Vorteile ziehen. Dies wäre der Fall, falls die Zuweisungen für einen im Januar Versterbenden dieselben wären wie für einen im Dezember Versterbenden (bei ansonsten gleicher Klassifikation).



Darüber hinaus hat der Gesetzgeber die Kriterien im § 268 SGB V klar definiert. Demnach sollen neben den bekannten Kriterien des „Alt-RSA“ die weitere Effekte über hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) ausgeglichen werden. Diese sollen:

1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,
2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sein,
3. Anreize zu Risikoselektion verringern,
4. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen,
5. 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde legen.

Daraus lässt sich u. E. nicht ableiten, dass der Gesetzgeber das Problem der Sterblichkeit, also „Mortalität“, in ein Ausgleichsmodell einbezogen wissen wollte. Auch eine „Uminterpretation“ des Gesetzes anhand des zweiten Punktes ist unseren Augen nicht zulässig. Der RSA weist den Krankenkassen standardisierte Leistungsausgaben zu. Eine Standardisierung bedeutet in jedem Fall, dass die tatsächlichen Leistungsausgaben der Versicherten nach oben und unten vom Standard abweichen können. Unterdeckungen bei bestimmten Versichertengruppen - wie beispielsweise Sterbefällen - stehen also Überdeckungen anderer Versichertengruppen gegenüber und werden gegebenenfalls von diesen ausgeglichen.

Würde man der Interpretation des wissenschaftlichen Beirats im Bereich der HMG folgen, so würden sich weitere „Sonderfälle“, wie zum Beispiel ein Hochrisikoaussgleich für besonders teure Leistungsfälle innerhalb der GKV, anschließen. Da der Gesetzgeber dies aber nicht vorgesehen hat, sehen wir diese Anpassung innerhalb des Klassifikationsmodells als nicht rechtens an.

Zu 5.

Dem Wegfall der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung / attention deficit disorder / andere hyperkinetische Störungen“ können wir aus unserer Sicht nicht zustimmen. Un-



abhängig davon, dass es sich hierbei um eines der Kernkrankheitsbilder für Kinder innerhalb unserer Gesellschaft handelt, ist der Wegfall aufgrund der alleinigen Schwellenwertprüfung bei der Auswahl der Krankheiten in unseren Augen fraglich.

Wie bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverband am 14. August 2009 zur Krankheitsauswahl ausgeführt, ist eine alleinige Schwellenwertprüfung, ohne Prüfung der weiteren Kriterien nach der bekannten Systematik, bedenklich. Das in der Krankheitsauswahl gewählte Verfahren führt dazu, dass eine Erkrankung per Schwellenprüfung aus dem Modell entfernt wird, obwohl der vom BVA in der Kalibrierung ermittelte prospektive Zuschlag keinesfalls zu den Bagatellzuschlägen gehört. Immerhin weisen in der Klassifikation 2009 38 HMGs geringere Zuschläge auf als die HMG066 ADHS. Daraus lässt sich folgern, dass das Unterschreiten des Schwellenwertes bei ADHS nichts damit zu tun hat, dass es sich hierbei um eine "billige" Bagatellerkrankung handelt, sondern vielmehr die übrigen Kosten der von ADHS betroffenen Versicherten die Schwellenwertunterschreitung verursachen. Im Hinblick auf die Zielgenauigkeit des Ausgleichsverfahrens erscheint das außerordentlich kritikwürdig.

Zu 6.

Wir stimmen dem GKV-Spitzenverband zu, dass einem Teil der nicht versichertenbezogen erfassten Kosten (in der Satzart 700) durchaus ein Morbiditätsbezug unterstellt werden kann, jedoch trifft dies auf den größten Teil der nicht versichertenbezogen erfassten Kosten nicht zu bzw. deren Morbiditätsbezug unterliegt anderen Strukturen als denen, die im Morbi-RSA abgebildet werden. Darüber hinaus resultiert der Hochrechnungsbedarf nicht nur aus Kosten, die nicht versichertenbezogen erfasst werden.

Im wesentlichen lassen sich folgende Hochrechnungserfordernisse identifizieren:

1. In den Daten zur Berechnung der Kostengewichte für die Morbiditätsgruppen sind nicht sämtliche Ausgaben des Berichtsjahres vollständig personenbeziehbar abgebildet, weil
 - der Leistungsbereich Zahnärzte bislang vollständig fehlt. Es gibt derzeit keine für den Zweck des Morbi-RSA geeignete Datenbasis. Die Bestrebungen für eine Verbesserung der Datenlage für das Berichtsjahr 2009 können im Moment nur als bedingt erfolgreich bezeichnet werden, weswegen verfrüht erscheint dies für 2010 bereits als gegeben zu betrachten,



- in allen übrigen Leistungsbereichen Erfassungslücken in unterschiedlichem Maß auftreten. Die Gründe dafür sind vielfältig und zum Teil unsystematisch.
- 2. Die Daten zur Berechnung der Kostengewichte enthalten naturgemäß das Ausgabenniveau des Berichtsjahres. Konkret bilden die Daten für das Ausgleichsjahr 2010 derzeit die Ausgaben des Berichtsjahres 2008 ab. Dieser Zeitraum ist durch geeignete Hochrechnungsverfahren zu überbrücken.
- 3. Das gleiche time lag gilt für die in den Daten abgebildeten Strukturinformationen. Hier ist zu unterscheiden zwischen
 - der Alterung der Bevölkerung, die vom BVA bereits in angemessener Weise berücksichtigt wird, und
 - der Zunahme der dokumentierten Morbidität durch die fortschreitende Verbesserung der Datenqualität.

Zur Behandlung der o. g. Datenlücken hat das BVA im Entwurf des Klassifikationsmodells einen nach unserer Auffassung sachgerechten Vorschlag unterbreitet.

Zu 7.

Es liegt in der Natur des gewählten prospektiven Ausgleichsmodells, dass die sich aus der festzulegenden Klassifikation ergebenden Relationen zwischen HMG, EMG und AGG einer Periode vor dem Ausgleichsjahr entsprechen. Man würde die prospektive Ausrichtung des Systems in Teilen aufheben, wenn nachträglich andere Relationen angewendet würden.

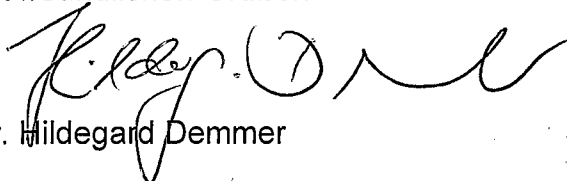
Die zwischen 1. und 2. Grundlagenbescheid festzustellende Steigerung Morbidität (Umstieg von Datenbasis 2006 auf 2007) hätte ohne Anpassung zu einer Ausweitung des Zuweisungsvolumens geführt. Im gleichen Zeitraum bleibt jedoch der Anteil der Versicherten mit HMG-Zuschlägen nahezu konstant. Daraus lässt sich schließen, dass zwischen 2006 und 2007 nicht die tatsächliche Morbidität angewachsen ist, sondern lediglich eine bessere, vollständigere Dokumentation erfolgt ist. Eben weil diesen Verschiebungen größtenteils keine reale Morbiditätssteigerung zugrunde liegt, sondern eine Änderung in der Dokumentation von Morbidität, kann man davon ausgehen, dass bei der Neukalibrierung für den Jahresausgleich diese Verschiebung wieder ausgeglichen wird.



Es ist deshalb konsequent und richtig, wenn das BVA in seinem Vorschlag abweichend von 2009 nun einen Weg zu gehen beabsichtigt, der in den Strukturanpassungen die ursprünglichen Relationen der Klassifikation erhält.

Sehr geehrter Herr Dr. Göpfahrt, wir hoffen, dass diese Anmerkungen Ihnen bei den anstehenden Festlegungen eine Hilfe sind und Berücksichtigung finden. Für Rückfragen stehen Ihnen die für das Thema RSA zuständigen BKK Fachkoordinatoren, Herr Abrill (Tel. 0511 34844 226) und Herr Rogalski (Tel. 0201 179 1489) gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Hildegard Demmer

Kopie:

BVA, Frau Dorothee Schmidt

BKK Fachkoordinatoren RSA