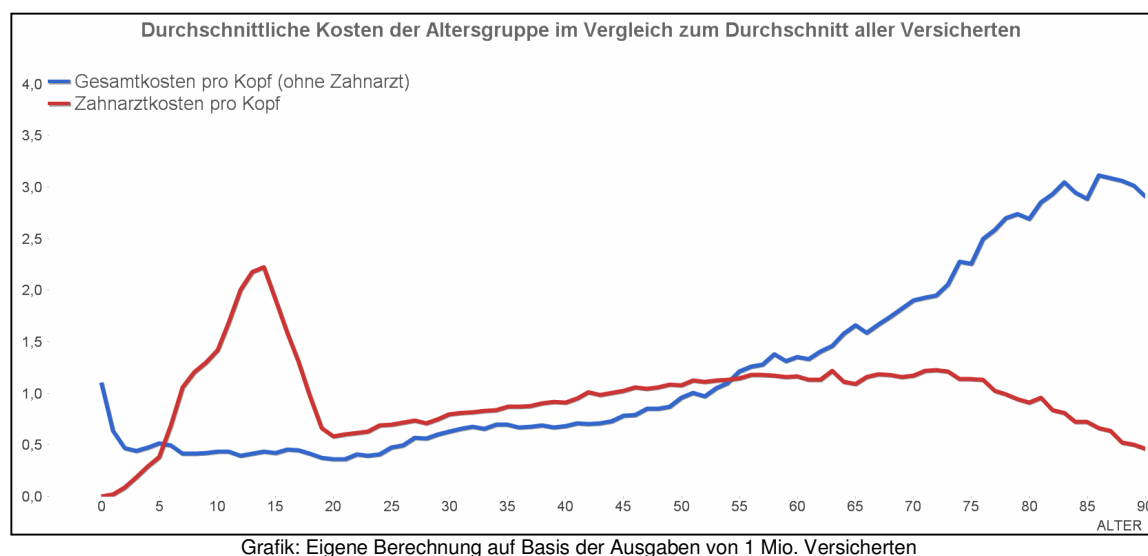


Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

per Email hat uns der GKV-Spitzenverband am 05. August 2011 den Vorschlag des BVA zur Festlegung des Klassifikationsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2012 zukommen lassen. Wir begrüßen die ausführlichen, transparenten Erläuterungen zu den einzelnen Änderungen und bedauern, dass aus zeitlichen Gründen nicht alle angesprochenen Themen aufgegriffen werden konnten. Dennoch enthält die Entwurfsversion aus unserer Sicht wesentliche Punkte, die nicht ausreichend diskutiert werden. Auf diese Punkte möchten wir im Folgenden näher eingehen, eine vergleichbare Rückmeldung haben wir auch an den GKV-Spitzenverband weitergegeben.

### Neuberechnung Krankheitsauswahl

Zunächst möchten wir die nicht durchgeführte Neuberechnung der Krankheitsauswahl auf Basis des vom wissenschaftlichen Beirat vorgegebenen Selektionsalgorithmus durch das BVA thematisieren. Die der bestehenden Krankheitsauswahl zugrunde liegende Datenbasis berücksichtigt die Zahnarztausgaben nicht, sodass durch die Ausgestaltung des Schwellenwertkriteriums eine systematische Benachteiligung von Krankheiten von Versicherten in jungen Altersgruppen die Folge ist. Im Ergebnis führte dies dazu, dass z.B. ADHS als zuschlagsfähiges Krankheitsbild aus der aktuellen Krankheitsauswahl entfiel. Durch die Neuberechnung der Krankheitsauswahl für das Jahr 2012 hätte dieser systematische Fehler zum Nachteil junger Versicherter behoben werden können, da nun die tatsächlichen Zahnarztausgaben vorliegen und berücksichtigt werden könnten. Diese Chance wurde vom BVA jedoch nicht genutzt.



## **Umgang mit stationären Nebendiagnosen**

Demgegenüber begrüßen wir ausdrücklich die Entscheidung des BVA die stationären Nebendiagnosen analog zu den ambulanten Diagnosen zu behandeln und damit die Manipulationsresistenz höher zu bewerten als eine geringe Verschlechterung der Güte des Modells. Gerade die Erfahrungen der jüngeren Vergangenheit haben gezeigt, dass hier die Anreize für die Krankenkassen falsch gesetzt waren. Der geringere Rückgang des  $R^2$  gegenüber der Erstberechnung kann sogar als Indiz für den „Erfolg“ der Upcoding-Maßnahmen angesehen werden und unterstreicht damit die Relevanz der Änderung.

Die BARMER GEK hat im Rahmen des Vorschlagsverfahrens bereits darauf hingewiesen, dass die Anzahl und damit auch der Anteil der stationären Nebendiagnosen in den letzten Jahren stark angestiegen sind. Gegenüber den Jahren im Vorfeld des Morbi-RSA gab es für die Krankenkassen auch wesentlich geringere Anreize Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Die vorgeschlagene Anpassung setzt somit auch ein richtiges und wichtiges Zeichen in Bezug auf die Prämissen „ambulant vor stationär“ (vgl. SGB V §73 Abs. 4) und „keine Anreize zur Leistungsausweitung“ (vgl. SGB V §268 Abs. 1 Satz 1 Punkt 4).

Ebenfalls im Vorschlagsverfahren haben KBV und BÄK darauf hingewiesen, dass die bisherige Vorgehensweise bei der Bewertung von stationären und ambulanten Diagnosen nicht bei allen Diagnosegruppen sachgerecht ist, ähnliche Beispiele lassen sich sicherlich auch bei der jetzt vorgeschlagenen Methodik finden. Aus Gründen der Komplexität, der Nachvollziehbarkeit und damit auch der Akzeptanz sollte aus unserer Sicht jedoch die Anzahl der Ausnahmen und Einzelfallbetrachtung nicht stetig weiter ausgebaut werden.

Jede Methode hat Vor- und Nachteile. Unter Berücksichtigung der Komplexität, der medizinischen Bedeutung, der Auswirkung für die Versicherten und der gesetzlichen Vorgaben (SGB V §§ 266 und 268) ist die Entscheidung des wissenschaftlichen Beirats und des BVA sehr zu unterstützen, da die Vorteile für die Gesamtheit der GKV-Versicherten überwiegen, auch wenn es im Einzelfall im Status Quo zu einer besseren Kostenschätzung kommt.

## **Keine Änderungen vor der Veröffentlichung des Gutachtens**

Prinzipiell begrüßen wir die Meinung des BVA vor der Veröffentlichung des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats keine gravierenden Eingriffe in den Wettbewerb vorzunehmen. Dennoch möchten wir an dieser Stelle erneut auf einige Aspekte hinweisen, die aus unserer Sicht in der bisherigen Diskussion zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2012 zu kurz gekommen sind.

- a) Die Thematik Krankengeld wurde erneut nicht diskutiert. Bereits im Vorfeld der Festlegung des Klassifikationsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2009 wurde darauf hingewiesen, dass das Regelentgelt als nicht beeinflussbare Größe, die jedoch direkten Einfluss auf die Krankengeldausgaben hat, bei der Bestimmung der Krankengeldzuweisung berücksichtigt werden muss. Krankenkassen mit Mitgliedern mit überdurchschnittlichem Regelentgelt müssen somit ein wesentlich strengeres Fallmanagement gegenüber ihren Versicherten betreiben um diesen Nachteil durch eine Reduzierung der Fallanzahl oder Falldauer zu korrigieren. Ein Finanzkraftfaktor könnte dieses Ungleichgewicht kostenneutral korrigieren und somit für faire Wettbewerbsbedingungen auf diesem Teilgebiet sorgen.
- b) Die Zuweisungen zur Deckung der Verwaltungskosten werden weiterhin pauschal über einen morbiditätsbezogenen und einen versichertenbezogenen Anteil verteilt. Aus unserer Sicht sollten sich die Zuweisungen nicht an den Ist-Kosten der einzelnen Kassenarten orientieren, sondern – sofern man sich nicht auf eine generelle Herausnahme der Verwaltungskosten aus dem Morbi-RSA einigen kann – zumindest an Sollkosten. Somit würden bestehende Strukturen nicht zementiert, sondern Anreize zur Effizienzsteigerung in sämtlichen Bereichen gesetzt.
- c) Wir möchten erneut darauf hinweisen, dass die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener keine sachgerechte Lösung zur Beseitigung der Unterdeckung bei verstorbenen Versicherten darstellt. Aus mathematischer Sicht mag die Anpassung richtig erscheinen. Allerdings werden durch diese Änderung fiktive Ausgaben geschaffen, die einem Teil der Versicherten unsachgerecht zugeschlagen werden. So führt die Annualisierung u.a. zu einem Anstieg der Regressionsgewichte aller HMG, die bei verstorbenen Versicherten häufig vorkommen, obwohl sie nicht im Zusammenhang mit dem Tod stehen. Gleichzeitig steigen die Predictive Ratios der Verstorbenen nur um 4 Prozentpunkte auf 33 % an. Um weitere Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern raten wir dringend von einer Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener ab.

### **Verkomplizierung des Ausgleichs für Kostenerstattung**

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass das Verfahren erneut an Komplexität, Sonderlösungen und Risikomerkmale zunimmt. Dies zeigt sich u.a. bei der vorgesehenen, detaillierten Aufgliederung der Kostenerstattungsgruppen. Für uns scheint es sehr fragwürdig, ob bei der geringen Anzahl der Versicherten mit Kostenerstattung diese starke Aufspaltung erforderlich ist. Außerdem hegen wir erheblichen Zweifel an der Validität der errechneten

Zuschläge für die neu erstellten Gruppen zur Aufteilung der Kostenerstatter. Selbst die Berechnungen, die in den Erläuterungen zum Klassifikationsmodell dargestellt werden, zeigen, dass es hier aufgrund der sehr geringen Datengrundlage zu Verwerfungen kommt. So variieren die Zuschläge bei der konstanten Gruppe „Kostenerstattung nach §13“ zwischen den einzelnen Modellvarianten um mehrere Cent, obwohl sich hier eigentlich keine Änderungen ergeben dürften.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie die grundsätzlich höheren Ausgaben der Kostenerstattung berücksichtigt werden. Bei der Kostenerstattung nach §53 (Wahltarife) werden diese i.d.R. durch eine von den Teilnehmern finanzierte Prämie ausgeglichen. Insofern muss sichergestellt werden, dass nur der Ausgabenanteil für Kostenerstattung über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen wird, der auch in der Regelversorgung angefallen wäre. Gegebenfalls sollte hier ein Abzug über einen Korrekturfaktor geprüft werden, um nicht gerechtfertigte Doppeleinnahmen der Krankenkassen zu vermeiden.

### **Kein Morbiditätsbezug bei Präventionsleistungen**

Außerdem erklärt sich uns das Vorgehen des BVA bei den nicht morbiditätsbezogenen Konten nicht. Aus unserer Sicht kommt es einem erheblichen Eingriff in den Wettbewerb gleich. Seit Inkrafttreten des GKV-WSG im Januar 2009 können sich die Krankenkassen untereinander nur noch über weitergehende Leistungen differenzieren. Hierbei kann jede Krankenkasse frei wählen in welchen Bereichen sie sich stärker engagiert. Das gewählte Bewertungsverfahren des BVA verführt die Krankenkassen dazu, anfallende Leistungsausgaben gezielt zur Beeinflussung der Zuweisung umzuleiten, ein Aspekt der nicht nur aus wettbewerbsrechtlicher Sicht kritisch zu bewerten ist. Daher erscheinen die mathematischen Methoden zur Überprüfung durchaus fragwürdig und dürfen, wenn überhaupt, nicht nur zur Untersuchung einzelner Teilbereiche eingesetzt werden. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist wie die Individualprophylaxe eine Möglichkeit, präventiv tätig zu werden. Diese Maßnahmen werden von Arbeitgebern und Krankenkassen gemeinsam vorangetrieben. Es gibt keine Grundlage für die Annahme, dass Arbeitgeber mit morbidem Angestellten ein grundsätzlich höheres Interesse an der Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiter haben sollten, als solche mit tendenziell gesünderen Angestellten. Ähnlich stellt es sich bei den Schutzimpfungen dar. Untersuchungen des BKK Systems zeigen auch hier keinen Bezug zur Morbidität. Wie bereits bei den Verwaltungskosten dürfen auch hier nur die Soll-Kosten ausschlaggebend für die Zuweisung sein – die entsprechenden Zuweisungen

sollten deshalb weiterhin pauschal erfolgen. Den gegenläufigen Vorschlag des BVA lehnen wir daher ab.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Florian Getfert, [florian.getfert@sbk.org](mailto:florian.getfert@sbk.org) , 089 62700 416

Stefanie Zacher, [stefanie.zacher@sbk.org](mailto:stefanie.zacher@sbk.org) , 089 62700 791