



**BKK Bundesverband GbR**

Kronprinzenstr. 6  
45128 Essen

Essen, 17. August 2012

Internet: [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

## **Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2013**

Mit Schreiben vom 27. Juli 2012 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Entwurf für das Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2013 bekannt gegeben. Die frühzeitige und transparente Veröffentlichung aller eingereichten Vorschläge wird ausdrücklich begrüßt.

Die Betriebliche Krankenversicherung hat die geplanten Änderungen in gewohnter Weise eingehend geprüft. Insbesondere bei den hierarchischen Morbiditätsgruppen wird in weiten Strecken eine sinnvolle Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells unter Berücksichtigung der aktuellsten Erkenntnisse angestrebt. Im Gegensatz dazu ist es nicht nachzuvollziehen, weshalb eine Änderung bei der Berechnung der Gewichtungsfaktoren geplant ist, die einerseits zu erheblichen Verteilungsveränderungen führen wird und andererseits völlig isoliert aus dem Gesamtkontext einer sinnvollen Weiterentwicklung des Morbi-RSA umgesetzt werden soll. So werden darüber hinausgehende sinnvolle Änderungsvorschläge aufgrund einer vermeintlich fehlenden rechtlichen Grundlage erneut nicht einmal geprüft.

### **Komplexität des Verfahrens**

Das Bundesversicherungsamt hat durch Zusammenlegung die Anzahl der Sonderregeln verringert, unter anderem um die Komplexität des Verfahrens zu reduzieren. Dieser Ansatz ist grundsätzlich zu begrüßen. Die vorgenommenen Anpassungen können von uns nachvollzogen werden. Dennoch ergibt sich nach

unserer Auffassung ein wirklicher Abbau an Komplexität durch diese Anpassung nicht.

Insgesamt sehen wir nur wenige Ansätze, das Verfahren ernsthaft zu vereinfachen. Wir beobachten vielmehr eine zunehmende Ausdifferenzierung einzelner Hierarchien. Anschaulich wird dies zum einen anhand der Steigerung der Gesamtzahl der HMG von derzeit 132 auf 155 und zum anderen an der ohnehin schon sehr komplexen Hierarchie 2 mit insgesamt 11 unterschiedlichen HMG. Ab 2013 soll die Hierarchie letztendlich aus zwei Strängen mit insgesamt 20 HMG bestehen. Insbesondere die Einführung der HMG 280 mit einem voraussichtlichen Zuschlag von 9 € erscheint uns an dieser Stelle fragwürdig.

Eine solche Verfeinerung und Aufgliederung steht u.E. dem Anspruch des RSA entgegen, GKV-standardisierte Leistungsausgaben auszugleichen.

Demgegenüber ist ein Ausgleich für besonders schwerwiegende und teure Leistungsfälle sehr wichtig. Ansätze zeigen sich in einzelnen Hierarchien (u.a. Hierarchie 13 und 14). Es handelt sich hierbei aber um Einzelmaßnahmen, die die Gesamtproblematik teurer Leistungsfälle nur unzureichend Rechnung trägt. Die Einführung eines Risikopools würde diese Fälle angemessener ausgleichen, als es derzeit über die standardisierten Leistungsausgaben im Morbi-RSA geschieht.

### **Schweregraddifferenzierung Sonderfall Hämophilie**

Das BVA hat den Vorschlag des BKK BV GbR mit der Begründung abgelehnt, dass „schon die Validierung über Verordnungsquartale eine Erleichterung der Validierungskriterien für die betroffenen Fälle darstellt“. Darüber hinaus wird argumentiert, dass das Ausmaß der Erleichterung im Vergleich mit der Regelung bei den Behandlungstagen unverhältnismäßig sei.

Da mit den bisherigen Vorgehensweise eine Berücksichtigung der stationär verursachten Bluterpräparate nicht erfolgt, plädieren wir für eine Berücksichtigung der hämophiliebezogenen Zusatzentgelte soweit der Wirkstoff (PZN) und die Menge aus den Behandlungsunterlagen entnommen werden kann. Hintergrund ist, dass sich hierbei zweifelsfrei um kostenintensive Aufwendungen der Kasse handelt, die in unmittelbaren Zusammenhang zur Krankheit zu sehen sind und eine Abgabe über

die Apotheken lediglich ersetzen. Eine Anpassung der Behandlungstage erübrigt sich dadurch.

### **Hierarchie 28: "Chronischer Schmerz"**

Im Hinblick auf die Hierarchie 28 bestehen aufgrund der unspezifischen Aufgreifkriterien erhebliche Manipulationsmöglichkeiten. Für die HMG 252 wird auf eine Arzneimittelvalidierung verzichtet, so dass durch unspezifische Diagnosen wie z.B. R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz Zuweisungen generiert werden können. Eine Abgrenzung zu anderen Krankheiten ist nicht möglich.

Für die HMG 253 sind die zur Validierung zugelassenen ATCs nicht eng genug auf den chronischen Schmerz ausgerichtet. Antiepileptika und Antidepressiva können keine sinnvolle Validierung des chronischen Schmerzes darstellen. Zudem sind zur Validierung homöopathische und anthroposophische Mittel zugelassen, die für eine Validierung des Chronischen Schmerzes nicht geeignet sind.

Es ist zudem fachlich nicht geboten, über die Sonderregel bei den Aufgreifkriterien das M2Q-Kriterium zu umgehen. Da chronischer Schmerz als über mindestens drei Monate andauernde, wiederkehrende Schmerzzustände definiert ist, kann auf das Einhalten des M2Q-Kriteriums nicht verzichtet werden.

Das BKK System schlägt daher vor, die HMG 252 und 253 zusammenzuführen und ausschließlich über Opioid-Verordnungen (ATC N02A) zu validieren.

### **Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen**

Gegenwärtig bleiben Diagnosen aus der ambulanten Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ generell unberücksichtigt. Abweichend hiervon werden Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V auch dann berücksichtigt, wenn kein Qualifizierungsmerkmal vorliegt. Diese Sonderregelung wurde als Übergangsregelung eingeführt, da für die genannten Einrichtungen die Meldung des Qualifizierungsmerkmals nicht immer sichergestellt war.

Das BVA geht in seinem Klassifikationsentwurf davon aus, dass für diese Übergangsregelung keine Notwendigkeit mehr besteht. Das Übergangsverfahren im Rahmen des Datenträgersaustausches wurde im Jahr 2010 eingeführt, wobei erst ab dem dritten Quartal entsprechende Qualifizierungsmerkmale von den Einrichtungen geliefert werden mussten. Die Berechnungen des BVA beruhen auf den Daten des Jahres 2010. Da eine Anpassung der Datenwege und damit einhergehend auch etwaige vertragliche und softwaretechnische Anpassungen Zeit erfordern, schlägt das BKK-System vor, die Übergangsregelung vorerst für das Jahr 2013 noch bestehen zu lassen. Eine dezidierte Aussage, ob die Datenlage aufgrund der geschaffenen Übergangsregelungen sich verbessert hat, sollte auf Basis des Jahres 2011 erfolgen.

### **Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden**

Der Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2013 sieht vor, in der Regression zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren die Ausgaben je Versichertentag zu Grunde zulegen. In der Regression soll für alle Versicherten eine Gewichtung vorgenommen werden, bei der die Versichertentage des Versicherten durch 365 (bzw. 366) dividiert werden. Eine Annualisierung der Ausgaben bei unvollständigen Versicherungsperioden soll nicht vorgenommen werden.

Bei dieser Umstellung des Berechnungsverfahrens handelt es sich de facto um die Einführung der bereits intensiv diskutierten Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener. Die geplante Änderung würde zu einer finanziellen Belastung des BKK Systems von jährlich ca. 150 Mio. Euro führen. Der Verfahrensvorschlag wird vom BKK System weiterhin abgelehnt.

Der Vorschlag ist aus folgenden Gründen nicht sachgerecht:

- Die Gleichbehandlung aller Versichertengruppen mit unvollständiger Versicherungsperiode ist nicht angemessen, da sich für Verstorbene dezidiert unterschiedliche Ausgabenverläufe zeigen. Während bei den nicht verstorbenen Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versichertentag nicht von der Dauer der Versicherungszeit abhängen, zeigt sich bei den Verstorbenen eine mit der Versicherungszeit nicht lineare Abnahme. Die vorgesehene Regelung würde daher einen Methodenfehler festschreiben, da verstorbene und nicht verstorbene Versicherte in der Regression nicht gleichbehandelt werden dürfen.
- Die Gleichbehandlung aller Versichertengruppen mit unvollständiger Versicherungsperiode im Morbi-RSA führt zu Fehlallokation von Zuweisungen und damit nicht gerechtfertigten Über- und Unterdeckungen. So würden z.B.

bereits stark unterdeckte Krankenkassen (Deckungsquote unter -97,5%) durch weitere Abflüsse von Zuweisungen existenziell gefährdet.

- Als Folge der fehlerhaften Berücksichtigung von unterschiedlichen Ausgabenverläufen führt der Verfahrensvorschlag auch nicht zu einer deutlichen Verbesserung der Deckungsquoten Verstorbener. Während hierdurch die Deckungsquote lediglich von 29 % auf 32 % zunähme, ließe sich bereits durch die vom BKK System wiederholt geforderte Einführung eines Risikopools eine Deckungsquote bei Verstorbenen von 40 % erreichen (Angaben laut Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats).

Zusammenfassend ist die im Festlegungsentwurf für das Ausgleichjahr 2013 vorgesehene Berücksichtigung von Leistungsausgaben bei unvollständigen Versicherungsperioden abzulehnen. Sie ist methodisch fehlerhaft, löst nicht das Problem der Unterdeckung Verstorbener, stellt aber einen erheblichen Eingriff in den Wettbewerb in der GKV zu Gunsten weniger Krankenkassen dar. Der Vorstoß des BVA lässt zudem an der Verlässlichkeit der Politik zweifeln, da noch zu Beginn dieses Jahres die Bundesregierung bekräftigte, bis auf weiteres keine wesentlichen Änderungen am Morbi-RSA vornehmen zu wollen. Das BKK System tritt für eine RSA-Gesamtstrategie ein, mit der nicht nur die Unterdeckung Verstorbener behoben, sondern auch andere Verzerrungen, wie etwa die Berechnung der Zuweisung für Krankengeld, nachhaltig korrigiert wird. Allein durch die derzeitige fehlerhafte Berücksichtigung des Krankengelds tritt im BKK System eine jährliche Unterdeckung von ca. 150 Mio. Euro auf.

### **Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren**

Aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung kann die Zielgenauigkeit der Zuweisungen durch eine zusätzliche Berücksichtigung der DMP-Teilnahme im Regressionsverfahren gesteigert werden. In den vergangenen Jahren wurde korrekterweise das zu verteilende Gesamtvolumen um den auf Leistungsausgaben entfallenden DMP-Pauschalenanteil reduziert (vgl. Punkt 2.1.1 in Festlegung 2012). Damit wird sichergestellt, dass die Ausgaben für DMP-Programme nicht doppelt ausgeglichen werden. Allerdings fließen die Ausgaben für DMP-Programme über die versichertenindividuellen Leistungsausgaben ins Regressionsverfahren ein, da die Konten in der Bestimmung (vgl. Anlage 3.1. 2010 Festlegung Bestimmung für das Meldejahr 2011) als berücksichtigungsfähig ausgewiesen werden. Somit werden die Ausgaben für DMP bei der Bestimmung der Zuschlagswerte berücksichtigt, obwohl die dahinterstehenden Ausgaben nicht über den Morbi-RSA ausgeglichen werden.

Das BVA kann die Argumentation für den Vorschlag nachvollziehen. Anstatt einer Umsetzung schlägt es vor, die Zuordnung der DMP-Kosten zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gemäß der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Absatz 7 Nr. 1 und 2 SGB zu überprüfen.

Eine Überprüfung in der sogenannten Bestimmungsrunde würde dazu führen, dass die praktische Umsetzung des Vorschlags nicht für das anstehende Klassifikationsverfahren erfolgen kann. Dies erscheint uns, nachdem das Problem erkannt wurde, nicht sachgerecht.

### **Anlage 3 – Berücksichtigungsfähige Arzneimittel je DxGruppe**

In der Anlage 3 zum Klassifikationsmodell 2013 werden die berücksichtigungsfähigen ATCs basierend auf dem GKV Arzneimittelindex 06/2012 festgelegt. In 2012 hat es eine erhebliche Umstrukturierung der ATC Codes gegeben. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen auf die Arzneimittelvalidierung im Klassifikationsmodell 2013 wurden vom BVA bei der Festlegung offensichtlich nicht umfänglich berücksichtigt. Das deutlichste Beispiel ist die DxG 225 ((Echte) Hämophilie (angeborener Faktor VIII oder Faktor IX-Mangel) mit Dauermedikation). Die Liste der berücksichtigungsfähigen ATCs ist seit dem Modell für 2010 unverändert. Allerdings enthält der GKV-AI seit 2012 den neuen ATC-Code B02BD13 (Octocog alfa), der den ATC-Code B02BD10 (ab 2012 Von Willebrand-Faktor vorher Octocog alfa) ersetzt. Dieser ATC-Code wurde in die Anlage 3 nicht mit aufgenommen. Dadurch fallen alle Präparate aus dieser Wirkstoffgruppe weg. Eine korrekte Zuordnung der betroffenen Versicherten zur HMG 035 findet nicht mehr statt.

Ähnlich verhält es sich mit der DxG363 (alter Myokardinfarkt) und der ATC-Gruppe B01AX („Andere antithrombotische Mittel“). Ein Teil der dort enthaltenen Präparate ist 2012 der neuen ATC B01AF01 („Rivaroxaban“) zugeordnet. Auch dieser ATC-Code wurde nicht mit aufgenommen.

Neben diesen Beispielen der Zuordnung von Präparaten zu neuen ATC-Codes finden sich auch Beispiele, bei denen PZN anderen bereits bestehenden ATC-Codes zugeordnet werden, die nicht berücksichtigungsfähig sind.

Eine eingehende Überprüfung der ATC-Zuordnung auf Basis des Arzneimittelindex 06/2012 und Anpassung ist, vor dem Hintergrund des offensichtlichen Fehlers, vorzunehmen.

#### **Anlage 4 - Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2013**

In der Anlage 4 zum Klassifikationsmodell fasst das BVA die Berechnungsgrößen und Berechnungsweisen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2013 zusammen. Die Darlegungen erfolgen durch Paraphrasierung der zu Grunde liegenden Berechnungsformeln. Diese textlichen Umschreibungen weisen naturgemäß nicht die Präzision mathematischer Formeln auf und sind entsprechend schwer nachvollziehbar und interpretationsanfällig. Wir regen daher erneut an, die Berechnungsschritte der Zuweisungen jeweils auch durch mathematische Formeln darzulegen.

Darüber hinaus wird das im Jahresausgleich durchgeführte Korrekturverfahren für die beiden vorangegangenen Jahre nicht erläutert. Es ist damit den einzelnen Krankenkassen unmöglich, das dort durchgeführte Verfahren nachzuvollziehen. Im Rahmen einer transparenten Darstellung aller Berechnungsverfahren im Morbi-RSA sollte auch das jährliche Korrekturverfahren nicht außer Betracht gelassen werden.

#### **Fehlerkennzeichen 5010**

Sofern ein Pseudonym der SA100 Erstmeldung in Alter oder Geschlecht gegenüber der Korrekturmeldung der SA100 abweicht oder ein Pseudonym der SA111 in Alter oder Geschlecht gegenüber einer der beiden SA100 abweicht, erfolgt eine Zuordnung zum Fehlerkennzeichen 5010, was wiederum zur Löschung des Datensatzes und damit zum Ausschluss des Pseudonyms aus dem kompletten Verfahren führt. Im Korrekturverfahren wird ein Pseudonym aus dem Verfahren ausgeschlossen, wenn Alter oder Geschlecht in der SA110 des jüngeren Berichtsjahres gegenüber der SA110 des älteren Berichtsjahres abweicht.

Das BKK-System schlägt vor, den Ausschluss in einen Hinweis zu verwandeln. Im Grouping könnte hier eine Priorisierung auf die letzte und damit "führende" Satzart vorgenommen werden. Die dort angegebenen Daten sollten für die Einstufung in die Risikogruppen verwendet werden.

Der Vorschlag des BKK-Systems hinsichtlich des Fehlerkennzeichens 5010 blieb bislang vom BVA unberücksichtigt. Wir bitten darum, diesen Vorschlag bis zur endgültigen Festlegung, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Kassen die wesentliche Ursache – eine fehlerhafte Vergabe der bundeseinheitlichen KVNR – nicht zu verantworten haben, noch einmal zu prüfen.

### **Vereinheitlichung des Zeitpunkts für Änderungen**

Seit Einführung des Morbi-RSA werden Änderungen an der Krankheitsauswahl und am Klassifikationsmodell zeitlich getrennt voneinander durchgeführt. Dieses Verfahren führt in einigen Fällen zu Verwirrungen und Problemen.

So wird die aktuell eingeführte HMG „Ticstörungen“ auf null gesetzt und in der kommenden Bewertung wahrscheinlich gleich wieder herausfallen. Ein weiteres Beispiel ist die Hierarchie 26 „Erkrankung des Auges“, die im aktuellen Vorschlag nur noch aus der HMG223 mit einem ICD-Code besteht.

Wir schlagen daher die Prüfung der Zusammenlegung beider Verfahren auf einen Zeitpunkt vor.

### **Für weitere Informationen:**

Dr. Wolfgang Bödeker, BKK Bundesverband, Tel 0201 179 1370

Jens Abrill, BKK Landesverband Mitte, Tel 0511 3 48 44 - 226

Klaus Stein, Deutsche BKK, Tel 0711 89 13 34 8