

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

in den vergangenen Jahren haben wir die Haltung des BVA, sich stark um Transparenz und Nachvollziehbarkeit in seinen Entscheidungen zu bemühen, stets positiv wahrgenommen. Dieses Jahr ist man aus für uns nicht nachvollziehbaren Gründen von diesem Vorgehen abgewichen. So wird mit der Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte eine fundamentale Änderung am Modell vorgeschlagen, die laut eigener Aussage des BVA zu deutlichen finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen führen und somit einen massiven Eingriff in den Wettbewerb darstellen wird. Dass dieses vermeintlich neue Berechnungsverfahren, das vorsieht, **„statt der Jahresausgaben die Pro-Tag-Werte als abhängige Variable zu nehmen, rechnerisch zu denselben Ergebnissen führt wie eine Annualisierung der Ausgaben Verstorbener“** stellt das BVA selbst in den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013 fest. Im Rahmen der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2012 lehnte das BVA genau diese wettbewerbsverzerrende Anpassung noch ab.

In den Erläuterungen zum Entwurf zur Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2012 hat das BVA noch richtigerweise festgestellt, dass **„die Frage der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener zunächst nicht isoliert, sondern im größeren Kontext der Weiterentwicklung des Gesamtverfahrens diskutiert werden“** soll. Weiter führt das BVA in seinen Erläuterungen an: **„Die Veröffentlichung und die anschließende fachliche Diskussion des Gutachtens sind abzuwarten, um die Frage, wie die Ausgaben verstorbener Versicherter bei der Berechnung der Zuschläge künftig zu berücksichtigen sind, in diesem breiteren Kontext zu behandeln.“**

Das Bundesversicherungsamt beruft sich jetzt jedoch ausschließlich auf die Ergebnisse des wissenschaftlichen Beirats, ohne die anschließende Diskussion anzusprechen oder gar zu bewerten. Es wird lediglich auf das Ergebnis des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirates verwiesen, dass der aktuelle Risikostrukturausgleich es nicht vollständig schaffe, die Ausgabenunterschiede, die auf dem Alter beruhen, auszugleichen. Daraus schließt das BVA nun, dass das vom Gesetzgeber vorgegebene Ziel eines Ausgleichs nach Alter und Morbidität gefährdet und somit eine Anpassung geboten sei.

Merkwürdig erscheint diese Aussage vor dem Hintergrund der Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Ulrike Flach vom 13. Juni 2012 auf eine Anfrage der Abgeordneten Bärbel Bas: **„Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, dass wesentliche Änderungen des Morbi-RSA derzeit nicht vorzunehmen sind [...]“**. Dass die nun vom BVA vorgeschlagene Umstellung des Berechnungsverfahrens auf

Pro-Tag-Werte, die zu identischen Effekten führen wird, wie die Annualisierung der Ausgaben Verstorbener, von hoher Bedeutung ist, hat das BVA in den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2012 klar herausgestellt: **„Bei der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener handelt es sich um eine Änderung des Verfahrens mit deutlichen finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen.“**

Aus Sicht der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK wäre es dringend geboten gewesen, dass sich das BVA als festlegende Behörde kritisch mit den Ergebnissen des Gutachtens auseinandersetzt, bevor es seine Entscheidungen trifft. So ergeben sich aus dem Gutachten genau zu dieser Thematik zahlreiche offene Fragen, die beantwortet hätten werden müssen. Ein Großteil dieser Fragen bezieht sich auf Punkte, die im Vorfeld und auch im Nachgang zur Veröffentlichung des Gutachtens vielfach vorgebracht wurden. Im Folgenden werden wir die kritischen Punkte erneut aufführen. Aus unserer Sicht müssen diese zunächst umfassend bewertet werden, bevor eine entsprechende Anpassung in Erwägung gezogen werden kann.

1. In Folge der vorgeschlagenen Berechnungsumstellung wird insbesondere bei den Krankenkassen die Situation verschärft, die im Status Quo bereits die geringsten Deckungsquoten aufweisen. Inwiefern die neue Berechnungslogik vor diesem Hintergrund wissenschaftlich wirklich „besser“ ist, muss aus Sicht der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK zwingend näher untersucht werden, bevor es zu einer Anpassung kommt.

Tabelle 55: Auswirkung einer Annualisierung der Ausgaben Verstorbener nach Deckungsquote der Krankenkasse

Deckungsquote der Krankenkasse im JA 2009	Zahl der Krankenkassen	Änderung der Zuweisung	Deckungsquote	
			Status quo	Annualisierung
bis unter 97,5%	20	-0,54%	96,83%	96,31%
97,5% bis unter 100%	45	0,22%	98,62%	98,84%
100% bis unter 102,5%	61	-0,23%	101,46%	101,22%
über 102,5%	48	-0,23%	104,06%	103,82%

Quelle: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich (S.147)

2. Hauptargument für die Einführung der Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener bzw. des neuen Verfahrens mit Pro-Tag-Werten ist eine Benachteiligung von Versicherten mit hohem Alter. Unterstellt man diesen Zusammenhang müssten die Deckungsquoten mit zunehmendem Risikofaktor im Status Quo abnehmen. Kassen mit geringem Risikofaktor müssten also die höchsten Deckungsquoten aufweisen und umgekehrt. Für diesen Effekt liefern die Zahlen tatsächlich Hinweise.

Tabelle 56: Deckungsquote je Krankenkasse nach RSA-Morbidität bei Annualisierung der Ausgaben Verstorbener

Risikofaktor der Krankenkasse	Zahl der Krankenkassen	Änderung der Zuweisung	Deckungsquote	
			Status quo	Annualisierung
unter 0,8	56	-1,33%	102,53%	101,16%
0,8 bis unter 1,0	68	-0,52%	99,33%	98,81%
1,0 bis unter 1,2	42	0,30%	99,63%	99,92%
über 1,2	8	1,27%	99,33%	100,59%

Quelle: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich (S.148)

Nun ist jedoch die vorgeschlagene Anpassung nicht geeignet, diesen Effekt zu korrigieren. Tatsächlich würde die vorgeschlagene Anpassung eine lineare Korrektur vornehmen, die in ihrer Wirkung weniger einer Korrektur einer tatsächlich bestehenden Verzerrung sondern vielmehr einer bewussten Verschiebung der Verzerrung zugunsten einer anderen Kassengruppe entsprechen würde. Diese Zahlen zeigen deutlich, dass durch die vorgeschlagene Anpassung nicht – wie vom Wissenschaftlichen Beirat behauptet (Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich Seiten 61, 77, 88, 101, 144, 219) – zahlreiche Probleme beseitigt werden würden. Aus Sicht der SBK wäre eine Diskussion über die Auswirkung im Vergleich zur aktuellen Wettbewerbslage daher dringend erforderlich, bevor über eine Anpassung nachgedacht wird.

3. Bisher wies das BVA bei der Bewertung verschiedener Anpassungsalternativen stets das Gütemaß R^2 aus. In den Erläuterungen zum Vorschlag für das Modell 2013 ist dieses Gütemaß zur Bewertung des Effektes, den die vorgeschlagene Modellanpassung auf die Modellgüte haben würde, nicht angegeben. Dennoch existieren hierzu bereits Zahlen des Wissenschaftlichen Beirats, der die Veränderung des R^2 durch die vorgeschlagene Modellanpassung in seinem Gutachten ermittelte. Nach diesen Berechnungen würde das R^2 von 20,2% auf 20,3% steigen. Allerdings wurde bei diesen Berechnungen beispielsweise das Krankengeld nicht berücksichtigt. Nach Berechnungen der SBK würde dann das R^2 sinken und die Modellgüte sich damit sogar verschlechtern. Vor diesem Hintergrund und der fragwürdigen Verbesserung des Modells durch die vorgeschlagene Anpassung sollte das BVA die Auswirkung auf die Güte des Modells zumindest nachliefern und bewerten, bevor es zu einer Anpassung kommt.
4. Durch die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener werden den Verstorbenen mehr Kosten unterstellt, als sie eigentlich verursachen. Gleiches gilt im Ergebnis auch für das nun neu vorgeschlagene Verfahren. Bei der SBK übersteigen die hochgerechneten Kosten der Verstorbenen die durchschnittli-

chen Kosten der Versicherten, die im Dezember verstorben sind um über 30%. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt auch der BKK BV. Seitens des BVA und des Wissenschaftlichen Beirats wurden bisher keine vergleichbaren Zahlen vorgelegt. Stattdessen wird in den aktuellen Erläuterungen nur schriftlich dokumentiert, dass kein fiktiver Behandlungsbedarf aufgebaut wird, was bedeuten würde, dass die SBK und die BKK-Zahlen sich auf GKV-Ebene nicht bestätigen würden – was höchst unwahrscheinlich ist.

Anstatt diese kritischen Punkte aufzuarbeiten, in einem geordneten Prozess zu diskutieren, zu bewerten und daraus dann mögliche Modellanpassungen abzuleiten bzw. mit der generellen Überarbeitung des gesamten Ausgleichsverfahrens auf Basis aller Erkenntnisse aus dem Gutachten zu beginnen, hat sich der Wissenschaftliche Beirat lieber mit der Suche nach einem methodischen Berechnungsverfahren beschäftigt, um die von ihm gewünschte Änderung anders bezeichnen zu können.

Dass dieser Wettbewerbsverschiebungsvorschlag des Wissenschaftlichen Beirates, für den dieser bereits seit Langem kämpft und der im Wesentlichen einer Kassenart zu Gute kommen würde, nun auf einem anderen mathematischen Weg erreicht werden kann, sollte nicht davon ablenken, dass die Kritikpunkte bleiben. Wie sollen wir die Situation bewerten, dass dem BVA durchaus klar sein muss, dass die vorgeschlagene Änderung zu identischen Ergebnissen führen wird, wie die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener. Das BVA merkt sogar an, dass **die Anpassung geschickter sei, da sie analog zu dem bis 2009 gültigen Verfahren ablaufen würde.**

Nicht genannt bleibt hingegen, warum das BVA und der Wissenschaftliche Beirat das alte Verfahren mit Start des Morbi-RSA änderten, nämlich weil das Altverfahren und die neue Berechnungsmethode deutliche Unterschiede aufweisen. So war das alte Verfahren retrospektiv, es wurden die Werte für die Vergangenheit ausgeglichen. Das aktuelle Modell ist vom Gesetzgeber explizit als prospektives Modell vorgegeben. In seinen Erklärungen zum Morbi-RSA definiert das BVA ein prospektives Modell folgendermaßen: „**Für jede Morbiditätsgruppe wird daher geprüft, welche Ausgaben ein Versicherter mit der entsprechenden Diagnosestellung im Jahr nach der Diagnosestellung durchschnittlich verursacht**“. Diese Änderung wurde vom Gesetzgeber bewusst gesetzt, da ein Anreiz zur Wirtschaftlichkeit gesetzt werden sollte. Diese Vorgabe soll nun durch die Änderung der Bezugsgröße (Pro-Tag-Werte statt Jahreswerte) unterwandert werden.

Eine kritische Auseinandersetzung mit dem nun vorgeschlagenen Rückgriff auf früher angewandte Berechnungsmethoden fehlt auch an dieser Stelle. Aus welchen Gründen das BVA nun diesen Verfahrensvorschlag unterstützt und gleichzeitig den Annualisierungsvorschlag ablehnt, obwohl beide Verfahren zu identischen Verzerrungseffekten führen, wird auch hier nicht dokumentiert. Es wird hingegen wörtlich darauf hingewiesen, dass durch die Umbenennung und den kleinen mathematischen Trick ein Argument der Kritiker nicht mehr zutreffen würde: Die Kosten würden durch die Anpassung nicht mehr zu hoch pro Jahr ermittelt, da sie überhaupt nicht mehr pro Jahr ermittelt würden. Dennoch lässt sich die Argumentation natürlich übertra-

gen, wenn das BVA die Kosten einer Krankheit nicht mehr für das Folgejahr, sondern für einen durchschnittlichen Tag im Folgejahr ermitteln will, dann wären eben die Ausgaben nicht durch die Anzahl der Versichertentage sondern durch die Tage des Kalenderjahres zu teilen. Gleichzeitig wären dann natürlich alle weiteren Bezugsgrößen auf Tagesbasis umzustellen. Dass dies keinen großen Sinn macht, da die Krankenkassen in Geschäftsjahren rechnen ist jedoch schnell ersichtlich. Umso verständlicher ist der Anpassungsvorschlag aus Sicht der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK. Wenn ein Änderungsvorschlag im Ergebnis keinen Unterschied zum bisher diskutierten Modell bewirkt, das in seiner Wirkung bereits mehrfach abgelehnt wurde, und zusätzlich zahlreiche weitere Aufwende nach sich ziehen würde, kann es keine sachlichen Gründe für die Umsetzung des Vorschlages geben.

Aus diesen aufgeführten Gründen lehnt die Siemens-Betriebskrankenkasse SBK sowohl den Vorschlag der Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener als auch den neuen Vorschlag der Umstellung auf Pro-Tag-Werte ab und fordert stattdessen das BVA dazu auf, zunächst eine umfassende Diskussion und Bewertung der Ergebnisse des Gutachtens anzustoßen um anschließend das Gesamtkonzept des Morbi-RSA mit allen bestehenden Änderungsanregungen anzugehen. Dabei müsste dann auch der vielfach geäußerte Vorschlag der Wiedereinführung des Hochrisikopools zur Lösung des Kostendeckungsproblems bei bestimmten Versichertenkohorten, u.a. der verstorbenen Versicherten, bewertet werden.

Deshalb begrüßen wir auch die Entscheidung des BVA, weitere methodische Anpassungen zunächst auf Basis von vollständigen Informationen bewerten und danach über Anpassungen entscheiden zu wollen. Dies ermöglicht den Krankenkassen eine Quantifizierung der Änderung und somit eine bessere Berücksichtigung im Rahmen der Haushaltsplanung.

Weiterhin begrüßen wir das Bestreben des BVA, die Anzahl an Sonderregelungen im Groupierungsprozess zu reduzieren und zu vereinheitlichen. Wichtig sind in diesem Zusammenhang scharfe Abgrenzungskriterien, um Upcoding-Maßnahmen von Krankenkassen frühzeitig Einhalt zu gebieten.

Handlungsbedarf sieht die SBK jedoch bei zwei weiteren Punkten:

1. Bei DxGs mit Arzneimittelzuordnung wird eine Diagnose derzeit nur dann berücksichtigt, wenn gleichzeitig für die Versicherten mit diesen Diagnosen auch verordnete Arzneimittel vorliegen. Liegen keine entsprechenden Datensätze nach § 300 SGB V vor, ist eine Berücksichtigung nur im Rahmen von Ausnahmefällen möglich, die im Morbi-RSA-Fragenkatalog definiert sind. Werden Versicherte z.B. im Rahmen einer Krankenhausbehandlung oder über gesonderte KV-Verträge mit Arzneimitteln versorgt, bleiben diese Präparate bei der Zuordnung unberücksichtigt.

Aus Sicht der SBK könnte dieses Problem gelöst werden, indem Arzneimittel, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ausgegeben werden und über festzulegende OPS identifizierbar sind (z.B. OPS 8-854ff) zukünftig gemeldet werden dürfen. Für diese Fälle sollte jeweils eine eigene Hierarchie eingerichtet werden.

2. Die Fehlerkennzeichen 3040 (ICD unzulässig), 3060 (ICD unstimmt zu Alter/Geschlecht) und 2240 (Diagnoseformat unzulässig) werden durch fehlerhafte Datenlieferung der Leistungserbringer verursacht. Eine Beanstandung z.B. im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist nicht vorgesehen. Auch Korrekturen an den Datensätzen von Seiten der Krankenkassen sind nicht zulässig, sodass diese darauf angewiesen sind, dass die Leistungserbringer richtig codieren und vollständig liefern.

Nachdem einheitliche Codierrichtlinien im ambulanten Bereich immer noch nicht existieren und damit insbesondere für den ambulanten Bereich die Grundlage einer vollständigen und richtigen Datenlieferung noch nicht einmal besteht, müsste es aus Sicht der SBK zulässig sein, zumindest die kaum manipulierbaren Stammdaten der Versicherten (z.B. Alter, Geschlecht) als Krankenkasse korrigieren zu dürfen bevor die Daten an das BVA übermittelt werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Florian Getfert, florian.getfert@sbk.org, 089 62700 416

Stefanie Zacher, stefanie.zacher@sbk.org, 089 62700 791