

Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2014	
Vorschläge eingebracht durch	
Institution:	Ansprechpartner:
BKK BV GbR	Jens Abrill, Klaus Stein, Dr. Wolfgang Bödeker
Ausfüllanleitung: Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.	
1 Allgemeines Aufgreifkriterien	
Vorschlag	Begründung / Problembeschreibung
1.1 Klarstellung einer nicht eindeutigen Formulierung	In Absatz 1.3.2.3 sollte klargestellt werden, dass unter die M2Q-begründenden Diagnosen nur solche stationäre Nebendiagnosen fallen, die nicht zu den Ausnahmen unter 1.3.2.2 gehören
1.2 Sonderregeln bei der Arzneimittelvalidierung (z.B. Schweregraddifferenzierung: Sonderfall Hämophilie (DXG225)):	<p>Im letzten Jahr wurde vom BKK System eine Schweregraddifferenzierung im Bereich der Hämophilie vorgeschlagen, welche vom BVA nicht näher untersucht wurde. Allerdings wurden für die HMG 035 verschiedene Szenarien berechnet. Als Fazit blieb folgendes festzuhalten: "Eine weitergehende Änderung des Aufgreifverfahrens in Bezug auf die Hämophiliediagnosen kann aufgrund der aktuellen Datenlage nicht empfohlen werden und sollte im nächsten Anpassungszyklus zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2014 erneut zur Prüfung vorgesehen werden." Das BKK System schlägt vor, die im Klassifikationsmodell 2013 vorgenommenen Berechnungen für alle Sonderregelungen, wie beabsichtigt, auf Basis der SA700 erneut vorzunehmen. Dabei sollte auch untersucht werden, inwieweit die stationäre Behandlung von Bluterpatienten mit Dauermedikation Auswirkungen auf die Arzneimittelgaben hat. Zwischenzeitlich in der GKV diskutierte Möglichkeiten einer Arzneimittelidentifikation im stationären Sektor haben gezeigt, dass in der Hochpreis-HMG aufgrund der unterschiedlichen Vertragslagen keine regelkonforme MRSA-Identifikation möglich ist. Da dennoch die Gefahr besteht, dass durch fehlende Meldemöglichkeiten der Arzneimittel im Bereich der stationären Behandlung, obwohl die Versicherten in der Praxis das Medikament erhalten haben, kein Zuschlag generiert wird, sollte die Wirkungsweise von Arzneimittelgaben im stationären Sektor anhand der Vollerhebung dezidiert überprüft werden. Denkbar wäre es in diesem Zusammenhang, die Versicherten in drei Gruppen zu teilen, um so die Wirkungsweise transparenter zu gestalten. Die erste Gruppe könnte die rein ambulanten Fälle plus Arzneimittelgaben, die zweite Gruppe die ambulant/stationären Fälle plus Arzneimittelgaben und die letzte Gruppe die rein stationären Fälle umfassen. Anhand der so gestalteten Gruppen könnte dann ansatzweise ermittelt werden, ob die Absenkung der Behandlungstage adäquat nachvollzogen werden kann.</p>

2 Berechnungsverfahren	
Vorschlag	Begründung / Problembeschreibung
2.1 Vorschlag für eine Korrektur des Zuweisungsverfahrens Krankengeld	<p>Die Zuweisungssystematik im Segment Krankengeld führt seit der Einführung des Gesundheitsfonds wegen gravierender Unterschiede der kassenindividuellen Deckungsquoten im Bereich Krankengeld zu signifikanten Wettbewerbsverzerrungen: Wie bereits im Vorschlagswesen zum Klassifikationsmodell 2013 angemerkt, ist die Streuung der kassenindividuellen Deckungsquoten in keinem Segment ausgeprägter.</p> <p>Die gegenwärtigen Verzerrungen bei den Zuweisungen von standardisierten Krankengeldzahlungen machen aus Sicht des BKK Systems weiterhin eine kurzfristige Übergangslösung erforderlich. Aktualisierte Analysen haben ergeben, dass die Deckungsquoten in der Verteilung auf das Kostenmanagementpotential bis 10 Prozent durch direktes Kostenmanagement beeinflusst werden können.</p> <p>Somit ergibt sich eine Begrenzung der Deckungsquoten auf eine Deckungsquotenspanne von 10 %, also z.B. auf 95 % bis 105 %. Eine Prüfung des Vorschlages im Jahr 2013 wurde unter Hinweis einer fehlenden Änderung der RSAV nicht vorgenommen.</p> <p>Dies ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, entbindet aber nach Ansicht des BKK Systems den wissenschaftlichen Beirat und auch das BVA nicht davon, eine entsprechende Umsetzbarkeit auf Basis der vorliegenden Daten zumindest zu überprüfen und die Wirkungsweise zu analysieren. In der Vergangenheit wurden seitens des BVA bereits Änderungen in der Berechnungsweise vorgenommen. So wurde für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 das Krankengeld von einer linearen Regression auf einen Zellansatz umgestellt und als Ergänzung mit dem GKV-Spitzenverband im Nachgang als Vereinbarung legitimiert. Vorausgegangen waren allerdings etwaige Analysen und praktische Erwägungen des BVA, die dann zu dieser Umstellung geführt haben.</p>

2.1	Vorschlag für eine Korrektur des Zuweisungsverfahrens Krankengeld (Fortsetzung)	<p>Auch die Einführung eines Korrekturverfahrens des Morbi-RSA wurde durch entsprechende Analysen und Bewertungen vorbereitet. Die Meldungsverpflichtung selbst wurde nachträglich in die RSAV integriert. Als weiteres Beispiel, das vor einer Änderung eine sinnvolle Analyse durchgeführt werden muss, sind die Meldungen der Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Berichtsjahre 2008 und 2009 sowie die Kalendertage, für die Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt wurden. Diese sind erst mit der ab 12. Juni 2010 gültigen RSAV eingeführt worden und waren Grundlage für das Gutachten des wissenschaftlichen Beirats, welches ja zu keiner adäquaten Lösung geführt hat, maßgebend. Die Vorabstimmung dieser Daten erfolgte allerdings im Vorfeld der Änderungen der RSAV, wobei die Intention vom wissenschaftlichen Beirat ausgegangen ist, da ein Zusammenhang zwischen Erkrankung und Krankengeld vermutet wurde. Wäre diese Analyse erfolgreich verlaufen, so wäre eine entsprechende Umsetzung in der RSAV zu vermuten gewesen. Das BKK-System plädiert daher, den Vorschlag entsprechend einer Umsetzbarkeit zu werten und auch zu analysieren.</p>
2.2	Hinweis auf unzureichende Analysen zur Änderung der Regressionsgewichte	<p>Auch die Problematik der Verstorbenen wurde, unabhängig der im Klassifikationsmodell vorgebrachten Forderungen, vom BVA untersucht und mündete in einem entsprechenden Vorschlag, für Verstorbene einen vollen Zuschlag zu gewähren, unabhängig dessen, wann der Versicherte im Ausgleichsjahr verstorben ist. Das dieser Vorschlag rein rechtlich nicht haltbar war, da ja der Leistungsanspruch mit dem Tod des Versicherten endete, hinderte das BVA nicht daran, etwaige Untersuchungen und auch Analysen durchzuführen. Dies mündete in einer alternativen Regressionsverfahren, in dem die Kosten des Todes nicht als "Einmaleffekte" sondern als dauerhaft anfallende Kosten berücksichtigt werden. Dieser rein mathematisch abgeleitete Vorschlag spiegelt in keiner Weise die Versorgung wieder und führt zu weiteren großen Verzerrungen zwischen den Wettbewerbern. Die bisher vom wissenschaftlichen Beirat vorgelegten Analysen zeigen diese Unplausibilitäten auf, worauf wir oder einzelne BKK in den letzten Jahren stets hingewiesen haben. Bisher wurden diese Kritikpunkte nicht beantwortet.</p>
2.3	Vorschlag für die Korrektur der Verwaltungskostenzuweisungen	<p>Wie bereits im Vorschlagsverfahren 2013 ausgeführt, spricht das BKK System für die Anwendung eines kontengruppenspezifischen Zuweisungssystems aus. Auf die Ausführungen im Jahr 2013 wird hier entsprechend verwiesen.</p>
2.4	Anpassung nicht morbiditätsbezogene Ausgaben aufgrund der Aktualisierung des Kontenplans	<p>Änderungen am Kontenplan haben zu neuen Buchungsvorschriften für pauschal abzurechnende, nicht morbiditätsbezogene Ausgaben geführt. Unter Punkt 2.1.2 sind aus unserer Sicht daher im Ausgleichsjahr 2014 unter anderem folgende Konten zu berücksichtigen: Konto 528 (Weiterbildung Ärzte - anstelle der gestrichenen Konten 407/467) und das Konto 599 (u.a. Förderung Organspende)</p>
3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien MG DXG Vorschlag Begründung / Problembeschreibung		
3.1		
3.2		
3.3		
3.4		

4 Sonstiges Vorschlag		Begründung / Problembeschreibung
4.1	Fehlerkennzeichen 5010	<p>Das Pseudonym der SA100 Erstmeldung weicht in Alter oder Geschlecht gegenüber der Korrekturmeldung der SA100 ab oder das Pseudonym der SA111 weicht in Alter oder Geschlecht gegenüber einem der beiden Berichtsjahren des Ausgleichjahres der SA100 oder SA111 1. HJ ab. Das Pseudonym der SA110 des jüngeren Berichtsjahres weicht gegenüber der SA110 des älteren Berichtsjahres in Alter oder Geschlecht ab (Bsp.: Abweichung des Pseudonyms der SA110_BJ_2011 gegenüber der SA110_BJ_2010 ab). Die SA110 des älteren Berichtsjahres wird nicht auf den Fehler 5010 geprüft. Der entsprechende Datensatz wird gelöscht. Das BKK System schlägt, wie bereits in der Anhörung zum Datenbereinigungskonzept 2013 vorgetragen, die Löschung in einen Hinweis zu verwandeln.</p> <p>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 AGG bzw. EMG verwandt werden.</p>
4.2	Darstellung der Berechnungen im Korrekturverfahren beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)	<p>Die Berechnungsweise des Korrekturverfahrens im Schlussausgleich und die Normung der Kosten auf das Volumen der KJ1 des jeweiligen Ausgleichjahres ist, obwohl die 24. RSAV-Änderungsverordnung in Kraft getreten ist, nicht dokumentiert. Das BKK System plädiert deshalb nochmals dafür, dass die Darstellung der Berechnungsweise, analog der Berechnungsweise der Grundlagen-, Korrektur- und Jahresausgleichsbescheide, transparent dargestellt und für die Jahre 2009 bis laufend nachgeholt wird.</p>
4.3	Einführung eines Risikopool	<p>Wie bereits mehrfach in der Vergangenheit ausgeführt, plädiert das BKK System für eine Einführung des Risikopools. Die Argumente für einen Risikopool sind hinlänglich bekannt. Da aufgrund der jetzt vorliegenden Vollerhebung mehr Daten zur Verfügung stehen wird vorgeschlagen, die in den Gutachten zum MRSA durchgeführten Untersuchungen entsprechend zu erneuern.</p>
4.4	Pflegehilfsmittel	<p>Im Bereich der Pflegehilfsmittel sind die Buchungsvorschriften im Rahmen der Abgrenzung KV/PV immer noch nicht abschließend definiert. Zudem hat das BVA den Entwurf der Richtlinie im Bereich der Pflegehilfsmittel kritisiert, so dass eine Verabschiedung nicht erfolgt ist. Es ist nicht ausschließen, dass Kassen in dem HLB 5 damit unterschiedlich buchen und die PV zu Unrecht belasten. Dadurch sind die Kostengewichte in diesem Bereich nicht sauber ermittelbar. Da hier keine abschließende einheitliche Regelung besteht, können solche Beträge auch nicht über den MRSA ausgeglichen werden. Entweder es wird kurzfristig eine Lösung im Rahmen der Buchungsvorschriften erlassen, oder aber man nimmt die entsprechenden Konten aus der Verteilung über die Morbidität heraus und verteilt sie übergangsweise zum Beispiel, über die nichtmorbiditätsbezogenen Ausgaben.</p>