

SBK • Postfach 20 17 65 • 80017 München

**Bundesversicherungsamt
Herrn Dr. Dirk Göppfarth
Leiter des Referates V 2
Risikostrukturausgleich,
Finanzausgleich in der KVdR
Friedrich-Ebert-Allee 38
53133 Bonn**

Dr. Gertrud Demmler
Vorstand
Heimeranstraße 31
80339 München
Tel.: 089 / 6 27 00-20 0
Fax: 089 / 6 27 00-45 0
gertrud.demmler@sbk.org

27.08.2009

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2010 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen. Am 16. Juli 2009 hat das BVA den Entwurf für die Festlegung des im Risikostrukturausgleichsjahr 2010 zu verwendenden Algorithmus veröffentlicht. Zu diesem Entwurf möchten wir im Folgenden Stellung nehmen.

Die Intention des Bundesversicherungsamtes, die Gelder möglichst zielgenau zu verteilen und die Manipulationsanreize zu vermindern, ist als logische Konsequenz aus den bisherigen Erfahrungen mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) nachvollziehbar. Enorme Umverteilungen der Zuweisungen zwischen den einzelnen Krankenkassen nach dem ersten Zwischenausgleich und rechtlich fragwürdige Handlungen einiger Krankenkassen im Zusammenhang mit Diagnosedaten haben zu Unruhe bei den Krankenkassen, den Leistungserbringern und sogar den gesetzlich Krankenversicherten geführt. Deshalb sollten mehr Stabilität, Konsistenz und striktere rechtliche Rahmenbedingungen das Ziel des Entwurfes sein, ohne dabei die Komplexität des Verfahrens und den Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen zu erhöhen.

Offensichtlich stehen die beiden Punkte jedoch in starkem Gegensatz zueinander. Die Anzahl zu meldender und damit zu prüfender Daten wird immer größer, weshalb sowohl der technische, als auch der zeitliche Aufwand für die Bereitstellung und Prüfung der Daten immer größer wird. Im aktuellen Entwurf werden nun weitere Daten herangezogen, die bisher nicht gemeldet wurden oder keine Relevanz hatten. Die gesetzlichen Vorgaben in der RSAV bedingen zwar diese Aktualisierungen, jedoch führen rückwirkend geltende Änderungen unserer Meinung nach zu fehlerhaften Zuweisungen zwischen den einzelnen Krankenkassen. Es ist selbstverständlich, dass die im RSA berücksichtigten Daten prioritär behandelt werden.

Da die Krankenkassen jedoch gleichzeitig auf die Datenmeldungen der Leistungserbringer angewiesen sind, kann somit eine zeitgerechte vergleichbare Datenlieferung aller Krankenkassen nicht sichergestellt werden. Dies zeigt sich beispielhaft an den Faktor VII Präparaten, die nicht flächendeckend rechtzeitig entsprechend den Vorgaben geliefert werden können. Folglich kann ein gerechter Risikostrukturausgleich nur auf bekannten und gültigen Kriterien erfolgen. Anderenfalls wird es immer zu großen Verwerfungen und Umverteilungen zwischen Erst- und Korrekturmeldung kommen. Für den aktuellen Entwurf bedeutet dies, dass sowohl das Kennzeichen „Dialysesachkosten“ in den Versichertenstammdaten (Satzart 100) [zu: III. Änderungen des Klassifikationssystem: Hierarchie 20 – Erkrankungen der Harnwege], als auch auf die Sonder-PZN „9999901“ [zu: III. Änderungen des Klassifikationssystem: Hierarchie 8 – Hämatologische Erkrankungen] erst ab der Korrekturlieferung berücksichtigt werden sollte.

Weiterhin ist die Argumentation für die Einführung der „bereinigten Behandlungstage“ für uns nicht ausreichend. Das genannte Hauptargument für die Einführung sind mögliche Fehlanreize in Bezug auf das Ordnungsverhalten. Das vorgeschlagene Verfahren bestraft hingegen das gängige Verfahren der Versicherten, sich frühzeitig, also vor dem Aufbrauchen einer Packung, eine Folgeverordnung ausstellen zu lassen. Gerade vor längeren Abwesenheiten werden durch das beschriebene Verfahren viele Tagesdosen unge-rechterweise nicht berücksichtigt. Letztendlich erhöht diese Änderung das Tagesdosenkriterium indirekt, so dass ein falscher Anreiz gesetzt wird, eine Verordnung hinauszuzögern. Die Einführung der bereinigten Behandlungstage verkompliziert das Verfahren nicht nur, sondern motiviert zusätzlich zu zweifelhaften Handlungen und sollte somit nicht berücksichtigt werden [zu: II. Aufgreifkriterien: Aufgreifkriterium Arzneimittel: Betrachtung bereinigter Behandlungstage mit Arzneimittelverordnung].

Generell lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Sonderregelungen und Ausnahmen stetig steigt und sich somit das Verfahren immer weiter zerstückelt.

So würde mit der Sonderbewertung der Gruppe der im Ausgleichsjahr verstorbenen Versicherten ein Präzedenzfall geschaffen, der langfristig eine Zersplitterung der Systematik erwarten lässt. Zusätzlich sollte das Argument der höheren Zielgenauigkeit bei der Mittelzuweisung nicht als alleinige Entscheidungsgrundlage dienen. In diesem speziellen Fall gibt es beispielsweise keine konkrete Meldevorschrift, was final zu einem wesentlich höheren Verwaltungsaufwand führen wird. Aus diesen Gründen lehnen wir auch diese Sonderregelung ab und möchten erneut hervorheben, die Komplexität und den Verwaltungsaufwand nicht außer Acht zu lassen [zu: IV. Änderungen des Berechnungsverfahrens: Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte].

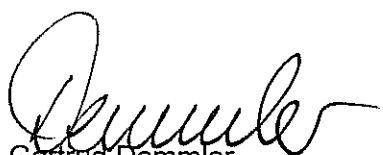
Letztendlich müssen sich die Krankenkassen mit dem Verfahren auseinandersetzen, um zum einen Ihre Zuweisungen sicherzustellen und um zum anderen zielgerichtete Versorgungsprogramme zu entwickeln, die auch den Anforderungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs entsprechen. Der Aufwand der Krankenkassen, den Anforderungen zu entsprechen, steigt somit weiter an.

In diesem Zusammenhang begrüßen wir ausdrücklich das Bestreben des Bundesversicherungsamtes und des wissenschaftlichen Beirats für mehr Planungssicherheit zu sorgen. Die Festlegung der Anteile für AGGs, EMGs und HMGs hat für die Krankenkassen den Vorteil auch längerfristig mit stabilen Werten planen zu können [zu: IV. Änderungen des Berechnungsverfahrens: Berechnung des Anpassungsfaktors in den Strukturanpassungen]. Weiterhin können ausgehend von einer geregelten, gleich bleibenden Datengrundlage strategische Entscheidungen wesentlich besser beurteilt werden. Dies vermindert die Unwägbarkeiten im RSA und ist, insbesondere in Bezug auf Haftungsfragen, sehr positiv zu bewerten.

Ebenso positiv bewerten wir das Bestreben die Anzahl der Korrekturfaktoren zu reduzieren, indem die Ursachen für Unplausibilitäten identifiziert und entsprechend berücksichtigt werden. Der Prozess, die nicht versichertenbezogen erfassten Ausgaben anhand der Kontenklassen zu identifizieren, sachlich richtig zu interpretieren und die anfallenden Beträge nur den Versicherten zuzurechnen, da sich kein Bezug zu den aktuell ausgewählten Krankheiten besteht, kann und sollte als Exempel für den weiteren Abbau von pauschalisierten Korrekturen dienen [zu: IV. Änderungen des Berechnungsverfahrens: Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug].

Zusammengefasst, es sollte nicht nur die Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs beachtet werden, sondern auch der dahinter stehende Verwaltungsaufwand in den Krankenkassen. Im Mittelpunkt einer Krankenkasse muss die zielgerichtete Versorgung der Versicherten stehen und nicht deren RSA-Relevanz. Das System kann nur fair und gerecht funktionieren, wenn die daran beteiligten Personen die Spielregeln kennen, sich auf diese verlassen können und danach handeln.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Gertrud Demmler
Vorstand