

Bundesversicherungsamt	
Eing.	07. April 2010
Abtg.	VII 2 Anl.



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

31.03.2010

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

nach § 31 Abs. 4 RSAV hat das BVA bis zum 30.09.2010 das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2011 festzulegen. Vor diesem Hintergrund hat das BVA um Anregungen und Verbesserungsvorschläge gebeten. Wir sind der Meinung, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine ausreichenden Informationen über die Wechselwirkungen im System bekannt sind und damit nicht vorhersehbar ist, welche Auswirkungen erneute Veränderungen am aktuell gültigen Klassifikationsmodell für die Krankenkassen haben könnten. Im Sinne der ohnehin nur spärlich vorhandenen Planungssicherheit für die Krankenkassen bitten wir Sie deshalb, sich beim BVA für eine früheste Änderung der bestehenden Klassifikationssystematik nach dem ersten abgeschlossenen Jahresausgleich im Herbst 2010 einzusetzen. Erst zu diesem Zeitpunkt und nach umfassender Analyse der Wechselwirkungen werden bestehende Zuweisungsungenauigkeiten und Verzerrungen offensichtlich und können zielgenau und mit wesentlich weniger Aufwand korrigiert werden.

Mit Rückgriff auf die Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates im Vorfeld der Anpassung des aktuell gültigen Klassifikationsmodells muss man jedoch davon ausgehen, dass unsere Sichtweise nicht von allen Akteuren im Gesundheitswesen befürwortet werden wird. Damals wurden bereits neue Methoden und Verfahrensanpassungen vorgestellt, die dann jedoch auf nachfolgende Modell Anpassungen zeitlich nach hinten verschoben wurden. Deshalb möchten wir mit diesem Schreiben Punkte ansprechen, die aus Sicht der SBK bei der Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011 berücksichtigt werden müssen, sofern eine Änderung der Systematik aus Sicht des BVA zum jetzigen Zeitpunkt unausweichlich erscheint.

1. Hochrechnung nicht versichertenbezogener Leistungen

Im Vorfeld des Entwurfs zur Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2010 hat das BVA rechnerisch ermittelt, dass die nicht in der Satzart 700 erfassten Leistungsausgaben keinen direkten Zusammenhang zur Morbidität aufweisen. Daher wurde zusammen mit dem Wissenschaftlichen Beirat festgelegt, dass diese Differenz den Versicherten nur nach Alter und Geschlecht (AGG-Gruppen) zugerechnet werden soll. Aufgrund der Kritik, dass auch Kontengruppen ohne direkten Versichertenbezug morbiditätsabhängige Ausgaben enthalten würden, hat das BVA den Entwurf insoweit abgeändert, dass lediglich die Beträge aus Konten ohne Morbiditäts- und ohne



Siemens-Betriebskrankenkasse
 SBK-Pflegekasse
 Körperschaften des öffentlichen Rechts
 Heimeranstr. 31 - 80339 München

SBK Kundentelefon:
 0 800 0 725 725 0 (gebührenfrei*)
 Postanschrift:
 Postfach 201765 - 80017 München

info@sbk.org - www.sbk.org
 Vorstand: Dr. Gertrud Demmler
 Vorstandsvorsitzender:
 Dr. Hans Unterhuber

Institutionskennzeichen (IK):
 1084 3324 8 (SBK-West) - 1082 2385 8 (SBK-Ost)
 1884 3324 8 (PK-West) - 1882 2385 8 (PK-Ost)

* Innerhalb Deutschlands; aus dem Ausland erreichen Sie uns telefonisch unter +49 180 2 725 725 zu den üblichen Telefongebühren.

Versichertenbezug über die AGG-Gruppen verteilt werden und die restliche Untererfassung analog dem bisherigen Vorgehen über alle Risikomerkmale.

Aus unserer Sicht wird diese Lösung der Berechnung des BVA nicht gerecht. Vielmehr sollten nur die Beträge auf den Konten mit Morbiditäts-, aber ohne Versichertenbezug über alle Risikomerkmale und die restliche Differenz über die AGG-Gruppen verteilt werden.

Das von anderen Krankenkassen vorgebrachte Argument, dass dieses Vorgehen manipulationsanfällig sei, können wir nicht nachvollziehen. In der aktuellen Situation erhalten Kassen höhere Zuschläge für nach Morbi-RSA morbid Versicherte, wenn sie die Ausgabeninformation und damit die Morbiditätsinformation von nach Morbi-RSA gesunden Versicherten nicht melden. So können sie nämlich die Differenz zwischen der in der Satztart 700 gemeldeten Höhe der Leistungsausgaben und dem KJ 1 Wert erhöhen. Während die Krankenkassen für die nach Morbi-RSA gesunden Versicherten nur AGG-Zuweisungen erhalten, wird der Großteil der erwähnten Differenz aktuell über alle Risikomerkmale (AGG, EMG und HMG) verteilt. Damit können sich Krankenkassen durch ein entsprechendes Verhalten besser stellen. Der Effekt steigt dabei mit zunehmender Morbidität überproportional. Würden hingegen nur die Beträge auf den Konten mit Morbiditäts-, aber ohne Versichertenbezug über alle Risikomerkmale verteilt werden und die restliche Differenz über die AGG-Gruppen, erhielten Kassen grundsätzlich mehr Geld für nach Morbi-RSA gesunde Versicherte, wenn sie keine Informationen über nach Morbi-RSA morbid Versicherte melden würden. Gleichzeitig würden sie aber weniger Zuordnungen zu HMG und folglich wesentlich geringere Zuweisungen nach HMG erhalten. Manipulationsanreize wie sie im derzeitigen System bestehen, können und sollten damit unterbunden werden. Folglich besteht bei allen GKV der größte Anreiz zu einer vollständigen versichertenbezogenen Datenmeldung, wenn die nicht erfassten Leistungsausgaben pauschal über alle Versicherten gleich verteilt werden. Nur bei einer möglichst vollständigen Datenmeldung werden die Leistungsausgaben tatsächlich auf die verursachenden Risikomerkmale angerechnet. Um positive Anreize zur Erhöhung der Zuweisungsgenauigkeit des Morbi-RSA zu fördern, sollte deshalb aus unserer Sicht sogar in Betracht gezogen werden, die komplette Untererfassung pauschal auf die Versicherten zu verteilen.

2. Datenmeldung für zahnärztliche Leistungen (Hauptleistungsbereich 2)

Mit dem Referentenentwurf zur 21. RSA-ÄndV sind die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, die Leistungsausgaben aus dem zahnärztlichen Bereich (HLB 2) ab dem Meldejahr 2009 in ausreichender Qualität zu melden. Im Rahmen des Abschlagsverfahrens zum Ausgleichsjahr 2009 wurde seitens des BVA festgestellt, dass diese Ausgaben keinen Morbiditätsbezug im Sinne der RSA-Morbidität haben. Somit erscheint es uns als sachgerecht, diese Zahnarztausgaben auch nur auf die AGG bzw. analog zur aktuell gültigen RSAV auf die AGG und die EMG zu regressieren. Die restlichen Hauptleistungsbereiche sollen wie bisher auf die AGG, EMG und HMG-Risikomerkmale regressiert werden. In einem nächsten Schritt sind die auf Basis der Regression ermittelten Regressionskoeffizienten in Gewichtungsfaktoren umzurechnen, um die nicht erfassten Ausgaben hochzurechnen und diese Werte anschließend mit den AGG-Gewichtungsfaktoren zu addieren. Somit würde zusätzlich sichergestellt werden, dass die Untererfassung im HLB2 nicht morbiditätsbezogen verteilt wird. Dies deckt sich mit unserer Forderung aus Punkt 1, da für Ausgaben aus dem HLB2 bisher kein Morbiditätsbezug nachweisbar ist.

3. Bereinigte Behandlungstage

Wir begrüßen ausdrücklich, dass im Stellungnahmeverfahren zum aktuell gültigen Klassifikationsmodell Wert darauf gelegt wurde, den Anreiz zu Massenverordnungen von Arzneimitteln zu minimieren. Allerdings ist die vorgestellte Lösung bereinigter Behandlungstage technisch sehr komplex und somit für Krankenkassen nur schwer umsetzbar.

4. Sonderbehandlung Verstorbener

Laut § 31 Absatz 1 Satz 2 RSAV ist das Klassifikationsverfahren als prospektives Modell zu gestalten. Folglich sollen die durchschnittlich zu erwarteten Leistungsausgaben einer Krankheit im Folgejahr ausgeglichen werden.

Betrachtet man nun die im Folgejahr versterbenden Versicherten, so gehen deren überdurchschnittliche, mit dem Tod in Verbindung stehende Leistungsausgaben im Rahmen der Regressionsanalyse in den Pool aller Versicherten mit der gleichen Erkrankung (HMG) ein. Da der Tod an und für sich keine Krankheit, sondern vielmehr die Folge einer Krankheit ist, werden dessen (erhöhte) Kosten im Morbi-RSA – sofern die Kriterien für die Krankheitsauswahl erfüllt sind – ohnehin ausgeglichen werden. Die überdurchschnittlich hohen Kosten für Verstorbene werden durch Minderausgaben bei Lebenden mit der gleichen HMG kompensiert. Dies entspricht auch dem gesetzlich definierten Verfahren, dass auf einem Ausgleich von Durchschnittsausgaben basiert.

Durch die Abschaffung des Risikopools hat sich der Gesetzgeber bewusst gegen eine besondere Berücksichtigung von Hochkostenfällen, zu denen unter anderem Verstorbene gehören, innerhalb einer Gruppe entschieden. Eine Sonderbehandlung der Gruppe der Verstorbenen wäre eine ungerechte Bevorzugung gegenüber anderen, besonders teuren Gruppen wie Frühchen oder "orphan diseases". Wenn die Zielsetzung des BVA und des wissenschaftlichen Beirats nun tatsächlich darin besteht, die Kostendeckung bei einzelnen Versicherten zu erhöhen, kann konsequenterweise nur die Wiedereinführung des Risikopools in Betracht gezogen werden.

Auch die ursprünglich von der AOK vorgeschlagene Änderung im Regressionsmodell in Bezug auf die Annualisierung der Leistungsausgaben erscheint uns als nicht sachgerecht. Da weder ein offizieller Meldeweg noch ein schriftlicher Nachweis bei der Krankenkasse über den tatsächlichen Todeszeitpunkt eines Versicherten vorhanden ist, kann dieses Kennzeichen nicht qualitativ überprüft werden. Im Rahmen des Abschlagverfahrens zeigt sich die mangelnde Qualität im Hinweis B001. Deshalb erscheint uns eine Verwendung des Kennzeichens als nicht sachgerecht.

Zusätzlich teilen wir die Bedenken des BVA, die zu einer Ablehnung/Abänderung dieses Vorschlags im letzten Jahr geführt haben.

5. Stationäre Nebendiagnosen

Im Rahmen einer Modellbewertung für das Ausgleichsjahr 2010 hat sich das BVA mit einer Änderung der Berücksichtigung von Nebendiagnosen aus dem stationären Bereich auseinander gesetzt. Aufgrund eines Rückgangs des Bestimmtheitsmaßes R^2 durch die Änderung hat man sich gegen die in Betracht gezogene Veränderung entschieden, so dass unabhängig von der Krankheit und den ambulanten Kriterien, nach wie vor eine stationäre Nebendiagnose genügt, um einen HMG-Zuschlag auszulösen. Dieses Verfahren animiert jedoch zu Upcoding und somit zu Leistungsausweitungen. Es

bestehen diverse Hinweise darauf, dass Krankenhäuser auf Wunsch von Krankenkassen Nebendiagnosen ergänzen. Als Gegenleistung verzichten die Krankenkassen beispielsweise auf Prüfungen. Um diesem Vorgehen einen Riegel vorzuschieben, müssen für stationäre Nebendiagnosen aus Sicht der SBK weitere Plausibilisierungskriterien vorgegeben werden. Dabei kann die Bestätigung beispielsweise durch weitere Diagnosen oder auch durch Arzneimittel erfolgen. Ein geringeres Bestimmtheitsmaß ist hier gegebenenfalls zu vernachlässigen.

6. Sonder-HMG für Diabetes Typ I

In den bisherigen Klassifikationsverfahren gibt es jeweils eine Sondergruppe für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ I, um die höheren Ausgaben gegenüber dem Typ II Diabetes auszugleichen. Allerdings genügt eine einzelne gesicherte Typ I Diagnose, um in diese Bonusgruppe zu gelangen, sofern eine weitere gesicherte Typ II Diagnose vorliegt. Dies führte bei der SBK zu zahlreichen falschen Zuordnungen. Von daher halten wir die bisherige Lösung für nicht sachgerecht und fordern deshalb striktere Kriterien zur Unterscheidung zwischen Typ I und Typ II Diabetikern. Dies könnte beispielsweise durch eine striktere Abgrenzung der ATC-Codes oder die Forderung nach mehreren gesicherten Typ I Diagnosen geschehen.

Wir möchten an dieser Stelle nochmals betonen, dass wir eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis eines unveränderten Klassifikationsmodells befürworten. Allein die Tatsache, dass das BVA mit einem Schreiben dazu aufruft, das aktuelle Verfahren zu korrigieren und gleichzeitig genau dieses Verfahren mit einem anderen fast zeitgleich versandten Schreiben nahezu abgeschafft werden soll, wirkt bizarr und ist ein deutlicher Fingerzeig auf ein unausgereiftes System.

Wir hoffen, dass Sie unseren Argumenten folgen können. Bei Rückfragen können Sie sich gerne an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Gertrud Demmler
Vorstand