

Bundesversicherungsamt
Referat VII2
Herrn Dr. Dirk Göppfarth
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Ihr Gesprächspartner
Stefan Gründer
Tel. 030 202491 44
Fax 030 202491 50
E-Mail stefan.gruender@ikkev.de

Nur per Mail

27.08.2010

Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressions- & Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2011 durch das BVA

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

anbei übersende ich Ihnen die Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressions- & Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2011.

Bei Fragen stehe ich Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Gründer
Statistik und Finanzierung der GKV

Anlage: 1



Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressions- & Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2011 durch das BVA

Allgemeine Anmerkungen

1. Es ist begrüßen, dass das BVA unsere Anmerkungen aus dem letzten Anhörungsverfahren aufgenommen hat und die Erläuterung und Darstellung des Analyseprozesses der jeweils zur Anpassung der Morbiditätsgruppen und Hierarchien im Klassifikationsmodell geführt hat, deutlich ausführlicher, übersichtlicher und transparenter als im letzten Jahr erfolgt ist.
2. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zum Klassifikationsmodell hat der IKK e.V. unter anderem auf die Manipulationsgefahr bei unspezifischen affektiven Störungen hingewiesen. Wir bedauern, dass dieser Vorschlag vom wissenschaftlichen Beirat nicht geprüft werden konnte und fordern daher, diesen Vorschlag in die Überprüfung des Klassifikationsmodells für das Jahr 2012 mit einzubeziehen. Dies gilt auch für die vorgeschlagene Anpassung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel bei mittelgradigen und schweren akuten Depressionen gemäß der S3-Leitlinie.
3. Der IKK e.V. befürwortet eine stärkere Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen, um Manipulationsanreize und mehrfache Zuschläge bei verwandten Krankheitszuständen zu vermindern. Vor diesem Hintergrund sind die stärkeren Hierarchisierungen der Hierarchien 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“ und 16 „Herzerkrankungen“ grundsätzlich zu begrüßen. Wir schlagen jedoch vor, diese Anpassungen auch noch für weitere Hierarchien vorzunehmen.
4. Eine Vielzahl an DxGruppen weist in den dargestellten Modellen negative Schätzer auf, was bedeutet, dass diese Diagnosen keine prospektiven Mehrkosten verursachen. Mit Blick auf die nächste Krankheitsauswahl im Jahr 2011 ist deshalb zu empfehlen, die diesen Diagnosegruppen übergeordneten Krankheiten enger abzugrenzen. Es widerspricht dem grundlegenden Funktionsprinzip eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches, wenn (hohe) Zuschläge für Krankheiten ausgezahlt

werden, die überhaupt keine Mehrkosten verursachen (vgl. DxG 648, S. 60; DxG 184, S. 70).

5. Das BVA ist bestrebt, eine zunehmend stärkere Ausdifferenzierung der HMGs nach Alter und Geschlecht vorzunehmen. Beispielsweise sei hierbei auf die Analyse und Neugliederung der HMG107 „Mukoviszidose“ (S. 137ff) verwiesen. Da anzunehmen ist, dass in einer Vielzahl an Morbiditätsgruppen altersspezifische Kostenunterschiede bestehen, müsste bei einer ganzheitlichen und systematischen Weiterentwicklung des Morbi-RSA konsequenterweise mittel- bis langfristig eine massive Ausdifferenzierung eines Großteils der Morbiditätsgruppen erfolgen. Die Folge wäre, dass sich die Anzahl der heute bereits über 100 HMGs vervielfachen würde. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches jedoch nicht das Ziel verfolgt, im Rahmen eines maximal ausdifferenzierten Morbi-RSA einen annähernden Realkostenausgleich herbeizuführen, sondern er hatte lediglich angestrebt, Anreize zur Risikoselektion wirksam einzuschränken. Deshalb wurde die Anzahl der im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten gesetzlich auf maximal 80 Krankheiten beschränkt.

Dem Kriterium der „Einfachheit“ wird im Übrigen auch vom BVA an mehrfacher Stelle im Entwurf als wichtiges Kriterium für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA angeführt (vgl. z.B. S. 104). Um also die Komplexität des Morbi-RSA nicht noch weiter unnötig zu erhöhen, lehnen wir eine weitergehende Ausdifferenzierung der Morbiditätsgruppen nach Geschlecht und Alter ab.

6. Wir begrüßen, dass das BVA an der bisherigen Regelung zur Berücksichtigung der Leistungsausgaben von Verstorbenen festhält.

Spezifische Anmerkungen

Zur Anpassung der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Aufgrund der hohen Kostenheterogenität der HMGs dieser Hierarchie schlägt das BVA vor, die HMGs neu abzugrenzen. Es ist nunmehr auf Basis von Arzneimitteln eine Schweregraddifferenzierung vorgesehen, in dessen Folge eine neue HMG entsteht, die die Hochkostenfälle stärker abgrenzt. Bislang hat das BVA die Regel befolgt, dass eine HMG eine Mindestbesetzung von 100 Fällen aufweisen muss. Die neue gebildete HMG202 hat jedoch nur 29 Stichproben-Versicherte und liegt damit deutlich unter der vom BVA definierten Grenze. Der wissenschaftliche Beirat des BVA hat drei Kriterien definiert, bei dessen Einhaltung die Verletzung des Mindestbesetzungsprinzips zukünftig erlaubt sein soll.

Der IKK e.V. lehnt jedoch die Bildung von HMGs mit weniger als 100 Stichprobenversicherten ab. Um die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zu erhöhen ist es fraglos notwendig, die Kostenheterogenität der Morbiditätsgruppen zu vermindern. Allerdings darf die Ausdifferenzierung der HMGs nicht soweit gehen, dass die aus gutem Grund bislang vom BVA befolgte Regel der Mindestbesetzung verletzt wird und durch die Hintertür ein Realkostenausgleich für bestimmte Hochkostengruppen eingeführt wird.

Hochproblematisch ist, dass bei HMG-Besetzungen mit wenigen Versicherten einzelne Kassen ein unerwünscht hohes Gewicht bei der Berechnung der Höhe der Zuschläge erhalten können. Dieser Einfluss könnte sogar so stark ausfallen, dass bei seltenen Erkrankungen eine einzelne Kasse die Zuschlagshöhe dominiert. Dies widerspricht unseres Erachtens jedoch zentralen Intentionen des Gesetzgebers bei der Ausgestaltung des Morbi-RSA: Erstens dem Prinzip der Standardisierung und zweitens der bewussten Abschaffung des Risikopools mit dem GKV-WSG.

1. Die Verletzung des Prinzips der Standardisierung (§ 268 Abs. 2 SGB V) rückt den Morbi-RSA näher in Richtung Realkostenausgleich. Dieses Prinzip besagt, dass die Kassen nur die GKV-durchschnittlichen Leistungsausgaben einer Morbiditätsgruppe zugewiesen bekommen. Ziel dieser Regelung ist es, ausreichend hohe Anreize für die Kassen zu setzen, damit diese die Betreuung der Versicherten wirtschaftlicher gestalten. Wenn eine einzelne Krankenkasse nunmehr die Zuschlagshöhe dominieren kann, erhält sie einen Ausgleich ihrer realen Kosten, infolgedessen die Anreize für eine wirtschaftliche Versorgung verloren gehen.
2. Der Risikopool wurde mit dem GKV-WSG abgeschafft, weil dieser bei Einführung eines direkten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches nur einen unwesentlichen Beitrag zur Einschränkung der Risikoselektion und zum Ausgleich von Risikostrukturunterschieden leisten würde (vgl. Gesetzentwurf GKV-WSG, S. 169). Mit der Unterschreitung der Mindestbesetzung der HMGs von 100 Versicherten und der Bildung von HMGs mit nur äußerst wenigen Versicherten wird indirekt wieder ein Hochkostenausgleich eingeführt, der einer gesetzlichen Grundlage entbehrt.

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass durch die Bildung der HMG202 mit lediglich 29 Stichprobenversicherten ein Präzedenzfall geschaffen wird, in dessen Folge die zukünftigen Vorschlags- und Anhörungsverfahren des BVA zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells von einem Wettbewerb der Kassen um die größtmögliche Berücksichtigung kassenspezifischer Hochkostengruppen geprägt sein werden.

Der IKK e.V. hält eine Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA für notwendig, lehnt allerdings eine Verletzung des vom BVA aus guten Gründen bislang verfolgten Prinzips der Mindestbesetzung von HMGs in Höhe von 100 Versicherten ab. Eine Optimierung der Zielgenauigkeit darf nicht so weit gehen, dass andere wichtige Funktionsprinzipien des Morbi-RSA verletzt werden.

Zur Anpassung der Hierarchisierung der Arthritiden in der Hierarchie 7

Das BVA testete verschiedene Hierarchisierungsmöglichkeiten der Arthritiden und schlägt u.a. in Modell 2 eine vollständige Hierarchisierung der vier HMGs mit der Begründung vor, die Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells dadurch erhöhen zu können. Schlussendlich entscheidet sich das BVA jedoch für Modell 1, bei dem die HMG040 parallel zum Hierarchiestrang der Arthritiden gesetzt wird. Das BVA begründet dieses Vorgehen damit, dass Modell 1 ein höheres R^2 als Modell 2 aufweist.

Der IKK e.V. plädiert dafür, Modell 2 umzusetzen und der Manipulationsresistenz eine größere Bedeutung beizumessen als einem marginalen Anstieg des Bestimmtheitsmaßes. Dies wäre auch vor dem Hintergrund zu rechtfertigen, dass dem Bestimmtheitsmaß auch an anderen Stellen nicht immer die ausschlaggebende Rolle beigemessen wird. So wird beispielsweise in der Hierarchie 10 „Psychische Erkrankungen“ das Modell mit einem geringeren R^2 gewählt, um das Modell durch Auflösung einer HMG zu vereinfachen (vgl. S. 104). An dieser Stelle wird dem Kriterium „Einfachheit“ also eine größere Bedeutung als dem Kriterium „Zielgenauigkeit“ beigemessen. Es wäre also gerechtfertigt, dem Kriterium der Manipulationssicherheit ebenso eine höhere Bedeutung beizumessen und Modell 2 umzusetzen.

Zur Anpassung der Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“

Die HMG224 weist in Modell 4.4, das umgesetzt werden soll, einen insignifikanten Schätzer auf (vgl. Tabelle 55). Es muss also davon ausgegangen werden, dass für diese HMG kein signifikanter Zuschlag berechnet werden kann. Das BVA sollte daher eine andere Abgrenzung der HMGs in Erwägung ziehen.

Zur Anpassung der Angleichungsfaktoren

Das BVA beabsichtigt, den Grundlagenbescheid I/2011 bereits auf der Erstmeldung 2009 zu basieren und den Grundlagenbescheid III/2011 auf der Erstmeldung 2010. Das BVA geht davon aus, dass die anfänglichen Schwierigkeiten, die zu den terminlichen Verzögerungen geführt haben, inzwischen abgestellt sind.

Grundsätzlich wäre eine Erhöhung der Zielgenauigkeit durch eine frühere Berücksichtigung der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 RSAV zu meldenden Morbiditätsdaten im Abschlagsverfahren wünschenswert. Allerdings sind die Krankenkassen hinsichtlich der Erstellung ihrer Daten nach § 30 Abs. 1 Satz 1 RSAV auf die Datenlieferungen der Leistungserbringer angewiesen. Die vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Daten beispielsweise werden jedoch frühestens sechs Monate nach Quartalsende an die Krankenkassen

sen geliefert, so dass ein viel zu knapper Zeitraum für eine angemessene Verarbeitung, Qualitätssicherung und Lieferung dieser Daten an das BVA zur Verfügung steht. Voraussetzung für die vom BVA beabsichtigte Regelung ist demnach eine zeitlich frühere Lieferung der Daten durch die Leistungserbringer. Solange hier keine Anpassung vorgenommen wird, kann das BVA nicht voraussetzen, dass zukünftig eine höhere Termintreue bei den Datenmeldungen seitens der Krankenkassen zu erwarten ist.

Vor diesem Hintergrund lehnen wir die grundsätzlich begrüßenswerte Absicht des BVA, den Grundlagenbescheid I/2011 bereits auf der Erstmeldung 2009 zu basieren, ab.