

SBK Postfach 20 17 65 • 80017 München

GKV Spitzenverband
Frau Ulrike Haack
Abteilung Systemfragen
Mittelstr. 51
10117 Berlin

Bundesversicherungsamt	
Eing.	20. Aug. 2010
Abtlg.	Anl.

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

19.08.2010

Stellungnahme zum Klassifikationsverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Weiterentwicklung des Morbi-RSA hat das Bundesversicherungsamt (BVA) am 30. Juli 2010 einen Entwurf für die Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011 bekannt gegeben. Gleichzeitig hat das BVA dazu aufgefordert, bis zum Freitag, den 27. August 2010 Stellung zu dem Vorschlag zu beziehen. Im Folgenden erläutern wir unsere Bewertung des Vorschlags und möchten Sie bitten, die Argumente in Ihrer Stellungnahme gegenüber dem BVA zu berücksichtigen.

Bereits frühzeitig hatte das BVA dazu aufgefordert, Vorschläge für die Weiterentwicklung einzureichen. Eine der Hauptforderungen der SBK ist bereits damals gewesen, dass das BVA den ersten Jahresausgleich abwarten möge, bevor es grundlegende Änderungen an der Systematik vornimmt. Auch der GKV-SV ist in einzelnen Punkten diesem Wunsch gefolgt. In diesen Punkten ist auch das BVA der Argumentation gefolgt und hat eine Aktualisierung bzw. Überprüfung auf das nächste Jahr verschoben. Diese Entscheidung begrüßen wir ausdrücklich. Erst zu diesem Zeitpunkt können die Verwerfungen innerhalb des Abschlagverfahrens erstmals bewertet werden, somit erhöht sich die Planungssicherheit für die Kassen eminent.

Ebenso nehmen wir positiv zur Kenntnis, dass die Bewertungen des BVA bzw. des wissenschaftlichen Beirats zu keinen weiteren Änderungen am Modell bzw. am Prozessablauf geführt haben, sondern lediglich Veränderungen an der Gruppenbildung und den individuellen Zuschlagskriterien vorgeschlagen wurden.

Dennoch möchten wir erneut einige Thesen aufgreifen, da es hierbei eventuell zu Missverständnissen gekommen ist bzw. wir der Argumentation des BVA nicht vollständig folgen können.



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

SBK Kundentelefon:
0 800 0 725 725 725 0 (gebührenfrei*)
Postanschrift:
Postfach 20 17 65 - 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)

Zuerst möchten wir die Auffassung des BVA und GKV-SV bekräftigen, dass die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener sich nicht mit den rechtlichen Rahmenbedingungen deckt. Unserer Meinung nach muss im Vorfeld einer Änderung jedoch der Gesetzgeber die rechtlichen Rahmenbedingungen ändern. Es sollte dann nicht nur die Gruppe der Verstorbenen berücksichtigt werden, sondern eine allgemeine Regelung geben. Daher erachten wir die Wiedereinführung eines Hochrisikopools als sinnvoll, sofern die rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechend angepasst werden.

Ebenso begrüßen wir die Entscheidung des BVA die Daten der Krankenkassen auf eventuelles Upcoding, insbesondere im Bereich der stationären Nebendiagnosen zu überprüfen. Allerdings geben wir zu Bedenken, dass die Analyse zu diesem Thema im letzten Jahr stattgefunden hat, also auf Basis der Morbiditätsdaten des Jahres 2007. Zu diesem Zeitpunkt waren aber weder die Logik des Morbi-RSA noch die relevanten Krankheiten bekannt. Bestrebungen hinsichtlich Erfassungsmaximierung werden daher erst mit den aktuellen Datenmeldungen sichtbar. Sollte das BVA Auffälligkeiten bei den Kassen feststellen, sind auch die Ergebnisse aus der Vergangenheit nicht mehr zu übertragen und müssen neu verifiziert werden. Generell ist zu erwarten, dass stetige Veränderungen und Datenaktualisierungen auch Auswirkungen auf entsprechende Analysen haben, so dass die einfache Übertragung für zukünftige Entscheidungen durchaus als kritisch zu erachten ist.

Die Kritik, dass der Vorschlag bezüglich des HLB 2 nicht durch die RSAV gedeckt sei, können wir nicht nachvollziehen. Der Paragraph 31 Abs. 4 Satz 1 besagt lediglich, dass das BVA unter Berücksichtigung der aktuellen Krankheitsliste sowie nach Anhörung des wissenschaftlichen Beirats und der Spitzenverbände der Krankenkassen das Regressionsverfahren festlegt. Um einem eventuellen Missverständnis vorzubeugen, möchten wir unseren Vorschlag präzisieren.

Im Grunde sollen die Zuweisungen für den Zahnarztbereich analog zum geplanten Vorgehen beim Krankengeld in einer gesonderten Regression auf die jeweiligen Altersgruppen verteilt werden. Sicherlich müsste sich der mangelnde Morbiditätsbezug auch in den Regressionskoeffizienten zeigen, jedoch kann dies aufgrund zahlreicher Komorbiditäten und einem R^2 von 25,29% nicht ausgeschlossen werden. Da das BVA bei der Krankheitsfestlegung (auch mangels Daten) weder zahnarzttypische Krankheiten noch den HLB 2 bei der Berechnung der 80 Krankheiten berücksichtigt hat (vgl. Anhang 02 Festlegung Krankheitsliste für 2011), erscheint es uns auch nicht konsistent die Zahnarztausgaben bei der HMG-Zuweisung zu berücksichtigen. Beispielsweise erscheint es durchaus realistisch, dass die Krankheit 153 „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ bei einer Berücksichtigung des HLB 2 den Schwellenwert aufgrund überdurchschnittlicher Zahnarztausgaben übersteigt (Fehlbetrag nur 12,65€) und somit in die Krankheitsliste hätte aufgenommen werden müssen.

Aus diesen Gründen erachten wir es als angebracht die Zahnarztausgaben bzw. Zuweisungen nur auf die AGG-Gruppen zu beschränken. Eine gesonderte Regression erscheint uns dafür am besten geeignet, falls wie vom BVA aufgezeigt, die Voraussetzungen §31 Abs. 4 Satz 9 RSAV nicht mehr erfüllt sind und die Daten der Satzart verwendet werden müssen. Gerne stehen wir für Rückfragen, Erläuterungen oder Diskussionen bereit, sofern weiterhin Unklarheiten oder Bedenken bzgl. der Ausgestaltung des Vorschlags vorhanden sind.



Leider wurde der Vorschlag einer schärferen Trennung zwischen den Diabetes-Gruppen (Diabetes Typ 1 und Typ 2) seitens des BVA nicht im Entwurf aufgenommen. Wir möchten daher erneut auf die zahlreichen Fehlzusordnungen hinweisen und befürworten nach wie vor eine striktere Abgrenzung. Kurzfristig kommt dafür unserer Ansicht nach eine Ausweitung des M2Q-Kriteriums auf die HMG 20 in Betracht. Dies wäre ohne großen zusätzlichen Aufwand möglich, da lediglich eigene DxG für die HMG 20 geschaffen werden müssten, die im Unterschied zu den originären DxG in der Anlage 03 das Kennzeichen „Ja, wegen klinischer Relevanz“ im Feld „Ambulante Arzneimittel“ enthalten.

Längerfristig sollten Alternativen gefunden werden, die eine schärfere Abgrenzung der Diabetes HMG ermöglichen. Hierbei wäre beispielsweise die Berücksichtigung von Hilfsmitteln oder die Verwendung von Facharztgruppen möglich, jedoch sollten solche Überlegungen aus Komplexitätsgründen nachrangig in Betracht gezogen werden. Die aktuellen Änderungen erhöhen die Komplexität und die Detaillierung des Gesamtprozesses ohnehin. Aus unserer Sicht erscheint es äußerst fragwürdig Morbiditätsgruppen für Klassen von weniger als 100 Versicherten einzurichten. Die Zielgenauigkeit steht hierbei nicht nur dem erhöhten Komplexitätsgrad, sondern auch der Manipulationsanfälligkeit gegenüber. Gerade bei signifikanten Zuweisungsunterschieden sollte Wert darauf gelegt werden, dass durch gezielte Versorgungsbeeinflussung von Krankenkassen die Morbidität nicht künstlich erhöht werden kann.

Zur Erhöhung der Zielgenauigkeit plant das BVA ferner die Grundlagenbescheide I und III bereits auf aktuellerer Datenbasis zu erstellen. Als Begründung argumentiert das BVA mit der Tatsache dass die Systeme der Krankenkasse mittlerweile so stabil sein sollten, dass mit keinen weiteren zeitlichen Verschiebungen zu rechnen ist. Dies kann so leider nicht bestätigt werden, auch wenn es aus unserer Sicht wünschenswert wäre. Zum einen wurde bisher bei nahezu jeder Datenmeldung die entsprechende Grundlage verändert, so dass im Vorfeld vielfachen Änderungen und Korrekturen an der Software durchgeführt werden mussten. Zum anderen besteht gerade bei den Erstmeldungen, die von der Änderung betroffen sind ein erheblicher zeitlicher Druck. Sofern alle Fristen eingehalten werden, erhalten die Krankenkassen die letzten Daten vier Wochen bevor die Datenmeldung an die Kopfstelle weitergeleitet werden muss. In der Zwischenzeit müssen sämtliche Fehler und Inkonsistenzen bereinigt werden. Aufgrund der Datenmasse benötigt auch die Erstellung der Satzarten ein entsprechendes Zeitfenster. Eine pünktliche Abgabe kann nur garantiert werden, wenn die KVen die Daten rechtzeitig zur Verfügung stellen. Dies ist jedoch in den letzten beiden Jahren nicht der Fall gewesen. Einzelne KVen haben die Daten mit bis zu 14 Tagen Verzögerung geliefert. Eine verbindliche Abgabe der Daten zu den entsprechenden Stichtagen ist für betroffene Kassen in solchen Fällen nur mit Einbussen bei der Datenqualität zu gewährleisten. Dies würde in nächster Konsequenz jedoch zu regionalen Verzerrungen führen und das Ziel einer höheren Zuweisungsgeauigkeit wäre ad absurdum geführt. Beispielsweise würde eine verspätete Datenmeldung der KV Bayern Krankenkassen mit Schwerpunkt in Bayern benachteiligen gegenüber Krankenkassen mit Schwerpunkt in einem Bundesland in dem die KV die Daten rechtzeitig zur Verfügung gestellt hat.



Im Rahmen der Bewertung des Vorschlags sind uns redaktionelle Unstimmigkeiten aufgefallen:

- Absatz 1.1.1
In Satz 2 muss es sich um die Jahre 2011 und 2012 handeln.
- Absatz 1.1.3.2
In Unterpunkt 4 handelt es sich um Kriterium 1.1.3.4.
- Absatz 1.1.3.3.4
In dem Absatz sollte der Term „Ausgleichsjahr“ durch „Berichtsjahr“ ersetzt werden.
- Absatz 1.1.4
In der Tabelle fehlt die Hierarchiebeziehung HMG 201 dominiert HMG 112.

Zu guter letzt möchten wir noch darauf hinweisen, dass es nach wie vor den Krankenkassen nicht möglich ist, sämtliche Berechnungen des BVA nachzuvollziehen. Die Aufbereitung der Ergebnisse durch das BVA ist bereits sehr ausführlich, jedoch gibt es bei Rück- oder Detailfragen keinen systeminternen Ansprechpartner, der die Ergebnisse des BVA prüft und mit den einzelnen Entwicklungsschritten vertraut ist. Aus diesem Grund möchten wir den GKV-SV dringend auffordern, eine solche Stelle einzurichten, da eine Nachberechnung nur auf Basis der Gesamtdaten möglich ist und diese nur beim GKV Spitzenverband vorliegen. Dies würde das Vertrauen in die Ausgestaltung des Morbi-RSA wesentlich erhöhen und den Zugriff der Krankenkassen auf relevante Ergebnisse bzw. Entwicklungen für die Planung erleichtern.

Für Rückfragen und weiterführende Diskussionen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße



Dr. Gertrud Demmler
Vorstand

In Abdruck

**Bundesversicherungsamt
Herrn Dr. Dirk Göppfarth
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn**