

Vorschlag zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells



Mit Schreiben vom 17. Januar 2011 hat das BVA erneut ein Vorschlagsverfahren eröffnet, in dem Krankenkassen, Leistungserbringer und Organisationen betroffener Versicherter Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells einbringen können. Anbei senden wir Ihnen unsere Vorschläge zur Weiterentwicklung.

Unter Berücksichtigung der starken Arbeitsbelastung des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wurde dieser von Seiten des BMG für das Ausgleichsjahr 2012 von seiner Aufgabe befreit, die Auswahl der Krankheiten zu überarbeiten. Aus unserer Sicht hat dies keinen Einfluss auf die Verpflichtung zur Neuberechnung der Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt, so dass wir eine Neuberechnung unter Berücksichtigung der aktuellen Daten und insbesondere unter Berücksichtigung der Daten aus dem zahnärztlichen Bereich für dringend erforderlich und geboten halten.

Wir begrüßen, dass das Bundesversicherungsamt den Prozess zur Festlegung des Klassifikationsmodells 2012 frühzeitig gestartet hat und die beteiligten Organisationen wieder direkt einbindet. Gleichzeitig wäre es jedoch sinnvoll, wenn die offizielle Krankheitsliste, wie in den Jahren zuvor, parallel zum Vorschlag des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 vorliegen würde.

Die Ergebnisse des Schlussausgleichs haben gezeigt, dass das Abschlagsverfahren die tatsächlichen Zuweisungen nicht hinreichend abbildet. Damit haben sich die von Kassenseite vorgebrachten Bedenken bezüglich unterjähriger Anpassungen vor Abschluss des ersten Ausgleichsjahres bestätigt und die Entscheidung, den ersten Schlussausgleich vor der Durchführung umfassender Anpassungen zunächst abzuwarten, hat sich als richtig erwiesen.

Im Rahmen der vergangenen Vorschlagsverfahren wurden von unserer Seite diverse Punkte eingebracht, die auch im Vorfeld der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2012 ihre Relevanz nicht verloren haben und deshalb Berücksichtigung finden sollten.

1. Berechnung der Angleichungsfaktoren gemäß Abschnitt D.3 der Anlage 4

Im Rahmen des Abschlagsverfahrens werden stets die ursprünglichen Regressionskoeffizienten bzw. Gewichtungsfaktoren mit den aktuellen Datenmeldungen verknüpft und hochgerechnet. Aufgrund stark ansteigender Morbidität in der GKV müssen im Anschluss die so ermittelten Zuschläge korrigiert werden, da auf das Gesamtvolumen als begrenzender Faktor adjustiert werden muss. Im Ausgleichsjahr 2009 wurden sämtliche Zuschläge für alle Risikomerkmale pauschal gekürzt, während in den Ausgleichsjahren 2010 und 2011 die auf die einzelnen Risikomerkmalsgruppen entfallenden Volumina konstant gehalten und damit innerhalb der Risikomerkmalsgruppen individuelle Angleichungsfaktoren zur Kürzung eingesetzt werden. Die aktuelle Version stellt zwar eine Verbesserung zum ursprünglichen Ansatz dar. Der erste Schlussausgleich hat jedoch gezeigt, dass die Abschlagsgenauigkeit durch eine unterjährige Neuermittlung der Zuweisungsvolumina je Risikomerkmalsgruppe, wie beispielsweise in den Vordrucken zur Berücksichtigung von Forderungen und Verpflichtungen, die Zielgenauigkeit des Verfahrens steigern würde

Weiterhin hat sich gezeigt, dass die Kalibrierungstichprobe aufgrund teilweise mangelhafter Datenqualität und daraus resultierender Datenausschlüsse die tatsächliche Ausgangssituation in der GKV nicht hinreichend abbildet. Da im Hinblick auf den Schlussausgleich jedoch die GKV die maßgebliche Größe ist, sollte die Berechnung der Zuweisungsvolumina je Risikomerkmalsgruppe nicht auf Basis der Kalibrierungstichprobe, sondern anhand der Risikomerkmalsinformationen aller Versicherten in der GKV erfolgen.

Zusammengefasst schlagen wir daher vor, die Zuweisungsvolumina der Risikomerkmalsgruppen stets auf Basis der Daten der gesamten GKV zu ermitteln und die Kalibrierung im Rahmen des Abschlagsverfahrens anhand der Datenkombination 2010/2011 zu aktualisieren.

2. Berücksichtigung von Nebendiagnosen aus dem stationären Bereich

Außerdem ist eine Anpassung bei der Berücksichtigung stationärer Nebendiagnosen dringend erforderlich. Diese werden in den bisher gültigen Modellen wesentlich höher bewertet als vergleichbare Diagnosen aus dem ambulanten Bereich, da sie ohne weitere Validierung direkt zu einer HMG-Zuordnung führen. Im Rahmen des Festlegungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2010 wurden verschiedenen Modellvarianten verglichen und für diese Variante die höchste statistische Güte ermittelt. Allerdings hat sich im letzten Jahr die Vermutung bestätigt, dass dieses Verfahren auch ein hohes Manipulationspotential birgt. Aufgrund diverser dokumentierter Auffälligkeiten hat das BVA den bundesunmittelbaren Krankenkassen unter sagt, externe Dienstleister mit der Kodieroptimierung zu beauftragen. Dennoch kann nicht endgültig ausgeschlossen werden, dass Krankenkassen nicht doch diesen Weg wählen oder alternativ frei verfügbare Softwareprodukte verwenden, um intern Kodieroptimierung zu betreiben. Aus unserer Sicht ist es dringend erforderlich, ein gegenüber Manipulationen resistenteres Modell einzusetzen, auch wenn sich die Güte des Modells dadurch verringern sollte. Deshalb schlagen wir vor, bei stationären Nebendiagnosen weitere Plausibilisierungskriterien einzuführen, die sich an den Kriterien für ambulante Diagnosen orientieren.

3. Bewertung von Analyseergebnissen auf Basis alter Daten

Weiterhin möchten wir in diesem Zusammenhang erneut darauf hinweisen, dass bisherige Analysen stets auf Daten vor Einführung des Morbi-RSA basieren. Sofern Krankenkassen im Rahmen der Gesetzesänderung diverse Aktivitäten zur Kodieroptimierung betrieben haben, sind deren Auswirkungen in den bisherigen Ergebnissen nicht ersichtlich. Daher können bisher verwendete Ergebnisse auch nicht ohne weiteres für die Folgejahre unterstellt werden.

4. Zuweisung zur Deckung der Ausgaben für Krankengeld

Darüber hinaus hat aus unserer Sicht der erste Schlussausgleich die mangelnde Zielgenauigkeit bei den Zuweisungen für Krankengeldausgaben erneut deutlich dokumentiert. Ein Verfahren, welches weder Anreize zum Krankengeldfallmanagement setzt, noch die in der GKV stark differierenden, einkommensabhängigen Ausgaben je Krankengeldtag berücksichtigt, muss zu ungerechtfertigten Wettbewerbsverzerrungen führen. Daher sehen wir die dringende Notwendigkeit, im kommenden Klassifikationsmodell bei den Krankengeldzuweisungen die kassenindividuellen, durchschnittlichen Ausgaben je Krankengeldtag zu berücksichtigen. Da die Krankenkassen zur Dämpfung der Krankengeldausgaben lediglich die Menge und nicht den Preis beeinflussen können, sollte ein Verfahren etabliert werden, das den Aufwand einer Krankenkasse beim Krankengeldfallmanagement unabhängig von ihrer Versichertenstruktur belohnt und gleichzeitig die von der einzelnen Krankenkasse nicht zu beeinflussende Höhe des Krankengeldes je Krankengeldtag ausgleicht. Auch der Gesetzgeber hat diese Problematik erkannt und den wissenschaftlichen Beirat mit der Prüfung der Krankengeldzuweisungssystematik beauftragt.

Des Weiteren analysiert der wissenschaftliche Beirat aktuell die Ergebnisse des Ausgleichsjahres 2009. Wir gehen davon aus, dass aus diesem Gutachten weitere Impulse für Anpassungen zum Ausgleichsjahr 2012 ausgehen werden. Aus diesem Grund möchten wir das Bundesversicherungsamt bitten, den betroffenen Organisationen ausreichend Zeit zur Bewertung dieser Ergebnisse einzuräumen.