

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

53113 Bonn

Nur per Mail

Ihr Gesprächspartner
Stefan Gründer

Tel. 030 202491 44

Fax 030 202491 50

E-Mail stefan.gruender@ikkev.de

02.09.2011

Ihr Zeichen: AZ VII 2 – 5572.11 – 3076/2011

Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressions- & Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2012 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 2012.

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. zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich

Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2012 durch das BVA

Vorbemerkungen

Das Bundesversicherungsamt hat gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) im Rahmen der Weiterentwicklung des RSA bis zum 30. September 2011 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes die dem RSA zukünftig zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2012 festzulegen.

Allgemeine Anmerkungen

Der IKK e.V. begrüßt, dass die Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen und den darin dargestellten Analyseprozessen noch einmal deutlich übersichtlicher, transparenter und nachvollziehbarer ausgestaltet wurden als in den Vorjahren.

Positiv hervorheben möchten wir ganz besonders, dass im vorliegenden Entwurf das Kriterium der Manipulationsanfälligkeit bei der Beurteilung von Anpassungsvorschlägen eine deutlich größere Rolle gespielt hat als in der Vergangenheit. Mit Blick auf zukünftige Weiterentwicklungen möchten wir das BVA dahingehend ermutigen, der Manipulationsunsicherheit eine noch viel stärkere Bedeutung beizumessen.

Spezifische Anmerkungen

Verwendung stationärer Nebendiagnosen

Der IKK e.V. begrüßt, dass die bekannt gewordenen vielfältigen Manipulationsversuche im Bereich der stationären Nebendiagnosen das BVA dazu veranlasst haben, die Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells zu erhöhen. Wir befürworten daher, dass zukünftig eine striktere Überprüfung stationärer Nebendiagnosen im Aufgreifalgorithmus erfolgen soll. Die im Entwurf vorgesehene Anpassung, stationäre Nebendiagnosen ab 2012 nur noch wie ambulante Diagnosen zu behandeln, so dass das M2Q-Kriterium und etwaige Arzneimittelverordnungen erfüllt sein müssen, kann daher als Schritt in die richtige Richtung betrachtet werden.

Auch wenn wir die geplante Anpassung begrüßen, so bleibt das BVA doch auf halbem Wege stehen. Um Manipulationsanreize bei den stationären Nebendiagnosen endgültig und konsequent auszuschließen, ist es erforderlich, die Anforderungen noch strikter zu fassen, als es im aktuellen Entwurf geplant ist. Das BVA hat in den Erläuterungen zum Entwurf fünf verschiedene Modelle einer strikteren Überprüfung stationärer Nebendiagnosen geprüft und sich am Ende für das Modell entschieden, dass unter den analysierten Anpassungsoptionen am wenigsten restriktiv ist. Aufgrund der Erfahrungen mit vielen Manipulationsversuchen im Bereich der stationären Nebendiagnosen, sehen wir es als notwendig an, der Manipulationssicherheit eine noch größere Bedeutung beizumessen. Eine geringe Abnahme der Zielgenauigkeit sollte dafür in Kauf genommen werden.

Wir schlagen daher vor, den in den Erläuterungen als Modell 2 bezeichneten Anpassungsvorschlag umzusetzen. Hier würden stationäre Nebendiagnosen nur dann einen Zuschlag auslösen, wenn das Klassifikationsmodell eine zwingende stationäre Behandlung der gestellten Nebendiagnosen voraussetzt. Manipulationsanreize würden dadurch nochmals signifikant gesenkt.

Verwendung ambulanter Diagnosen

Die geplante Abschaffung einheitlicher ambulanter Kodierrichtlinien im Rahmen des geplanten GKV-Versorgungsgesetzes nehmen wir zum Anlass, die Berücksichtigung der ambulanten Diagnosen im Klassifikationsmodell grundsätzlich zu hinterfragen. Die ambulanten Diagnosen bilden die zentrale Grundlage des Versichertenklassifikationsmodells im Morbi-RSA. Die weit überwiegende Mehrzahl der Zuschläge erfolgt auf Basis ambulanter Diagnosen. Der Großteil der ambulanten Diagnosen benötigt allerdings keinerlei Validierung durch Arzneimittelverordnungen. Eine in zwei Quartalen gestellte Diagnose reicht beim Großteil der Krankheiten aus, um Zuschläge auszulösen.

Im Kontext der Diskussion um das geplante Versorgungsgesetz hat nun auch der GKV-Spitzenverband auf die äußerst fragwürdige ambulante Diagnosequalität hingewiesen. Wenn die Qualität der ambulanten Diagnosen aber nicht einmal als Grundlage für die Weiterentwicklung der ambulanten Vergütung ausreicht, stellt sich für uns die Frage, mit welcher Berechtigung die ambulanten Diagnosen noch als Grundlage für die Verteilung von knapp 180 Mrd. € dienen können.

Mit der Einführung einheitlicher ambulanter Kodierrichtlinien war bei vielen Akteuren in der GKV die Hoffnung verbunden, nicht nur die unzweifelhaft bestehende Varianz in der regionalen und arztgruppenspezifischen Kodierqualität signifikant zu senken, sondern auch Manipulationsanreize zu begrenzen:

- Eine regional und/oder zwischen Ärzten oder Arztgruppen differierende Diagnosequalität bzw. Diagnosepraxis unterminiert die Zuweisungsgerechtigkeit des Morbi-RSA. Nur durch verbindliche Kodierrichtlinien wird sichergestellt, dass in allen Bundesländern, bei allen Arztgruppen und für die Versicherten aller Krankenkassen bei gleichem Gesundheitszustand auch identische Diagnosen gestellt werden. Krankenkassen mit vielen Versicherten in Regionen mit hoher Datenqualität würden andernfalls höhere Fondszuweisungen erhalten als Krankenkassen, die maßgeblich in Regionen mit niedrigerer Qualität der ambulanten Diagnosen tätig sind. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Krankenkassen deshalb in finanzielle Schieflage geraten, weil die ambulante Kodierqualität in ihrer Region besonders schlecht ist.
- Jenseits der wettbewerbsverzerrenden Wirkung divergierender Diagnosequalitäten war mit der Einführung einheitlicher ambulanter Kodierrichtlinien die Hoffnung verknüpft, dass die auf vielfache Weise erfolgten – und noch immer erfolgenden – Manipulationsversuche, insbesondere durch das Einwirken von Krankenkassen auf das Diagnoseverhalten ambulanter Ärzte, signifikant reduziert werden.

Ohne die Einführung bundesweit einheitlicher Kodierrichtlinien steht zu befürchten, dass die ambulante Diagnosequalität sich noch stärker als heute schon zu einem Wettbewerbsfeld zwischen den Krankenkassen entwickelt. Das äußert sich nicht nur in weiterhin vielfältigen Manipulationsversuchen. Mit Blick auf den selektivvertraglichen Bereich ist beispielsweise verstärkt zu erwarten, dass die exklusive Lieferung qualitativ hochwertiger Diagnosen einen noch höheren Stellenwert erlangen wird. Die Varianz der ambulanten Diagnosestellung und damit der Grad der Wettbewerbsverzerrung zwischen den Krankenkassen wird dadurch weiter ansteigen.

Der IKK e.V. regt daher an, grundsätzlich in Erwägung zu ziehen, die qualitativ minderwertigen und manipulationsanfälligen ambulanten Diagnosen zukünftig nicht mehr als Grundlage für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu nutzen. Es ist zu überlegen, inwieweit der Morbi-RSA nur noch auf Basis stationärer Diagnosen, für die bereits

bundesweit einheitliche Kodierrichtlinien gelten, und Arzneimittelverordnungen durchgeführt werden sollte.

Schweregraddifferenzierung nach Arzneimitteln

Bislang erfolgt eine Schweregraddifferenzierung nach Arzneimitteln in einigen Hierarchien des Klassifikationsmodells dergestalt, dass bei Vorliegen derselben Grunderkrankung chronisch Kranke mit Arzneimittelverordnung in eine höhere Zuschlagsgruppe eingruppiert werden als Versicherte ohne Arzneimittelverordnung.

Im Vorschlagsverfahren wurde nun angeregt, in der Hierarchie **7 „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“** und in der **Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“** eine Schweregraddifferenzierung entsprechend verschiedener Arzneimittelverordnungen vorzunehmen. Chronisch Kranke mit kostenintensiven Arzneimitteln würden dementsprechend in höhere Zuschlagsgruppen eingruppiert als chronisch Kranke mit weniger kostenintensiven Arzneimitteln.

Der IKK e.V. unterstützt die ablehnende Haltung des BVA gegenüber arzneimittelbasierten Schweregraddifferenzierungen. Sicherlich würde durch diese Maßnahme die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells erhöht. Wir teilen aber die Auffassung des BVA, dass der Zugewinn an Zielgenauigkeit mit einer höheren Manipulationsanfälligkeit erkauft werden würde. Der Vorschlag hätte zur Folge, dass für ein und dieselbe Grunderkrankung mit identischer Kodierung mehrere versorgungs- bzw. therapieabhängige Zuschläge nebeneinander existieren. Die Wahl eines Arzneimittels innerhalb einer Klasse von grundsätzlich „passenden“ Therapeutika würde damit gleichzeitig auch die Höhe des Zuschlags determinieren. Hierdurch wird nicht nur die Versorgungsneutralität verletzt, sondern auch unerwünschten Anreizwirkungen im Sinne einer signifikant höheren Strategieanfälligkeit Vorschub geleistet.

Anpassungen in der Hierarchie 10 „Drogen-/Alkoholmissbrauch“

Der IKK e.V. hat im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zum aktuellen Entwurf einen detaillierten und vollständig ausgearbeiteten Anpassungsvorschlag für die Hierarchie 10 „Drogen-/Alkoholmissbrauch“ vorgelegt. Dieser Vorschlag wurde durch die Stellungnahme des GKV-SV unterstützt. Der Vorschlag ist geeignet, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen in der Hierarchie 10 signifikant zu erhöhen. Zu unserem Bedauern hat das BVA diesen detailliert ausgearbeiteten Vorschlag leider nicht aufgegriffen.

Die Begründung des BVA hinsichtlich einer notwendigen Vorauswahl der zu analysierenden Vorschläge ist jedoch nur partiell nachvollziehbar. So wird als Begründung für das Vorauswahlverfahren auf S. 28 der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen vom BVA ausgeführt: *„Die vorgenommenen Überprüfungen bezogen sich somit beson-*

ders auf offene Punkte aus den vorangegangenen Weiterentwicklungsschritten sowie auf Hierarchien, zu denen viele Vorschläge eingegangen sind“. Eine Orientierung an der Zahl der je Hierarchie eingegangenen Vorschläge hat jedoch zur Folge, dass größere Institutionen mehr Chancen haben, dass deren Vorschläge aufgegriffen werden. Aufgrund ihrer umfangreichen Ressourcen können diese zu einer weitaus größeren Zahl an Hierarchien Vorschläge einreichen als es kleineren Akteuren möglich ist. Des Weiteren ist die Menge der Vorschläge zu einer Hierarchie unseres Erachtens kein ausreichendes Kriterium für dessen Qualität.

Wir möchten das BVA daher bitten, die Vorauswahl der Vorschläge zur Weiterentwicklung zu überdenken und die vorgeschlagenen Anpassungen des IKK e.V. und des GKV-Spitzenverbandes für die Hierarchie 10 „Drogen-/Alkoholmissbrauch“ aufzugreifen.

Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener

Der IKK e.V. begrüßt ausdrücklich, dass das BVA keine Änderungen am Verfahren der Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener vornehmen wird. Der IKK e.V. lehnt eine Anpassung des derzeitigen Verfahrens der Berücksichtigung der Ausgaben Verstorbener rigoros ab.

Die Annualisierung der Leistungsausgaben bei Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden ist deshalb möglich und sinnvoll, weil die Leistungsausgaben über das gesamte Jahr gleichmäßig verteilt sind. Anders sieht dies hingegen bei den Verstorbenen aus: Die hohen Leistungsausgaben für diese Gruppe fallen hauptsächlich in den letzten 2-3 Monaten vor dem Tod an. Eine Hochrechnung dieser Ausgaben auf das gesamte Jahr ist daher inhaltlich abwegig und hätte eine massive künstliche Überhöhung aller Krankheitszuschläge zur Folge. Dieser Effekt wäre noch umso stärker, je früher die Versicherten im Jahr versterben würden.

Standardisierte Verfahren wie der Morbi-RSA erzeugen zwangsläufig Über- und Unterdeckungen bei einzelnen Personengruppen. Ob nun Verstorbene, Versicherte in Ballungsräumen, Versicherte mit schweren Unfällen oder sonstige akute Krankheiten und Ereignisse: Das SGB V sieht keine Ausgleichsfähigkeit selektiver Versichertengruppen und Ereignisse vor. Die Kritik an der bestehenden Unterdeckung der Ausgaben für Verstorbene lässt zudem unberücksichtigt, dass diese Versicherten bereits viele Jahre vorher an chronischen Krankheiten gelitten haben. In dieser Zeit erhalten die Krankenkassen deutlich mehr Zuweisungen als tatsächlich an Ausgaben anfallen. Eine Analyse des Deckungsgrades, die sich ausschließlich auf das Sterbejahr bezieht, greift daher zu kurz: Vielmehr gilt es neben der Unterdeckung im Sterbejahr auch die Überdeckung in den Vorjahren zu berücksichtigen.

Zudem hat der Gesetzgeber den Morbi-RSA als prospektives Verfahren ausgestaltet. Dadurch soll sichergestellt werden, dass lediglich die Folgekosten chronischer Erkrankungen und keine akuten Ereignisse ausgeglichen werden. Eine fiktive Hochrechnung der Leistungsausgaben von Verstorbenen würde die Intention des Gesetzgebers konterkarieren. Der Tod ist ein akutes Ereignis und keine chronische Erkrankung und unterliegt wie alle akuten Unfälle und Ereignisse dem Versicherungsrisiko einer Krankenkasse. Jenseits der fehlenden gesetzlichen Grundlage würde eine Sonderbehandlung der Verstorbenen auch die Frage aufwerfen, weshalb gerade diese Hochkostengruppe seitens des BVA eine Sonderbehandlung erfahren sollte, während andere Gruppen unberücksichtigt blieben.

Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Im Klassifikationssystem für das Ausgleichsjahr 2010 wurde festgelegt, dass die Zuweisung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug über einen pauschalen Betrag je Versichertentag erfolgt. Nun plant das BVA, diese Regelung partiell wieder zurückzunehmen: 60% der Ausgaben für Schutzimpfungen sollen den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zugeordnet und die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung darüber hinaus aus der Liste der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben gestrichen werden. Die entsprechenden Zuweisungen erfolgen dann nicht mehr pauschal, sondern implizit als Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld, also morbiditätsorientiert. Als empirische Begründung stellt das BVA auf die Analyse der quadrierten Abweichungen zwischen Ausgaben und Zuweisungen ab, die sich entsprechend eines Verteilungsschlüssels nach Versichertenzeiten oder Morbidität ergeben würden.

Der IKK e.V. lehnt diese Anpassungen ab. Erstens ist methodisch anhand von quadrierten Abweichungsbeträgen zwischen Zuweisungen und Ausgaben kein Zusammenhang zwischen Morbidität und Ausgaben belegbar. Die Validierung dieses Zusammenhangs ist nur bei einer versichertenbezogenen Erfassung der Ausgaben und anschließender Prüfung in einem multivariaten Regressionsmodell – zum Ausschluss etwaiger Scheinkorrelationen – möglich.

Zweitens lässt auch eine inhaltliche Betrachtung der beiden Leistungsbereiche keine Rückschlüsse auf einen Zusammenhang zwischen tatsächlichen Ausgaben und Morbidität zu. Die Abrechnung von Impfstoffen erfolgt in vielen Fällen auf Basis von regionalen Vereinbarungen, bei denen die entstandenen Kosten auf die Kassen umgelegt werden. Die Umlage erfolgt in der Regel in Anlehnung an die Umlage für Sprechstundenbedarf. Je nach KV-Bezirk wird diese jedoch unterschiedlich ausgestaltet. In KV-Bezirken mit Umlage nach Mitgliedern kann zweifellos nicht von einer Morbiditätsabhängigkeit der Impfstoffausgaben ausgegangen werden. Selbst in KV-Bezirken mit Umlage nach Fallzahlen ist ein Zusammenhang zwischen Umlagehöhe und Morbidität nicht zwangsläufig

gegeben, da von den ambulanten Fallzahlen nicht automatisch auf die Morbidität geschlossen werden kann.

Nach § 20a SGB V orientiert sich auch die betriebliche Gesundheitsprävention nicht an den Versicherten, sondern an den Betrieben. Die von einer Krankenkasse finanzierten Maßnahmen bleiben zudem nicht auf die eigenen Versicherten beschränkt und können von allen Arbeitnehmern des Betriebs in Anspruch genommen werden. Nach § 20a Abs. 2 SGB V werden die Krankenkassen daher aufgefordert, bei der betrieblichen Gesundheitsprävention zu kooperieren. Die gesetzlichen Richtwerte für Ausgaben in diesem Bereich beziehen sich auf die Versichertenanzahl und nicht auf die Morbidität der Versicherten. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Maßnahmen auf Arbeitnehmer beschränkt sind. Für Rentner, die eine weit überdurchschnittliche Morbidität aufweisen, können diese Leistungen logischerweise nicht erbracht werden. Auch deshalb ist eine Hochrechnung anhand der Morbidität nicht zielführend.

Es lässt sich zusammenfassen, dass sowohl methodisch als auch inhaltlich kein Zusammenhang zwischen der Morbidität der Versicherten und den Ausgaben für Schutzimpfungen bzw. für betriebliche Gesundheitsprävention hergestellt werden kann.

Zusammenfassung

Die vom Bundesversicherungsamt vorgesehenen Maßnahmen zur Erhöhung der Manipulationssicherheit bewerten wir als einen ersten begrüßenswerten Schritt in die richtige Richtung. Dennoch hätten wir uns noch weitergehende und konsequentere Maßnahmen auf diesem Weg gewünscht. Daher sollten stationäre Nebendiagnosen nur dann einen Zuschlag auslösen, wenn zwingend eine stationäre Behandlung vorausgesetzt wird.

Die vorgesehene Abschaffung der einheitlichen ambulanten Kodierrichtlinien bewerten wir mit Blick auf die schlechte ambulante Diagnosequalität und die darunter leidende Zuweisungsgerechtigkeit im Morbi-RSA als äußerst problematisch. Ohne adäquate Maßnahmen wird die „Diagnoseoptimierung“ als Wettbewerbsfeld der Krankenkassen künftig massiv an Bedeutung gewinnen. Um eine weiter wachsende Manipulations- und Strategieanfälligkeit des Morbi-RSA zu verhindern, regen wir daher an, die ambulanten Diagnosen bei der Zuschlagsermittlung nicht mehr zu berücksichtigen.

Wir können nachvollziehen, dass nicht alle eingereichten Vorschläge vom BVA überprüft werden können. Dennoch möchten wir das BVA bitten, die von uns und vom GKV-SV bereits sehr detailliert ausformulierten Vorschläge für eine Anpassung der Hierarchie 10 „Alkohol- und Drogenmissbrauch“ aufzugreifen.

Wir begrüßen es, dass das BVA auch zukünftig keine fiktive Hochrechnung der Leistungsausgaben Verstorbener vornehmen wird, die den Grundsätzen und Prinzipien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs widersprechen würde.

Der IKK e.V. lehnt die Anpassungen bei den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ab. Sowohl methodisch als auch inhaltlich lässt sich kein Zusammenhang zwischen Morbidität und Ausgaben für die untersuchten Leistungsbereiche belegen.