

## Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell 2013

### Vorschläge eingebracht durch

Institution:

Ansprechpartner:

**BKK BV**
**Jens Abrill, Klaus Stein, Dr. Wolfgang Bödeker**
**Ausfüllanleitung:** Ein Vorschlag pro Zeile und bei Bedarf weitere Zeilen im entsprechenden Themenblock einfügen.

### 1 Allgemeines Aufgreifkriterien

Vorschlag

Begründung / Problembeschreibung

**1.1** Schweregraddifferenzierung Sonderfall Hämophilie

Bei Vorliegen des Aufgreifkriteriums „Arzneimittelvalidierung: chronisch“ wird die Zahl der zur Berücksichtigung erforderlichen Behandlungstage für die stationäre Nebendiagnose um 8 BT abgesenkt. Diese Sonderregel wurde dahingehend eingeführt, dass während der stationären Behandlung Arzneimittel verabreicht werden, die nicht über den normalen Datenweg abgerechnet werden. Auch im Bereich der stationären Behandlung für Stoffwechselerkrankungen erfolgen Arzneimittelabgaben, wobei hier keine Kürzung vorgenommen wird. In Analogie der Kürzung der Behandlungstage schlägt der BKK BV GbR vor, bei einer entsprechenden Neben- oder Hauptdiagnose aus einer oder mehrerer stationären Behandlungen, eine Kürzung der Sonderregel von zwei auf eine Verordnung zu untersuchen.

**1.2**
**1.3**
**1.4**

### 2 Berechnungsverfahren

Vorschlag

Begründung / Problembeschreibung

2.1	Vorschlag für eine Korrektur des Zuweisungsverfahrens Krankengeld	<p>Die Zuweisungssystematik im Segment Krankengeld führt seit der Einführung des Gesundheitsfonds wegen gravierender Unterschiede der kassenindividuellen Deckungsquoten im Bereich Krankengeld zu signifikanten Wettbewerbsverzerrungen: Eine Veröffentlichung des BVA aus dem Frühjahr 2011 zeigt die Spanne der Deckungsquoten des Jahres 2009 im aktuellen Verfahren auf, die bei rd. 100 % liegt (von einer Unterdeckung von ca. 50 % bis zu einer Überdeckung von über 50 %) . Die Streuung der Deckungsquoten ist in keinem anderen Segment ausgeprägter. Die gegenwärtigen Verzerrungen bei den Zuweisungen von Krankengeldzahlungen machen aus Sicht des BKK-Systems eine kurzfristige Übergangslösung erforderlich. Deshalb wird vorgeschlagen, die Deckungsquoten in der Verteilung auf das Kostenmanagementpotential zurückzuführen. Analysen innerhalb des BKK-Systems haben ergeben, dass bis zu 6 % der Krankengeldausgaben durch direktes Kostenmanagement beeinflusst werden können. Somit ergibt sich eine Begrenzung der Deckungsquoten auf eine Deckungsquotenspanne von 6 %, also z.B. auf 97 % bis 103 %. Näheres kann dem beigefügten Unterlagen entnommen werden</p>
-----	---	--

## 2.2 Vorschlag für die Korrektur der Verwaltungskostenzuweisungen

Die Zuweisungsanteile berechnen sich derzeit je zur Hälfte nach der Versichertenzahl und der kassenindividuellen Morbidität. Diese grobe Aufteilung ist aber nicht sachgerecht. So verursacht z. B. ein teurer Arztbesuch mit hohen Arzneimittelausgaben nur geringe Verwaltungskosten bei den Krankenkassen. Dem gegenüber entstehen bei anderen Leistungen hohe Verwaltungskosten für geringe Leistungsaufwendungen, z. B. für Präventionsleistungen wie Eltern-Kind-Kuren. Darüber hinaus wird der jeweilige Aufwand für die nicht leistungsbezogenen Prozesse, z. B. Meldungen, Prüfung der Familienversicherung, Beitragseinstufung für freiwillige Mitglieder, Beitragseinzug für den Gesundheitsfonds und Einzug des Zusatzbeitrages, bisher nicht bedarfsgerecht berücksichtigt. Versichertenzahl und Krankheitsgeschehen alleine sind demzufolge keine aussagekräftigen Parameter für eine gerechte Zuweisung der Verwaltungskosten.

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich darum für ein Zuweisungssystem aus, das die sachlich erforderlichen Verwaltungsausgaben in den Vordergrund stellt. Sie haben ein kontengruppenspezifisches Zuweisungsmodell entwickelt, das die Zuweisungen anhand ausgewählter Parameter berechnet. Auch ein Innovations- oder Zukunftsfaktor ist Teil dieses Modells.

Für den Bereich der persönlichen Verwaltungskosten (Kontengruppe 70; ca. 70 % der Bruttoverwaltungskosten) sollten die verwaltungskostenintensiven Geschäftsprozesse einer gesetzlichen Krankenkasse definiert und hinsichtlich ihres durchschnittlichen Personalaufwandes bemessen werden. Die Kontengruppen 71 (sächliche Verwaltungskosten), 72 (Aufwendungen für Selbstverwaltung), 73 (Beiträge und Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke) und 74 (Kosten der Rechtsverfolgung) sollten nach der Anzahl der Versicherten zugewiesen werden. Diese Kosten stehen lediglich in geringem Zusammenhang mit der Morbidität. Für die erstatteten Verwaltungskosten (Kontengruppe 76) muss eine Verrechnung der tatsächlichen Erstattungen mit den Zuweisungen erfolgen. Dies ist sachgerecht, da die Erstattungen einer Krankenkasse im Wesentlichen fremdbestimmt und der Höhe nach kassenindividuell sind.

Die Bemessung der persönlichen Verwaltungskosten (Kontengruppe 70) sollte sich am Personalbedarf der Hauptprozesse, die auf Grundlage von Kassenergebnissen ermittelt wurden, orientieren. Näheres ist den beigegeführten Unterlagen zu entnehmen

2.3	Vorschlag für eine geänderte Berücksichtigung von DMP-Versicherten im Regressionsverfahren	<p>Aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung kann die Zielgenauigkeit der Zuweisungen durch eine zusätzliche Berücksichtigung der DMP-Teilnahme im Regressionsverfahren gesteigert werden. In den vergangenen Jahren wurde korrekterweise das zu verteilende Gesamtvolumen um den auf Leistungsausgaben entfallenden DMP-Pauschalanteil reduziert (vgl. Punkt 2.1.1 in Festlegung 2012). Damit wird sichergestellt, dass die Ausgaben für DMP-Programme nicht doppelt ausgeglichen werden. Allerdings fließen die Ausgaben für DMP-Programme über die versichertenindividuellen Leistungsausgaben ins Regressionsverfahren ein, da die Konten in der Bestimmung (vgl. Anlage 3.1. 2010 Festlegung Bestimmung für das Meldejahr 2011) als berücksichtigungsfähig ausgewiesen werden. Somit werden die Ausgaben für DMP bei der Bestimmung der Zuschlagswerte berücksichtigt, obwohl die dahinterstehenden Ausgaben nicht über den Morbi-RSA ausgeglichen werden. Aus diesem Grund sollte in Berechnungsschritt 2.2.2.2 (vgl Festlegung 2012) folgender Passus ergänzt werden:</p> <p>[...] versicherten bezogen aufsummiert, <b>um das Produkt der Zahl der Versichertentage mit DMP-Einschreibung und dem auf berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben entfallenden Anteil der DMP-Pauschale gekürzt</b> und durch das Gewicht [...]</p> <p>Ausschlaggebend muss in diesem Fall die DMP-Pauschale im Berichtsjahr der SA700 sein, um einen korrekten zeitlichen Bezug zu schaffen.</p>
2.4	Vorschlag für eine Klarstellung der Festlegung	<p>Im Rahmen der Festlegung hat das BVA die Annualisierung der Leistungsausgaben in zwei Berechnungsschritte unterteilt. Die betriebliche Krankenversicherung begrüßt ausdrücklich die Entscheidung des BVA die Leistungsausgaben für Verstorbene nicht zu annualisieren. Aus unserer Sicht wird so eine unsachgemäße Verteilung eines fiktiven Behandlungsbedarfs in Millionenhöhe verhindert, welcher zu deutlichen Wettbewerbsverzerrungen führen würde. Entsprechend hoch ist die Sensibilität bei betroffenen BKK, weswegen wir anregen möchten auch im Berechnungsschritt 2.2.2.2 Annualisierung der Leistungsausgaben (vgl. Festlegung 2012) explizit den Passus auszunehmen, dass die Leistungsausgaben Verstorbener (somit) nicht annualisiert werden. Dies würde insbesondere bei Personenkreisen, die sich nicht vertieft mit der mathematischen Vorgehensweise beschäftigen zu mehr Transparenz führen.</p>
<b>3 Mapping und spezifische Aufgreifkriterien</b>		
	<b>MG DXG Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>
3.1		
3.2		
3.3		

3.4		
<b>4</b>	<b>Sonstiges Vorschlag</b>	<b>Begründung / Problembeschreibung</b>
4.1	Fehlerkennzeichen 5010	<p>Das Pseudonym der SA100 Erstmeldung weicht in Alter oder Geschlecht gegenüber der Korrekturmeldung der SA100 ab oder das Pseudonym der SA111 weicht in Alter oder Geschlecht gegenüber einem der beiden Berichtsjahren des Ausgleichjahres der SA100 oder SA 111 1. HJ ab. Das Pseudonym der SA110 des jüngeren Berichtsjahres weicht gegenüber der SA110 des älteren Berichtsjahres in Alter oder Geschlecht ab (Bsp.: Abweichung des Pseudonyms der SA110_BJ_2011 gegenüber der SA110_BJ_2010 ab). Die SA110 des älteren Berichtsjahres wird nicht auf den Fehler 5010 geprüft. Der entsprechende Datensatz wird gelöscht. Das BKK-System schlägt vor, die Löschung in einen Hinweis zu verwandeln.</p> <p>Im Grouping könnte hier eine Priorisierung auf die letzte und damit "führende" Satzart vorgenommen werden. Die dort angegebenen Daten sollten für die Einstufung in die AGG bzw. EMG verwandt werden.</p>
4.2	Darstellung der Berechnungen im Korrekturverfahren beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)	<p>Die Berechnungsweise des Korrekturverfahrens im Schlussausgleich und die Normung der Kosten auf das Volumen der KJ1 des jeweiligen Ausgleichjahres ist nicht dokumentiert. Das BKK-System plädiert deshalb dafür, dass die Darstellung der Berechnungsweise, analog der Berechnungsweise der Grundlagen-, Korrektur- und Jahresausgleichsbescheide, transparent dargestellt wird</p>

4.3	Einführung eines Risikopool	<p>Die morbiditätsadjustierten Zuweisungen aus dem Fonds decken die Ausgaben für Hochkostenfälle nicht. An der Unterdeckung haben die Krankheiten, die nicht durch eine der „hierarchisierten Morbiditätsgruppen“ (HMG) explizit im Morbi-RSA berücksichtigt sind, einen hohen Anteil. Besonders für leine Krankenkassen stellen Hochkostenfälle ein großes Problem dar. Dieses Problem kann abgemildert werden, indem der Morbi-RSA um einen Risikopool erweitert wird. Dafür werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ab einem bestimmten Schwellenwert gekappt. Ausgaben über dem Schwellenwert werden den Krankenkassen als Vollkostenausgleich (mit oder ohne Selbstbehalt) erstattet. Durch die Einführung eines Schwellenwertes von zum Beispiel 20 000 € pro Jahr würden Wirtschaftlichkeitsreserven und Kostenmanagement bei den Krankenkassen beachtet. Selbst besonders teure Fälle wie ein schwer erkrankter Bluter, der zwar regelmäßig teure Medikamente benötigt, aber dafür nicht in zwei Quartalen eine für Zuweisungen über den Morbi-RSA notwendige Arzneimittelverordnung vorweisen kann, könnten über den Risikopool unkompliziert ausgeglichen werden. Ein Risikopool wirkt zudem gleichzeitig den derzeitigen Unterdeckungen bei Sterbefällen entgegen.</p>
4.4		