



Knappschaft• 44781 Bochum

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

- vorab per Fax -

Knappschaft  
Dez. IV.4  
Knappschaftstr. 1  
44799 Bochum  
Tel. 0234 304 - 0  
www.kbs.de

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen/Unsere Nachricht vom  
Dez. IV.4/Ho

Ihr Ansprechpartner  
Dr. Andreas Hoefer  
Tel. 0234 304 - 44004  
Fax 0234 304 - 944000  
andreas.hoefer@kbs.de

Bochum, 22. August 2012

## Stellungnahme der KBS zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2013

Sehr geehrte Frau Haack,

vorab bitte ich, unsere späte Rückmeldung zu entschuldigen, das Schreiben mit der individuellen Fristsetzung für die KBS hat uns aufgrund übertragungstechnischer Probleme leider nicht erreicht.

Die früheren Spitzenverbände sind zur Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen zum Klassifikationsmodell 2013 aufgefordert. An den bereits zu früheren Anlässen vorgetragenen Argumenten hinsichtlich der morbiditätsbezogenen Ausgaben und der Neu-Bewertung stationärer Nebendiagnosen hält die KBS unverändert fest. Zudem erlauben wir uns, unsere Positionen wie folgt zu formulieren:

### I. Anmerkungen zum Berechnungsverfahren

#### **1. Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden**

Die KBS begrüßt die Änderung des Berechnungsverfahrens beim Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden. Damit wird das bisherige fehlerhafte Verfahren verlassen, durch welches in den vier Ausgleichsjahren von 2009 bis 2012 nach den bekannten Schätzungen Mittel in Höhe von 1,6 Mrd. Euro fehlverteilt werden. Durch die Umstellung des Regressionsverfahrens auf Pro-Tag-Werte für die abhängige Variable der Leistungsausgaben stellen sich die Probleme einer „Annualisierung“ nicht mehr. Zugleich wird das Unlogische der bisherigen Vorgehensweise deutlich: Ein Festhalten an der fehlerhaften Verstorbenenregelung wäre nun gleichbedeutend mit einer Kürzung der tatsächlich entstandenen Pro-Tag-Ausgaben für Verstorbene, was die Willkür dieses Verfahrens besonders augenfällig werden ließe. Die Verwendung von Pro-Tag-Werten ist im Übrigen auch keine neue Idee, sondern wurde schon als methodischer Standard im früheren RSA vor 2009 praktiziert und von den Krankenkassen akzeptiert. Als Folge der Änderung werden die Überdeckungen bei den jüngeren und die Unterdeckungen bei älteren Versicherten beseitigt. Darüber hinaus werden auch für Versicherte mit HMG's einer hohen Mortalitätsrate ausreichende finanzielle Mittel bereitgestellt. Die Umstellung des Verfahrens steht im Einklang mit der bestehenden RSAV.

Angeichts dieser klaren Fakten wäre der Verzicht auf fachfremde Argumente in der Diskussion wünschenswert. Es ist nicht Aufgabe des Risikostrukturausgleichs, Krankenkassen aus wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu helfen, sondern vielmehr Versorgung zu finanzieren und dabei Anreize zum wirtschaftlichen Handeln zu setzen. Wenn Kassen nicht mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auskommen, sind sie dazu aufgerufen, geeignete Einsparmaßnahmen zu ergrei-

fen. Sich mit dem Hinweis auf drohende Insolvenzen gegen wissenschaftliche Standards zu wenden, ist sicher der falsche Weg.

Grundsätzlich möchten wir auf die gesetzlich geregelten Zuständigkeiten hinweisen: Eine inhaltliche Weiterentwicklung des RSA bedarf der politischen Diskussion und Entscheidung, die Behebung von offensichtlichen Fehlern fällt – wie auch bereits 2009 im Zahnarztkontext geschehen – in die Zuständigkeit des BVA. Wohl wissend um die wettbewerbliche Neutralität, die der Spitzenverband Bund zu wahren hat, bitten wir um Würdigung des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats und seines Beschlusses vom 24. Juni dieses Jahres.

## **2. Krankengeld**

Für die Ermittlung der Zuweisungen für das Krankengeld sind die bestehenden Parameter (Alter, Geschlecht und EMR-Status) nicht ausreichend. Eine Koppelung an eine Art kassenindividuelle Grundlohnkomponente, wie es der BKK-BV vorschlägt, halten auch wir für sinnvoll. Allerdings hat der Wissenschaftliche Beirat in seinem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 darauf hingewiesen, dass die Krankengeldbezugsdauer mit höherem Einkommen tendenziell abnimmt und somit ein gewisser Kompensationseffekt vorliegt. Er zeigt aber auch auf, dass dieser Effekt bei einer Reihe von Krankenkassen eben nicht auftritt. Diese Kassen haben Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen, aber auch überdurchschnittlich hohen Krankenständen. Der Beirat hat im Evaluationsbericht einige Handlungsoptionen in dieser schwierigen Thematik aufgezeigt und bewertet. Aus unserer Sicht scheint der Vorschlag des BKK-BV, die Deckungsquoten beim Krankengeld innerhalb einer durch Kostenmanagement beeinflussbaren Spanne festzuschreiben, einer weitergehenden Untersuchung wert. Im Klassifikationsmodell 2013 kann allerdings noch keine Umsetzung erfolgen, da hierfür eine Änderung der RSAV notwendig ist.

## **3. Auslandsversicherte**

Die gegenwärtige Regelung entspricht der RSAV.

## **4. Zuweisung für Verwaltungsausgaben**

Frühere Untersuchungen (vgl. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich) haben ergeben, dass bei den Verwaltungskostenzuweisungen mit einem Verteilungsschlüssel zwischen 70% und 90% nach Morbidität und 30% bis 10% nach Versichertenzahl die höchste Zielgenauigkeit erreicht würde. Wie allerdings im Entwurf schon bemerkt, ist der gegenwärtige Verteilungsschlüssel von 50% zu 50% in der RSAV festgeschrieben, so dass im Klassifikationsmodell 2013 keine Umsetzung erfolgen kann. Gleichwohl aber sollte unseres Erachtens eine RSAV-Änderung im Sinne dieses genaueren Schlüssels angestrebt werden.

## **5. Gesonderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren**

In den versichertenbezogenen Leistungsausgaben sind auch die DMP-Kosten enthalten, da sie als berücksichtigungsfähig gelten. Somit sind diese Kosten auch in den Zuschlägen enthalten. Auf der anderen Seite wird das Zuweisungsvolumen für die standardisierten Leistungsausgaben um diese Anteile gekürzt, da gesonderte DMP-Pauschalen gezahlt werden. Der BKK-BV sieht hierin ein Potential für die Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen und schlägt vor, die in der Satzart 700 gemeldeten Leistungsausgaben um die DMP-Pauschale zu bereinigen.

Die KBS hält dieses Vorgehen für falsch, da keine Bereinigung um tatsächlich verursachte Kosten, sondern eben nur um Pauschalen stattfindet. Dadurch werden die Daten, die in die Regression eingehen, in unzulässiger Weise verfälscht. Zwar kann eine gewisse Ungenauigkeit des gegenwärtigen Verfahrens nicht geleugnet werden, jedoch sind die Auswirkungen ihrer Größenordnung her nicht bekannt. Vor einer Änderung des Verfahrens sollten daher genauere Analysen durchgeführt werden. Dies betrifft auch den Vorschlag des BVA, die Zuordnung der DMP-Kosten zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zu überprüfen.

**6. Differenzierung der Kostenerstattergruppen nach § 13 SGB V oder § 53 SGB V**

Die KBS begrüßt eine Differenzierung der Kostenerstattergruppen nach Alter und Geschlecht. Klar ist aber, dass aufgrund der Datenlage eine Änderung erst im kommenden Klassifikationsmodell 2014 erfolgen kann. Die Beseitigung der Schaltjahrproblematik ist sachgerecht.

**II. Anmerkungen zu den HMG-Definitionen****1. Gesonderte Berücksichtigung des Schweregrades bei der HMG080 „Herzinsuffizienz“**

Bei der Kodierung der Linksherzinsuffizienz wird zwischen vier Stadien unterschieden:

- Ohne Beschwerden
- Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
- Mit Beschwerden bei leichter Belastung
- Mit Beschwerden in Ruhe

Schon von der Namensgebung her liegt die Vermutung nahe, dass die Ressourcenbedarfe in den einzelnen Stadien stark differieren werden. Eine KBS-interne Auswertung der Leistungsausgaben für Versicherte, die eine entsprechende (ambulante oder stationäre) Diagnose aufweisen, bestätigt diese Vermutung. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Versicherte in den Stadien 3 und 4 lag um gut 50% oberhalb der Ausgaben der Versicherten in den Stadien 1 und 2. Dies sind zwar nur KBS-spezifische Daten, jedoch findet sich u.E. hierin ein Indiz dafür, dass diese Versicherungsträgergruppen bei der Zuschlagsermittlung unterschiedlich zu berücksichtigen sind. Natürlich sind hier letztlich die Daten der GKV heranzuziehen.

Wir möchten daher folgende Aufteilung der HMG080 „Herzinsuffizienz“ vorschlagen:

HMG080: „leichte bis mittlere Herzinsuffizienz“ bestehend aus der DxG 357 Kardiomyopathie und den Diagnosen der DxG358 Herzinsuffizienz mit Ausnahme der ICD-Schlüssel I50.13 und I50.14

HMG081: „schwerwiegende Herzinsuffizienz“ bestehend aus den ICD-Schlüsseln I50.13 und I50.14

**2. Gesonderte Berücksichtigung von entgleisten Formen der Diabetes**

Wir schlagen weiter vor, bei den folgenden HMG's, die Diabetes betreffen- HMG015, HMG016, HMG017 und HMG019-, jeweils gesonderte HMG's für Diagnosen einzuführen, die einen Zustand der Entgleisung beschreiben. Die Ausgaben für KBS-Versicherte mit einer entgleisten Form der Diabetes sind mehr als doppelt so hoch wie für die übrigen Versicherten. Auch hier sollten aber die GKV-Daten zur Beurteilung herangezogen werden.

Die ICD-Codes für eine entgleiste Diabetes-Form sind 5-stellig und enden mit der Ziffer 1 bzw. 3 oder 5. Daher kann mit diesen ICD's jeweils eine Variante der oben genannten HMG's mit und ohne Zustand der Entgleisung definiert werden

Mit freundlichen Grüßen  
Die Geschäftsführung



Dr. Greve  
Erster Direktor