

Bundesversicherungsamt  
Referat VII.2 -Risikostrukturausgleich  
Herr. Dr. Göppfarth  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

**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 Hoefler**  
**Tel.** 0234 304 - 44004  
**Fax** 0234 304 - 944000  
andreas.hoefler@kbs.de

Bochum, 04. April 2013

**-nur per email-**

## **Stellungnahme der KBS zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2014**

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

die früheren Spitzenverbände sind zu Vorschlägen im Vorfeld der Festlegungen zum Klassifikationsmodell 2014 aufgefordert worden. Im Einklang mit unserem bisherigen Vorgehen möchten wir Ihnen unsere entsprechende Stellungnahme zur Kenntnis geben.

Wohlwissend um die politische Situation halten wir an den bereits zu früheren Anlässen vorgetragenen Argumenten hinsichtlich der morbiditätsbezogenen Ausgaben und der Neu-Bewertung stationärer Nebendiagnosen fest. Da unsere Vorschläge insbesondere zum Berechnungsverfahren im Wesentlichen in dem Entwurf der Stellungnahme zum Klassifikationsmodell 2014 vom 26.03.2013 nicht berücksichtigt wurden, erlauben wir uns, noch einmal unsere Positionen darzulegen:

### **I. Anmerkungen zum Berechnungsverfahren**

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

Das Bundesversicherungsamt selbst hatte in seinem Entwurf zum Klassifikationsmodell 2013 eine Behebung des Methodenfehlers vorgesehen. Die in diesem Entwurf vorgesehene Umstellung des Regressionsverfahrens auf Pro-Tag-Werte für die abhängige Variable der Leistungsausgaben ist äquivalent zu einer Annualisierung der Leistungsausgaben auch der Verstorbenen, wie es der Wissenschaftliche Beirat schon in seinem Beschluss vom 16.09.2009 gefordert und in seinem Evaluationsbericht bekräftigt hat. In der im Entwurf zum Klassifikationsmodell 2013 gewählten Formulierung stellt sich die Diskussion um Annualisierung von bestimmten Versichertengruppen nicht mehr. Diese Formulierung hat der Wissenschaftliche Beirat in seinem Beschluss vom 24.06.2012 getroffen.

Gegen die sachlogische Korrektheit dieses Vorschlags erhebt keiner der an der Anhörung beteiligten Parteien irgendwelche Einwände. Dennoch hat das Bundesgesundheitsministerium dem Bundesversicherungsamt Weisung erteilt, den Methodenfehler nicht zu beheben. Die Behebung dieses Fehlers solle vielmehr gemeinsam mit der Beseitigung weiterer Schwachstellen des Morbi-RSA-Verfahrens erfolgen („Paketlösung“). Allerdings sind die Fehlverteilungen durch den Metho-

denfehler in ihrer Höhe weitaus drastischer als die übrigen reformbedürftigen Elemente. Zudem dürfte die Abarbeitung dieses Reformpaketes noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Wir würden es begrüßen, wenn der Spitzenverband Bund die vorstehenden Ausführungen in seiner Stellungnahme zu diesem Thema verwendet. Es handelt sich dabei um eine reine Sachdarstellung, die sich mit der wettbewerblichen Neutralität, zu der sich der Spitzenverband gezwungen sieht, unseres Erachtens vereinbaren lässt.

Dass die KBS die Behebung des Methodenfehlers fordert, ist dem Spitzenverband wohlbekannt.

## **2. Krankengeld**

Unstrittig ist schon seit der Zeit vor Einführung des Morbi-RSA, dass für die Ermittlung der Zuweisungen für das Krankengeld die bestehenden Parameter (Alter, Geschlecht und EMR-Status) nicht ausreichen. Zum einen besteht ein Bezug zur Morbidität, zum anderen handelt es sich beim Krankengeld um eine Lohnersatzleistung, die vom Einkommen der Kassenmitglieder abhängt und von daher nicht von den Krankenkassen beeinflusst werden kann. Wie der Evaluationsbericht nochmals unterstrichen hat, ist die gesamte Problematik aber derart komplex, dass in naher Zukunft nicht mit einer endgültigen Lösung des Problems zu rechnen ist.

Das gegenwärtige Verfahren ist für die KBS nicht tragbar, da es zu einer nicht mehr plausiblen sehr schlechten Deckungsquote führt. Daher schließen wir uns dem Vorschlag des BKK-BV an, zumindest als Übergangslösung die Deckungsquoten beim Krankengeld innerhalb einer durch Kostenmanagement beeinflussbaren Spanne festzuschreiben. Die vom BKK-BV genannte Spannbreite von 6-Prozent-Punkten (Quoten zwischen 97% und 103%) wäre dabei einer tiefergehenden Überprüfung zu unterziehen. Sollte sich bei dieser Untersuchung herausstellen, dass tatsächlich eine vertretbare Spannbreite (z.B. von 10 -Prozent-Punkten) als Intervall „beeinflussbarer Deckungsquoten“ angenommen werden kann, so ist es naheliegend, eine solche Übergangslösung sogar als Dauerlösung zu implementieren. Denn laut Evaluationsbericht bewegen sich die Deckungsquoten aller betrachteten Modelle in Intervallen von ca. 50% bis zu 150%. Solche Werte wären also für den Fall nicht mehr zu rechtfertigen, dass der BKK-BV-Vorschlag einer wissenschaftlichen Überprüfung standhält.

## **3. Auslandsversicherte**

Die Überdeckungen bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte wurden schon vielfach thematisiert. Wir schließen uns dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats an, die Zuweisungen für die Auslandsversicherten auf deren Leistungsausgaben zu begrenzen.

## **4. Zuweisung für Verwaltungsausgaben**

Frühere Untersuchungen (vgl. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostruktur-ausgleich) 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. Die KBS wird angesichts ihres hohen Risikofaktors durch den bestehenden, ungenauen Verteilungsschlüssel (50% nach Morbidität und 50% nach Versichertenzahl) stark benachteiligt. Wir plädieren daher dafür, die gewonnen Erkenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Verwaltungskosten-Zuweisungen umzusetzen, zumal eine Umstellung des Verfahrens ohne nennenswerten Aufwand erfolgen kann.

## **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.

## **II. Anmerkungen zu den HMG-Definitionen**

In Bezug auf spezifische Aufgreifkriterien machen wir folgende Vorschläge.

### **1. Krankheit 79 "Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung"**

Wir machen den Vorschlag die Diagnosen J95.80 sowie die Diagnosegruppe T81.- in Gänze der genannten Krankheit zuzuordnen.

### **2. Krankheit 55 „Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis“**

Über eine neue Definition der Krankheit z.B. als "Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege" könnten ggf. die in der Vergangenheit weggefallenen Diagnosen J45.0/1/8/9 und J46 (Asthma bronchiale, Status asthmaticus) gemeinsam mit den jetzigen Diagnosen der Krankheit 55 berücksichtigt werden.

### **3. Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“**

Wir schlagen vor die Einordnung der Diagnose R55 (Synkope und Kollaps) in die genannte Hierarchie zu prüfen.

Die Synkope bildet eine Entität deren Zuordnung zum Formenkreis der anderen in der Hierarchie 16 vertretenen Diagnosen sachgerechter ist, als die bisherige Wertung als "Symptom" in der Ausschlusskategorie 501.

### **4. Demenz**

Die erneute Nichtberücksichtigung der Demenz bei der Krankheitsauswahl ist nicht sachgerecht. Gerade im prinzipiell prospektiven System des RSA sollte an der Berücksichtigung dieser Erkrankung mit steigender Prävalenz festgehalten werden. Hier findet zudem, ähnlich wie bei den allgemeinen Regelungen zu verstorbenen Versicherten, eine Benachteiligung von Kassen mit älterer Versichertenklientel statt. Aus gesundheitspolitischer Sicht (hier ist eine ausdrückliche Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken gefordert) wird hier ein falsches Signal gegeben.

## **III. Entwurf Ihrer Stellungnahme vom 26.03.2013 Pkt. 3.11**

Wenn die ICD H59.8 und ICD H95.1 in der DxG 934 berücksichtigt werden sollen, dann erfordert dies auch die Berücksichtigung der ICD H95.8.

Mit freundlichen Grüßen  
Die Geschäftsführung  
I.A.

Held  
Abteilungsleiter