



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Entwurf der
Festlegung von Morbiditätsgruppen,
Zuordnungsalgorithmus, Regressionsver-
fahren und Berechnungsverfahren für das
Ausgleichsjahr 2013**

(Klassifikationsmodell 2013)

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Vorbemerkung	3
Allgemeine Anmerkungen.....	3
Kriterienkatalog und Bewertungsmaßstäbe.....	3
Form der Modelldarstellung	4
Spezifische Anmerkungen.....	5
Anpassung des Aufgreifalgorithmus: Straffung der Sonderfallbedingungen.....	5
Spezifität von Kodierungen	5
Qualifizierungsmerkmal für Diagnosen	5
Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“	6
Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen.....	6
Hierarchie 24 – Medizinische Komplikationen	6
Hierarchie 26 – Erkrankungen des Auges	7
Hierarchie 28 - Chronischer Schmerz	7
Zusammenfassung.....	10

Vorbemerkung

Im Rahmen der nach § 31 Abs. 4 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) vorzunehmenden Auswahl und Anpassung des RSA-Klassifikationsmodells hat das Bundesversicherungsamt seinen Entwurf für die bis zum 30. September 2012 vorzunehmende Festlegung am 27. Juli 2012 vorgelegt. Darin enthalten sind die Änderungen der zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2013 auf Basis der im Februar getroffenen Krankheitsauswahl und der Vorschläge der Verbände.

Allgemeine Anmerkungen

Kriterienkatalog und Bewertungsmaßstäbe

Der IKK e.V. sieht keinen Anlass für eine grundlegende Modifikation des M-RSA. Die bestehenden Regelungen erfüllen grundlegend bereits heute den politisch gewollten Zweck, finanziell wettbewerbsrelevante Unterschiede in der Morbiditätsstruktur der Versicherten zwischen den Kassen auszugleichen und Risikoselektion zuungunsten einzelner Versichertengruppen auszuschließen. Auf Versichertenebene sind derzeit keine durch den Morbi-RSA gestützten versorgungs- oder wettbewerbsrelevanten Selektionsstrategien festzustellen. Allenfalls auf Kassenebene lassen sich RSA-bedingte Ungleichgewichte beobachten, die sich jedoch nicht allein im Rahmen des Weiterentwicklungsverfahrens beheben lassen. Vor diesem Hintergrund verbieten sich aus unserer Sicht singuläre Eingriffe in die Berechnungsmechanismen wie die im diesjährigen Entwurf angedachte Umstellung auf Pro-Tag-Werte.

Angesichts der erheblichen finanziellen und wettbewerbspolitischen Relevanz für die GKV dürfen Modifikationen der Zuweisungsmechanismen wie sie auch in anderen Bereichen, z.B. zum Krankengeld, zu den Auslandsversicherten oder Kostenerstatern, diskutiert werden, nur ganzheitlich zur gleichmäßigen Behebung aller Unschärfen vorgenommen werden. Ein solch gravierender Umbau des M-RSA sollte erst auf der Basis langfristig erhobener und valider Daten erfolgen.

Die vom Bundesversicherungsamt verfolgte Grundrichtung bei der Anpassung des Klassifikationsmodells bleibt aus Sicht des IKK e.V. weiterhin unklar. Es ist in vielen Fällen unvorhersehbar, nach welchen Kriterien Vorschläge im Kontext der widerstreitenden Anforderungen an einen funktionierenden RSA bewertet werden.

Vorrangiger Maßstab bleibt wohl weiterhin die Zielgenauigkeit der mittels der Regressionsrechnung bestimmten Zuschläge. Die dafür betrachteten Modellindikatoren R^2 , CPM und MAPE sind allerdings nur auf Basis einer einheitlichen Stichprobe über die Jahre hinweg vergleichbar. Die starken Schwankungen zwischen der auf der Basis der Versicherten- und Morbiditätsdaten von 2008/2009 errechneten Modellgüte und den auf Basis neuerer Daten von 2009/2010 erhobenen Kennzahlen verdeutlichen dies (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Vergleich der Modellindikatoren für die Datenbasis 2008/2009 und 2009/2010

	Klassifikationsmodell 2012 mit Datenbasis 2008/2009*	Klassifikationsmodell 2012 mit Datenbasis 2009/2010**
R ²	25,8240%	23,2930%
CPM	23,1506%	23,1164%
MAPE	1838,90 €	1877,77 €

*Quelle: Erläuterungen zur Festlegung zum Klassifikationsmodell 2012 S. 17; **Quelle: Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung zum Klassifikationsmodell 2013, S. 280.

Vor diesem Hintergrund bleibt es zweifelhaft, inwiefern Differenzen in den Bestimmtheitsmaßen im Tausendstel- (0,001%) bzw. Zehntausendstelbereich (0,0001%) als stabile Hinweise auf eine Verbesserung der Zielgenauigkeit hindeuten. Wenn es zwischen den Stichprobejahren solche erheblichen Schwankungen in der Modellgüte ($\Delta R^2 = 2,53\%$, $\Delta MAPE = 38,87\text{€}$) gibt, können minimale Verbesserungen im Zuge von Anpassungen schwerlich als valides Argument für die Beibehaltung selbiger Anpassungen über das jeweilige Ausgleichsjahr hinaus angeführt werden. Eine Vorrangigkeit der Zielgenauigkeit zu Lasten weiterer, ebenso notwendiger Anforderungen an den M-RSA ist schon auf Grund dieser methodischen Unwägbarkeiten zu überdenken.

Der IKK e.V. plädiert deshalb dafür, die bisher nur nachrangig gewichteten Kriterien Vereinfachung und Manipulationsanfälligkeit bei der Betrachtung der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und den Hierarchien einen gleichrangigen Stellenwert einzuräumen. Diese Kriterien finden auch im diesjährigen Entwurf verschiedentlich Beachtung, allerdings ist hier vor allem ein systematischer Prüfschritt bei der Bewertung von Vorschlägen vonnöten. Eine solche Neuordnung der Bewertungsmaßstäbe bedeutet dann auch eine konsequente Weiterentwicklung des bereits im letzten Jahr mit der Herabstufung der stationären Nebendiagnosen vom BVA eingeschlagenen Weges.

Form der Modelldarstellung

Grundsätzlich begrüßt der IKK e.V. die weiter verbesserte Transparenz der Modellrechnungen und die größere Nachvollziehbarkeit von Modellbildung und -auswahl.

Allerdings erscheinen einige Varianzen in den diskutierten Modellen im Vergleich zum Ausgangsmodell erklärungsbedürftig. So kann sich durch die Trennung einer bestehenden Diagnosegruppe in zwei DxGs „mit/ohne Dauermedikation“ die Menge der Gesamtfälle eigentlich nicht erhöhen. Dies geschieht aber beispielsweise durch die Aufspaltung der HMG033 „Chronische entzündliche Darmerkrankungen“ in der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“. Es fehlt eine schlüssige Erklärung solcher Anomalien. Sollte es sich hierbei um eine implizite Änderung des Aufgreifalgorithmus handeln, so ist

dieser zum eine explizit kenntlich zu machen und zum anderen vor dem Hintergrund einer möglichen Verringerung der Manipulationsresistenz kritisch zu prüfen.

Spezifische Anmerkungen

Anpassung des Aufgreifalgorithmus: Straffung der Sonderfallbedingungen

Die im Festlegungsentwurf vorgesehene Gleichstellung der stationären Diagnosen bei den Sonderfällen zur Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel ist grundsätzlich zu begrüßen und die damit einhergehende Vereinfachung des Aufgreifalgorithmus stellt einen echten Vorteil im Vergleich zum Ausgangsmodell dar. Auch die nun im Falle der Validierung über Behandlungstage einheitliche Unterscheidung zwischen Kindern und Erwachsenen an der Altersgrenze von 12 Jahren ist sachgerecht.

Der IKK e.V. möchte zudem darauf hinweisen, dass es nun das Ziel sein muss, alle noch bestehenden Diagnosegruppen mit dem Aufgreifkriterium nach Sonderfall 2 in die Kriterien des Regelfalls (Sonderfall 1) zu überführen. Die Verbesserung der Datenqualität für Arzneimittelverordnungen durch den Wegfall der Sonder-PZN hat hier der Begründung für die bisher geltende Erleichterung durch die Schweregraddifferenzierung nach Ordnungsquartalen (Sonderfall 2) den Boden entzogen. Wir fordern daher das BVA auf, diese Erleichterung auch im Sinne der Vereinfachung des Modells zu streichen.

Spezifität von Kodierungen

Der IKK e.V. spricht sich für eine stärkere Berücksichtigung der Spezifität von Diagnosen aus, wie dies in der Diskussion zu Vorschlägen der Höherstufung des unspezifischen Kode J96.9 in der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ durch das BVA ausgeführt wurde. Hier verdeutlichen die Erläuterungen, dass dieses Vorgehen selbst auf Kosten der Zielgenauigkeit des Gesamtmodells angezeigt ist. Daher sind hier erhöhte Anforderungen an die Validierung solcher ICD-Kodes durch die Berücksichtigung von ATC-Kodes zu stellen. Ansonsten droht hier die Aufrechterhaltung eines Einfallstores für „Diagnoseoptimierungen“. Für die Krankheitsauswahl ist festzuhalten, dass Kodierungen, deren Krankheitsbild nicht auf näher definierte Ursachen zurückzuführen ist, diesem Grundsatz zufolge insbesondere wegen ihrer großen Manipulationsanfälligkeit und der schwierigen Abgrenzbarkeit generell aus dem derzeitigen Klassifikationsmodell entfernt werden sollten.

Qualifizierungsmerkmal für Diagnosen

Die Sonderregel für Diagnosen aus Einrichtungen nach §§ 116 a (Ambulante Behandlung im Krankenhaus), 116 b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung), 117 (Hochschulambulanzen), 118 (Psychiatrische Institutsambulanzen), 119 (Sozialpädiatrische Zentren) und 120 Abs. 1a (Kinderspezialambulanzen) SGB V für die ein Kennzeichen zur Diagnosesicherheit nicht erforderlich ist, soll aufgehoben werden.

Grundsätzlich werden die Diagnoseinformationen aus diesen Einrichtungen zwischenzeitlich über DTA nach § 301 bzw. 120 Abs. 3 SGB V über den sog. Nachrichtentyp „Rechnungssatz ambulante Operation“ (AMBO) geliefert. Gemäß Nachtrag zum Datenaustausch nach § 301 vom 22.06.2012 ist unter Ziffer 1.2.8.2 vereinbart, dass die Datenübermittlung für Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und 119 SGB V erst ab den 01.07.2012 über das Regelverfahren erfolgt. Insofern muss die Ausnahmeregelung für diese Fälle für das Klassifikationsmodell 2013 noch weiter gelten.

Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“

Die Ausweitung des Diagnosemerkmals „stationär erforderlich“ ist aus Sicht des IKK e.V. mit Augenmaß vorzunehmen. Durch die Vergabe dieser Zuordnungsbedingung werden für stationäre Nebendiagnosen das sonst geltende M2Q-Kriterium und ansonsten bestehende Anforderungen an passende Arzneimittelverordnungen aufgehoben. Am Beispiel der DxG913 „Peritonitis“ in der Hierarchie 6 zeigt sich, dass dies zu einer Ausweitung der betroffenen Fälle um bis zu 170% (von 736 auf 1994 Fälle) führt. Eine solche Ausweitung führt die im letzten Jahr vorgenommene Herabstufung der stationären Nebendiagnosen ad absurdum. Denn letztlich wird der Wegfall der qualitativ minderwertigeren ambulanten Diagnosen durch die Gleichstellung von stationären Haupt- und den ebenso qualitativ bedenklichen Nebendiagnosen mehr als aufgewogen. So drohen weiterhin Zuschläge auf Grund fehlerhafter und manipulationsanfälliger Kodierung – was aber gerade durch das Zuordnungskriterium verhindert werden soll.

Der IKK e.V. regt daher eine Überprüfung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ an. Bei Vergabe dieses Diagnosemerkmals sollten stationäre Nebendiagnosen weiterhin nur unter Beachtung des M2Q-Kriteriums und ggf. geforderter Arzneimittelvalidierung einen Zuschlag auslösen. Dies entspricht dem Modell 4 der bereits im letzten Jahr diskutierten Möglichkeiten zur Behandlung stationärer Nebendiagnosen.

Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen

Die HMG 056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ und HMG 058 „Depressionen“ stehen derzeit innerhalb der Hierarchie 11 gleichwertig nebeneinander. Durch die naheliegende Mehrfachkodierung depressiver Episoden als Depressionen oder vorübergehende Phasen einer bipolaren Erkrankung entstehen hier Möglichkeiten der doppelten Zuschläge. Zu deren Vermeidung schlägt der IKK e.V. aufgrund der sehr dicht beieinander liegenden Kostenschätzern von 1.197 EUR für die HMG 056 und 1.258 EUR für die HMG058 eine Zusammenlegung beider HMGs vor.

Hierarchie 24 – Medizinische Komplikationen

Das BVA hat erkannt, dass die Eingliederung von Komplikationen in die Hierarchie 24 zu Doppelzuschlägen und damit zu einem erhöhten Manipulationsrisiko führen kann. Folgerichtig wird vorgeschlagen die Diagnose M87.1 „Knochennekrose durch Arzneimittel“

tel“ der HMG209 „Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates“ in die Hierarchie 07 „Erkrankungen des Knochensystems“ einzusortieren. Das BVA regt an, auch die organspezifischen (z.B. Endokrinopathien nach medizinischen Maßnahmen) bzw. krankheitsspezifischen (z.B. Strahlenkolitis, Komplikationen am Nervensystem) Komplikationen den Hierarchien der jeweiligen Krankheitsbilder (z.B. Metabolische Erkrankungen, Neubildungen) zuzuordnen, um Mehrfachzuschläge zu vermeiden. Lediglich aus Zeitgründen ist eine nähere Untersuchung unterblieben. Das BVA stellt dieses Thema zur Diskussion. Aus Sicht des IKK e.V. ist die grundsätzliche Auffassung des BVA zu unterstützen. Vor dem Hintergrund der Versorgungsneutralität und zur Vermeidung von Doppelzuschlägen sollten die von TK et al vorgebrachten Vorschläge noch geprüft und möglichst viele Krankheiten aus der Hierarchie 24 herausgelöst und in die „Stammhierarchien“ einsortiert werden.

Hierarchie 26 – Erkrankungen des Auges

Vor dem Hintergrund der Vereinfachung des Klassifikationsmodells ist die Zuordnung der DxG488 „Diabetische Retinopathie“ in die Hierarchie 3 „Diabetes mellitus“ und Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ unverständlich. Dies ist auch vor dem Hintergrund einer Vereinfachung des M-RSA abzulehnen – durch die Existenz von Simultan-DxGs wird der bestehende Ausgleichsmechanismus noch undurchschaubarer, weil die Zuschläge für die „Diabetische Retinopathie“ nun additiv aus zwei HMGn unterschiedlicher Hierarchien bestimmt werden.

Hier ist es aus Sicht des IKK e.V. passender, die DxG488 „Diabetische Retinopathie“ ausschließlich der HMG017 (DxG 108 bzw. 109) zuzuordnen und die Hierarchie 26 aufzulösen.

Hierarchie 28 - Chronischer Schmerz

Gemäß der bereits im Februar erfolgten Krankheitsauswahl des BVA wird „Chronischer Schmerz“ als neue, eigenständige Hierarchie 28 aufgenommen. Allerdings ist das BVA dem Vorschlag des IKK e.V., gänzlich auf die Aufnahme nicht-opioid behandelter Diagnosen zu verzichten und somit eine alleinige Validierung der Diagnosen R52.1 und R52.2 über schwache und starke Opioide vorzunehmen, nicht gefolgt. Diese Hierarchievariante wurde auch nicht geprüft oder überhaupt diskutiert. Im Sinne einer fairen Betrachtung aller in Frage kommenden Optionen bitten wir daher das BVA, diese nachzuholen.

Stattdessen fallen nun auch jede Art von leichter Dauermedikation z.B. die Verordnungen nicht-opioider Analgetika in die Klasse zulässiger Arzneimittelvalidierungen. Daher bilden sich nun die zwei HMGn 252 und 253 mit der Bezeichnung „Chronischer Schmerz“ und „Chronischer Schmerz mit Dauermedikation“.

Die Auswahl der zur Arzneimittelvalidierung zugelassenen Wirkstoffgruppen ist zudem grundsätzlich bedenklich: in der Schmerztherapie werden häufig Präparate verwandt, für die eigentlich keine Zulassung besteht. Dies ist insbesondere in der ATC Gruppe N06A

(Antidepressiva) oder N02C (Migränemittel) der Fall. Bei der ATC Gruppe M01A sind verschiedenen Wirkstärken enthalten, die in der Therapie bei leichteren und reversiblen Schmerzzuständen verwandt werden. Auch dies birgt die Gefahr des Upcodings. Daher bleibt der IKK e.V. immer noch bei seinem eingebrachten Vorschlag der Beschränkung auf starke und schwache Opioide in Anlehnung an die höheren Stufen des WHO-Schemas.

Eine Verbesserung zum Ausgangsmodell ist mit dem derzeitigen Vorschlag aus unserer Sicht überhaupt nicht gegeben. Durch die weitestmögliche Arzneimittelvalidierung fallen in dem ohnehin äußerst manipulationsanfälligen Krankheitsbild nun mehr als 54% der diagnostizierten Versicherten in die höhere Zuschlagsgruppe. Im Ausgangsmodell mit einer deutlich engeren Arzneimittelauswahl waren es nur 24%. Zudem wird hier die Zuordnung zu einer höheren Zuschlagsgruppe durch den vermutlich mit der Einführung der Schweregraddifferenzierung einhergehenden Wegfall des M2Q-Kriteriums signifikant erleichtert. Die Ausweitung der erfassten Fälle um mehr als 16% (ca. 12.000 Fälle) durch die Einführung einer Schweregraddifferenzierung belegt dies. Vor dem Hintergrund des durch den wissenschaftlichen Beirat selbst festgestellten erhöhten Manipulationspotentials ist dies als erheblicher Fehlanreiz zu bewerten.

Angesichts der vom BVA gewählten breiten Arzneimittelpalette ist zudem die Kostenhomogenität innerhalb der beiden Gruppen vermutlich kaum geringer als zwischen allen Versicherten der Hierarchie.

Aus Sicht des IKK e.V. ist daher im Sinne der verringerten Manipulationsgefahr eine Streichung der DxG906 „Chronischer Schmerz“ und demzufolge eine durch den Wegfall der HMG252 ausgelöste Auflösung der Schweregraddifferenzierung geboten.

Anpassung des Berechnungsverfahrens

Die vom BVA beabsichtigte Umstellung des Berechnungsverfahrens auf Pro-Tag-Werte bedeutet die seit Jahren diskutierte Annualisierung der Leistungskosten Verstorbener und wird vom IKK e.V. rigoros abgelehnt. Eine Notwendigkeit zur Anpassung aus Sorge um die Rechtssicherheit des RSA-Verfahrens besteht angesichts der ordnungsgemäßen Durchführung der Festlegung und Abwicklung und unter Berücksichtigung der bisherigen Rechtsprechung zum RSA nicht. Eine singuläre und einseitige Änderung des Berechnungsverfahrens mit dem einzigen Ziel der Einführung der Annualisierung „durch die Hintertür“ ist daher grundsätzlich fragwürdig.

Ein solches Vorgehen ist aus unserer Sicht aus bereits mehrfach vorgebrachten ordnungspolitischen und methodischen Gründen vollkommen verfehlt. Die vom IKK e.V. in der Stellungnahme zum Klassifikationsmodell 2012 vorgebrachten fachlichen Argumente bestehen weiterhin.

Die wiederholt in die Diskussion eingebrachten Bedenken bezüglich angeblich immer noch bestehender Anreize zur Risikoselektion zum Nachteil der Versicherten kann der IKK e.V. nicht folgen. Über- und Unterdeckungen für einzelne Gruppen von Versicherten sowie einzelne Kassen sind im Rahmen eines pauschalierten Verteilungsverfahrens nicht zu vermeiden. Mit der Maßgabe einer pauschalen Berücksichtigung der Leistungs-

ausgaben Versicherter kann es auch rein logisch nicht Ziel der Weiterentwicklung des M-RSA sein, für jede denkbare Gruppe von Versicherten die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu maximieren.

Die Unter- bzw. Überdeckung einzelner Gruppen, aber auch innerhalb von Versicherergruppen ist der Grundausrichtung des M-RSA als pauschaliertes Ausgleichssystem inhärent und wäre nur dann relevant, wenn sie die Versorgung von oder den Wettbewerb um Versicherte aktiv behindern würde. Beides findet aber aus unserer Sicht nicht statt.

Die von verschiedenen Kassen angeführten Befürchtungen hinsichtlich einer Beeinträchtigung der gebotenen Versorgung von Älteren und schwerkranken Menschen sind in keiner Weise zu beobachten, wären ethisch verwerflich und hinsichtlich eines bestehenden Rechtsanspruches der Versicherten auf adäquate Behandlung auch nicht statthaft. Dieses Argument gilt auch schon deshalb nicht, weil der M-RSA immer auch die Unterdeckung von tatsächlichen Leistungsausgaben zulässt. Dem könnte nur durch eine Abschaffung des M-RSA zugunsten eines Vollkostenausgleichs begegnet werden, was politisch von niemandem gefordert wird.

Eine für die Versicherten relevante Verzerrung des Wettbewerbs zuungunsten einzelner Gruppen findet nicht mehr statt. Diese ist einerseits angesichts der laut Evaluationsbericht 2009 vorliegenden Überdeckung von kassenwechselnden Versicherten allgemein auch überhaupt nicht zu erwarten. Auch im Extremfall von Kassenschließungen erfüllt der M-RSA aller Erfahrung nach mittlerweile seinen politisch vorgesehenen Zweck.¹ Zusammenfassend sind auf der Versichertenebene also keine strategierelevanten Fehlansätze mehr festzustellen. Insofern ist eine Anpassung des Berechnungsverfahrens mit Blick auf die Versorgung der oder den Wettbewerb um die Versicherten nicht geboten bzw. nicht notwendig.

Auf Kassenebene hingegen birgt die durch das BVA vorgebrachte Neuregelung ein Umverteilungsvolumen von mehreren hundert Millionen Euro und stellt damit das kostengrößte Umverteilungsvorhaben zwischen den Kassen seit Einführung des M-RSA dar. Die im Evaluationsgutachten des wissenschaftlichen Beirats konstatierten Auswirkungen für die 20 finanziell schwächsten Kassen sprechen auch aus gerechtigkeits-theoretischen Erwägungen gegen die Umsetzung des Vorschlags. Deren erhebliche, systematische Unterdeckung wird durch die Umstellung auf Pro-Tag-Werte auf 3,7% ihres Haushaltsvolumens vergrößert. Die signifikanten Fehlallokationen auf Kassenebene im M-RSA nehmen also durch die geplante Regelung zu. Einige finanzstarke Kassen profitieren sogar von der angedachten Regelung. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass diese Aussage durch zwischenzeitlich erfolgte Fusionen zu relativieren ist.

Auch besteht noch in anderen Bereichen des RSA grundsätzlicher Handlungsbedarf, z.B. in der Neuregelung der Zuweisungen für Krankengeld. Derartig weitreichende Anpassungen können daher nur im Rahmen einer breit angelegten Revision der Schwachstellen des derzeitigen Risikostrukturausgleichs und mit dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers vorgenommen werden.

¹ „Die Versicherten der BKK für Heilberufe wurden von den anderen Krankenkassen umworben und zum Beitritt bei ihrer Krankenkasse ermuntert.“ BVA, Tätigkeitsbericht 2011, S. 13.

Zusammenfassung

Anpassungen des Berechnungsverfahrens sind nur auf Basis einer umfassenden Reform des M-RSA vorzunehmen. Hierzu sind ein Konsens auf politischer Ebene und eine valide Datenbasis über die langfristige Wirkung des M-RSA vonnöten. Zudem müssen alle Unschärfen des RSA gleichermaßen und gleichzeitig angegangen werden. Diese Voraussetzungen sind bis jetzt nicht erfüllt. Der IKK e.V. lehnt daher die vorgeschlagene Umstellung auf Pro-Tag-Werte in der Einbeziehung der Leistungsausgaben rigoros ab.

Der IKK e.V. plädiert für eine gleichrangige Berücksichtigung der Bewertungskriterien Zuweisungsgenauigkeit, Vereinfachung und Manipulationsresistenz bei der Betrachtung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und erinnert an die Vereinbarung im Koalitionsvertrag, demzufolge der M-RSA transparenter, unbürokratischer und manipulationssicher ausgestaltet werden soll. Die Änderungen im Berechnungsverfahren bewirken das Gegenteil und sind allenfalls pseudo-gerechter.

Der IKK e.V. begrüßt die Zusammenführung der Sonderfälle in der Arzneimittelvalidierung. Im Sinne der Vereinfachung des M-RSA ist auf die Überführung aller Fallkonstellationen mit dem Aufgreifkriterium nach Sonderfall 2 in die Kriterien des Regelfalls (Sonderfall 1) hinzuwirken.

Aus Sicht des IKK-Systems ist die obligatorische Absicherung aller unspezifischen Diagnosen mittels ATC-Validierung notwendig. Für die Zukunft müssen solche ICD-Kodes in der Krankheitsauswahl ausgeschlossen werden.

Da das Regelverfahren für die Lieferung der Diagnoseinformationen anderer ambulanter Einrichtungen erst ab dem 01.07.2012 eingeführt wird, sollte die Änderung der Qualifizierungsmerkmale für diese Einrichtungen erst im nächsten Jahr vorgenommen werden.

Der IKK e.V. fordert eine Anpassung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“. Bei Vergabe dieses Diagnosemerkmals sollten stationäre Nebendiagnosen nur unter Beachtung des M2Q-Kriteriums und ggf. geforderter Arzneimittelvalidierung einen Zuschlag auslösen. Nur so ist wird den unterschiedlichen Qualitäten von stationären Haupt- und Nebendiagnosen Rechnung getragen.

Zu Vermeidung von Doppelzuschlägen schlägt der IKK e.V. aufgrund der sehr dicht beieinander liegenden Kostenschätzern der HMG 056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare Störungen“ und der HMG058 „Depressionen“ eine Zusammenlegung beider HMGs vor.

Zur Vermeidung von Doppelzuschlägen sind möglichst viele ICD-Kodes des Bereichs „Medizinische Komplikationen“ (Hierarchie 24) in die jeweiligen Hierarchien ihrer Krankheitsbilder zu überführen.

Es ist aus Sicht des IKK e.V. notwendig, die DxG488 „Diabetische Retinopathie“ ausschließlich der HMG017 zuzuordnen, um doppelte Zuschläge zu vermeiden und den M-RSA zu vereinfachen.

Die Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ ist stringenter und manipulationssicherer zu gestalten. Hierzu fordert der IKK e.V. eine engere Arzneimittelvalidierung und den Ausschluss unvalidierter Diagnosen. Hierzu sind Abgrenzungsvarianten, in denen allein auf opioide Schmerztherapien zurückgegriffen wird, zu evaluieren.