



Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der KKH | Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Gmünder Ersatzkasse zum Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010

VII2-5572.02-644/2008

Vorbemerkungen

Gemäß § 31 Abs. 4 RSAV hat das Bundesversicherungsamt (BVA) ein Klassifikationsmodell festzulegen, das nach § 268 Abs. 1 SGB V neben der unmittelbaren Berücksichtigung der Morbidität des Versicherten die Anreize zur Risikoselektion verringern und keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen soll. Mit der vorliegenden Entwurfsfassung wird nun erstmalig ein bestehendes morbiditätsbasiertes Klassifikationsmodell für den Ausgleich des Folgejahres angepasst.

Der Vorschlag zum Klassifikationsmodell weist einige weitgreifende Änderungen auf, ist insgesamt wesentlich komplexer geworden und beinhaltet eine deutliche Erweiterung der zu berücksichtigenden Morbidität. So werden im Entwurf insgesamt 3.883 Diagnosen, 311 DxGruppen und 112 HMG gegenüber 3.804 Diagnosen, 290 DxGruppen und 106 HMG im bestehenden Modell berücksichtigt. Gerade vor dem Hintergrund des Insolvenz- und Haftungsrechtes in der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte von derart weitreichenden Umgestaltungen im bestehenden Klassifikationssystem abgesehen werden. Das derzeitige Klassifikationsmodell sollte sich dagegen zunächst in der Praxis etablieren und bewähren und somit eine solide und zumindest mittelfristige Finanzplanung in der gesetzlichen Krankenversicherung möglich machen. **Die Techniker Krankenkasse (TK) et al. empfehlen daher,**

auf Anpassungsvorschläge, die massive Umverteilungswirkungen auslösen, zu verzichten und zunächst die Ergebnisse des Jahresausgleichs für das Jahr 2009 abzuwarten, da erst dann das Klassifikationsmodell in seiner vollen Wirkung bewertet werden kann.

Der wissenschaftliche Beirat sollte die Anpassungen an das Klassifikationssystem eher auf die unter medizinischen Gesichtspunkten zu bereinigenden Aspekte sowie auf die bereits bekannten Mängel im Klassifikationssystem und den damit einhergehenden Fehlanreizen gerade im Hinblick auf die Manipulationsanfälligkeit bei den ambulanten Diagnosen begrenzen.

Bereits im Vorfeld war es möglich, dem BVA Anmerkungen und Hinweise zur Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich zu unterbreiten (Schreiben des BVA, 6. Februar 2009, AZ VII2-5572.11-164/09). Nahezu allen durch das BVA veröffentlichten Vorschlägen war die Forderung gemeinsam, das Klassifikationsmodell manipulations-sicherer zu gestalten. In der Anwendung des bestehenden Klassifikationssystems in den ersten Monaten des Gesundheitsfonds hat sich neben der fehlenden Planbarkeit die Manipulationsanfälligkeit des Systems gezeigt, welche zu zahlreichen Maßnahmen seitens einiger Krankenkassen zur unrechtmäßigen (ambulanten) Diagnoseoptimierung geführt hat. Es kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass derartige Manipulationsanreize durch den § 273 SGB V oder der Umsetzung von Kodierrichtlinien beseitigt und bereits bestehende Manipulationsanreize unterbunden werden.

Der wissenschaftliche Beirat bedient sich der eingegangenen Vorschläge zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und des Berechnungsverfahrens, dokumentiert und bewertet sie. Er greift jedoch nicht ausreichend die Forderungen der Stellungnahmen nach mehr Transparenz und Manipulationssicherheit auf. Doch gerade diese Aspekte sollten neben der Überprüfbarkeit zwingend grundlegende Eigenschaften eines Klassifikationsmodells sein und deshalb bei der Weiterentwicklung einen besonders hohen Stellenwert bekommen.

Der vorliegende Klassifikationsentwurf hat den Festlegungsentwurf der zu berücksichtigenden Krankheiten als gegeben zu Grunde gelegt. Dieses Verfahren ist kritikwürdig, weil die Festlegung der ausgleichsfähigen Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010 noch nicht abschließend fest steht. Das BVA hat die vorgesehenen Änderungen an der Krankheitsauswahl den Spitzenverbänden und Krankenkassen zur Diskussion gestellt und um entsprechende Stellungnahme gebeten. Wenn aber die darauf folgende Festlegung der

Klassifikation die Ergebnisse als Grundlage nimmt, vermittelt dies nicht den Eindruck eines ergebnisoffenen Prozesses.

Insgesamt ist der Festlegungsentwurf in einigen Punkten ungenau dokumentiert. Auch widersprechen in einzelnen Punkten die in den Anlagen genannten Kriterien der Festlegung oder den Erläuterungen, was die Beurteilung erschwert.

Modellvergleich bei der Anpassung der Aufgreifkriterien

Der wissenschaftliche Beirat untersucht die eingegangenen Vorschläge zur Änderung der Aufgreifkriterien getrennt als auch in Kombination. In der empirischen Untersuchung werden sowohl das r^2 als auch das Predictive Ratio zur Bewertung hinzugezogen. Die Erläuterungen sowie die Begründungen zu den Änderungen hätten ausführlicher sein können. Häufig konnte nicht nachvollzogen werden, warum und auf welcher Grundlage der Beirat sich für die Änderungen entschieden hat. Hier wäre mehr Transparenz wünschenswert.

Leider wurden nicht alle Modellkombinationen bzw. -varianten untersucht. So zeigt sich beispielsweise eine deutliche Erhöhung des r^2 durch die Erweiterung des M2Q-Kriteriums (Modell 1) auf ein M4Q-Kriterium (Modell 3). Warum diese Modellvariante dennoch nicht weiter untersucht wird, bleibt offen. Die vom Beirat empfohlene Modellkombination (Modelle 4+2) enthält für die DxGruppen, für die keine Arzneimittelvalidierung vorgesehen sind, weiterhin eine M2Q-Validierung. Hier wäre zu überprüfen, ob das M4Q-Kriterium, das nachweislich zu einer besseren Prognosegenauigkeit des Klassifikationsmodells führt, die bessere Alternative wäre.¹

Das M2Q-Kriterium diene bisher als Indikator für Chronizität. Wenn im Klassifikationsverfahren dieses aber teilweise durch eine entsprechende Arzneimittelvalidierung ersetzt wird, bleibt die Frage nach der Bewertung bei der Auswahl der Krankheiten im Vorfeld der Klassifikation. Hier wird das Kriterium nach wie vor gebraucht, um die vom Gesetzgeber geforderte Chronizität der Erkrankung zu prüfen.

Nicht nachvollziehbar ist, dass auch bei einer Medikamentenabgabe zu akuten Behandlungszwecken das M2Q-Kriterium wegfallen soll. Im Klassifikationsverfahren fehlt für diese Fälle jegliches reflektive Element zur Sicherung der Diagnose und damit des Zuschlags im MRSA. Demzufolge sind hier Krankheitszuordnungen auf Grund von lediglich einer Diagnose und

¹ Solange Schwangerschaft im Krankheitskatalog für den morbiditätsorientierten RSA enthalten ist, müsste dafür jedoch eine Sonderregelung installiert werden, da bei einer Dauer der Schwangerschaft von 9 Monaten das M4Q-Kriterium in der Regel aus dem ambulanten Sektor heraus nicht erfüllt werden kann.

einer Verordnung möglich, sodass das vom BVA bei der Krankheitsauswahl ursprünglich zu berücksichtigende Kriterium der Chronizität in den Aufgreifkriterien nicht weitergeführt wird.

Die TK et al. fordern, die Berücksichtigung der bereinigten Behandlungstage nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung des M2Q-Kriteriums für alle betroffenen DxGruppen heranzuführen.

Aufgreifkriterium Arzneimittel: Betrachtung bereinigter Behandlungstage mit Arzneimittelverordnung

Im bisherigen Klassifikationsmodell konnte z.B. durch Mehrfachtherapie die Mindestgrenze der erforderlichen Tagesdosen (DDD) leichter erreicht werden. So bestanden Fehlanreize, bspw. die Verordnung von Monopräparaten gegenüber Kombipräparaten zu bevorzugen, da durch die Kumulation der Tagesdosen mehrerer Monopräparate die vorgegebene Mindestgrenze schneller erreicht werden konnte. Die TK et al. begrüßen daher die Anpassung der Arzneimittelvalidierung, nach der die Mindestgrenze nur mit bereinigten Behandlungstagen erreicht werden kann. Allerdings werden durch diese Anpassung Folgeverordnungen innerhalb des Zeitraumes der Arzneimitteltherapie nicht adäquat berücksichtigt. Der Versicherte müsste für eine entsprechende Berücksichtigung immer am Ende der Arzneimittelbehandlung die Verordnung für die Folgebehandlung erhalten, damit diese in der Validierung vollständig berücksichtigt werden kann. Da jedoch davon ausgegangen werden kann, dass der Versicherte sich bereits vor dem Ende der Arzneimittelbehandlung ein Rezept für die Folgebehandlung verordnen lässt, bleiben zukünftig durch jede Folgeverordnung die überschneidende Anzahl von Tagesdosen unberücksichtigt. Diese Ungenauigkeit ist jedoch vor der Forderung, Fehlanreize im Klassifikationssystem zu reduzieren, durchaus vertretbar.

Aufgreifkriterien auf DxGruppen-Ebene

DxGruppe 401: Zerebrovaskuläre Ereignisse, nicht näher bezeichnet

Bei den Diagnosen der G46.- handelt es sich um sog. "*" -Codes, d.h. diese Codes dürfen nur als nähere Erläuterung zu einem anderen Code aus I60+ bis I67+ codiert werden. Die Codes G46.0 bis G46.2 werden jeweils mit dem entsprechenden Code aus I66.0 bis I66.2 codiert. Hierbei handelt es sich um Codes ohne resultierenden Hirninfarkt. Die Codes G46.3 bis G46.8 werden mit den Codes I60.- bis I67.- zusammen codiert. Somit können die Codes G46.3 bis G46.7 unter Umständen in Kombination mit einem Code aus dem I-Kapitel einer

stationären Behandlungsnotwendigkeit bedürfen. In Folge dessen und auch wegen der fehlenden Diagnosezusatzkennzeichen im ambulanten Bereich ist die vorgeschlagene Änderung abzulehnen.

Änderungen des Kriteriums „Arzneimitteltherapie erforderlich“

Der wissenschaftliche Beirat orientiert sich bei der Aufnahme von ATC-Codes an den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) sowie den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), was insgesamt zu einer Ausweitung der zur Validierung berücksichtigten ATC-Codes führt. Damit wurden diverse ATC-Codes neu aufgenommen, die zwar in den Leitlinien genannt werden, aber in Deutschland nicht für diese Indikation zugelassen sind. Für Krankenkassen entstehen hierdurch Anreize, Leistungen über das wirtschaftliche Maß hinaus zu übernehmen. Grundsätzlich sollten daher nur zugelassene Arzneimittel zur Validierung herangeführt werden.

Dass der Anteil der DxGruppen, die eine Arzneimittelvalidierung enthalten, gesenkt wurde, kann nicht nachvollzogen werden. Während bislang 68 von 290 DxGruppen (23,4%) über Arzneimittel validiert wurden, sind es im Entwurf nur noch 70 von 311 DxGruppen (22,5%). Hier wäre eine Ausweitung der Arzneimittelvalidierung auf weitere DxGruppen wünschenswert.

DxGruppen 197 und 198: Osteoarthrose der Beckenregion und der Hüfte bzw. des Knies

Die Entfernung der ATC-Codes N02BH (Homöopathische und anthroposophische Analgetika und Antipyretika) und N02BP (Pflanzliche Analgetika und Antipyretika) wird begrüßt, da für diese ATC-Codes keine Fertigarzneimittel existieren. Die Erweiterung der Validierung durch nicht rezeptpflichtige und daher nicht verordnungsfähige Arzneimittel muss jedoch abgelehnt werden, da hierdurch unwirtschaftliche Versorgung bzw. Leistungsgewährung außerhalb der rechtlichen Vorgaben zuschlagsauslösend wären.

DxGruppe 201: Osteoporose

Die Erweiterung der Validierung um die ATC-Gruppe G03DC kann nicht akzeptiert werden, da Arzneimittel dieser ATC-Gruppe nicht zur Behandlung der Osteoporose zugelassen sind.

DxGruppe 225: [Echte] Hämophilie [angeborener Faktor VIII oder Faktor IX-Mangel] mit Dauermedikation

Die Aufnahme von Arzneimitteln mit der Pseudo-Pharmazentralnummer "9999901" wird abgelehnt, da diese Pseudo-PZN in ihrer jetzigen Definition (lt. Bestimmung, Anlage 3.4) zu der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV nicht zu vereinbaren ist.² Nach der Bestimmung können unter dieser Pseudo-PZN alle Hämophiliepräparate gemeldet werden, was sie nicht auf bestimmte Faktorpräparate beschränkt. Die DX-Gruppe 225 bildet dagegen nur Faktor-VIII- und Faktor-IX-Mangel ab. Durch die Aufnahme der Pseudo-PZN würden somit Arzneimittel zur Validierung des Faktor-VIII- oder Faktor-IX-Mangels herangezogen, die für diese Erkrankungen nicht eingesetzt werden.

Für alle zugelassenen Hämophiliepräparate stehen offizielle Pharmazentralnummern zur Verfügung und auch nur diese sollten zur Validierung herangezogen werden. Die manuelle Ersetzung dieser offiziellen PZN durch Pseudo-PZN erscheint wenig sinnvoll und wäre zudem manipulationsanfällig. Das BVA hat mit Schreiben vom 30.03.2009 im Rahmen der Übermittlung von Arzneimittelinformationen die manuelle Erfassung grundsätzlich untersagt, um die Möglichkeit der Manipulation zu unterbinden.

Falls nicht alle Krankenkassen offizielle PZN melden können, sollten zumindest die offiziellen und die Pseudo-PZN gleichwertig als Zuordnungskriterium für die Klassifikation verwendet werden. Andernfalls würden Krankenkassen, die offizielle PZN für die von ihnen beschafften Faktor-Präparate erfassen, gegenüber jenen, die nur die Pseudo-PZN 9999901 verwenden, schlechter gestellt. Leider enthält der vorliegende Festlegungsentwurf genau diese Ungleichbehandlung. Falls diese Übergangslösung angestrebt wird, sollten daher neben der Pseudo-PZN 9999901 auch alle ATC-Codes der B02BD-Wirkstoffgruppe verwendet werden.

Perspektivisch sollten jedoch keine Pseudo-PZN zur Validierung der DX-Gruppe 225 zugelassen werden, sondern nur offizielle PZN, die auch nur zur Behandlung von Faktor-VIII- oder Faktor-IX-Mangel eingesetzt werden.

DxGruppe 335: Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen

Die Entfernung der ATC-Codes N04BD sowie N04BX wird begrüßt. Da aber die erhältlichen Fertigarzneimittel des ATC-Codes A04AA 5-HT3-Antagonisten nicht für diese Indikation zugelassen sind (ausschließlich Übelkeit/Erbrechen), ist diese Hinzunahme nicht sinnvoll.

² Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der abgestimmten Endfassung vom 05.03.2009.

Gleiches gilt für Fertigarzneimittel des ATC-Codes N02CC 5-HT1-Agonisten, da auch sie für diese Indikation nicht zugelassen sind (ausschließlich Migräne). Auch die Fertigarzneimittel des ATC-Codes N03AB Hydantoin-Derivate sind nicht für diese Indikation zugelassen, so dass auch hier die Aufnahme des ATC-Codes nicht sinnvoll wäre.

DxGruppen 354 und 355: Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz und Hypertensive Herz / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz

Da für die aufgenommenen ATC-Codes C01AP, C02KP, C02AP sowie C03CC keine Fertigarzneimittel verfügbar sind, ist die Berücksichtigung wenig sinnvoll.

DxGruppe 356: (Erkrankung der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie)

Die Aufnahme von V03AN (Medizinische Gase) kann nicht nachvollzogen werden, da hier keine Fertigarzneimittel existieren. Insgesamt sind medizinische Gase zur Validierung wenig geeignet, da sich keine Tagesdosen in Form von DDDs zuweisen lassen und diese nicht eindeutig für eine definierte Erkrankung verordnet werden.

DxGruppe 358: Herzinsuffizienz

Während die Aufnahme des ATC-Codes C01AC begrüßt wird, kann die Aufnahme des ATC-Codes C01AP nicht nachvollzogen werden, da hier keine Fertigarzneimittel existieren.

DxGruppe 364 und 365: Angina pectoris und Koronarsklerose und andere chronisch-ischämische Koronarerkrankungen

Da für den ATC-Code C10BE keine Fertigarzneimittel existieren, sollte der ATC-Code nicht aufgenommen werden.

DxGruppe 464: Pneumokokkenpneumonie oder Pneumonie durch andere näher bezeichnete Bakterien

Die Erweiterung um J01BA ist medizinisch nicht nachvollziehbar, da entsprechend der Roten Liste ein anderes Einsatzgebiet definiert ist

DxGruppe 466: Infektionen der Lunge durch Pilze oder Parasiten, exkl. Candida

Arzneimittel des ATC-Codes P02CC sind für die Erkrankungen nicht zugelassen (nur bei gastrointestinalen Parasiten), dieser ATC-Code sollte daher nicht aufgenommen werden.

DxGruppen 536, 537, 538 und 539: Dialysestatus [inkl. Komplikationen], Hypertensive Nierenerkrankung, mit Niereninsuffizienz, Hypertensive Nieren-/Herzerkrankung, mit Niereninsuffizienz und Hypertensive Nieren-/Herzerkrankung, mit Nieren-/Herzinsuffizienz

Die Aufnahme der ATC-Codes von Vitaminen sowie iso-/hypertonen Lösungen ist zwar medizinisch nachvollziehbar, dennoch sind diese ATC-Codes viel zu unspezifisch, da sie nicht explizit nur für diese Erkrankungen eingesetzt werden, sondern auch bei anderen Mangelkrankungen. Sie sind daher für die Validierung dieser Erkrankung nicht geeignet.

DxGruppe 618: Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess/andere lokal begrenzte Hautinfektionen

Die in den hinzugefügten ATC-Codes D06BA, D06BX sowie J01BA enthaltenen Fertigarzneimittel sind für die genannte Indikation nicht zugelassen. Diese ATC-Codes sollten daher nicht aufgenommen werden.

DXG 689: Postoperative Infektion

Der Verzicht auf die Arzneimittel-Validierung für diese Gruppe ist nicht sinnvoll und wird abgelehnt, da sich nur die wenigsten postoperativen Infektionen rein chirurgisch behandeln lassen. Damit wird aufgrund weniger Fälle, für die keine Arzneimittelbehandlung vorliegt, die gesamte Gruppe geöffnet, was zu einer Ausweitung der aufgegriffenen Versicherten führt.

Anpassung der Hierarchien

Die Änderungen in den Hierarchien gehen größtenteils auf die Verschiebung einzelner DxGruppen, sowie die zusätzliche Einführung von DxGruppen und HMG zurück. Die empfohlenen Änderungen werden oftmals empirisch mit einer höheren Prognosegüte begründet. Dass die Hinzunahme mehrerer erklärender Variablen in der Regression mit einer Erhöhung des r^2 einhergeht, ist ein bekanntes statistisches Phänomen. Wir gehen daher davon aus, dass der Beirat zur empirischen Begründung das korrigierte Bestimmtheitsmaß herangezogen hat, andernfalls hätte die höhere Prognosegüte des r^2 keine Aussagekraft.

Hierarchie 3: Diabetes

Die in den DxGruppen 112 und 113, bzw. 800 und 801 enthaltenen ICD sind überwiegend der Kategorie ‚Diabetes mellitus nicht näher bezeichnet‘ oder ‚Diabetes mellitus mit nicht näher bezeichneten (multiplen) Komplikationen‘ zugeordnet. Die Umstufung in eine höherklassige HMG aufgrund der vorliegenden Komplikationen ist zwar durchaus sinnvoll, allerdings gibt es ICD, die den Schweregrad und die Art der Komplikationen genauer dokumentieren (z.B. Diabetes mellitus mit renalen Komplikationen). Diese Gleichsetzung beider ICD widerspricht der Absicht des Beirates, durch entsprechende Hierarchisierung eine möglichst genaue Codierung zu erreichen. In der Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt im Juli 2008 wurde aber genau hierauf besonders Wert gelegt: *‚Anreize zum genauen/spezifischen Codieren: Unspezifische Codierungen sollen in weniger schwere HMG eingruppiert werden, um so möglichst genaues Codieren zu fördern‘.*³

Hierarchie 9: Kognitive Erkrankungen

Eine dauerhafte medikamentöse Therapie des normotensiven Hydrocephalus gibt es nicht. Die Eingruppierung in die HMG 047 (mit Arzneimittelvalidierung) kann daher nicht nachvollzogen werden.

Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen

Der Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer zum Herauslösen der unspezifischen Diagnosen ist durchaus sinnvoll. Der wissenschaftliche Beirat sollte daher dem Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer folgen und auf die unspezifischen Diagnosen verzichten.

Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen

Die höhere Einstufung der unspezifischen ICD I73.9 (periphere Gefäßkrankheit nicht näher bezeichnet) gegenüber der wesentlich spezifischeren Formen der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit PAVK (HMG 106, DxG 430 und 437) ist medizinisch nicht zu begründen, insbesondere da die ICD I73.9 im DIMDI-Katalog den Hinweis auf die periphere arterielle Verschlusskrankheit PAVK enthält:

³ Erläuterungen zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2009 durch das Bundesversicherungsamt. Juli 2008, S. 9.

I73.9 Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet

Arterielle Verschlusskrankheit [AVK]

Arterienkrampf

Claudicatio intermittens

Um Anreize zum unspezifischen Codieren zu reduzieren, sollte die ICD I73.9 niedriger eingestuft werden.

Hierarchie 20: Erkrankungen der Harnwege

Die Zuordnung von ICD N18.0 und N18.84 kann zwar als medizinisch sinnvoll erachtet werden, allerdings muss angemerkt werden, dass auch hier einer ungenauen Codierung Vorschub geleistet wird.

Weiterhin ist die Eintragung des Kennzeichens für die extrakorporale Blutreinigung in die Satzart 100 nach der Bestimmung unzureichend.⁴ Nach der Bestimmung wird das Dialysekennzeichen gesetzt, wenn in der Berichtsperiode mindestens eine extrakorporale Blutreinigung erbracht wurde, für die die Krankenkasse leistungspflichtig war. Nicht alle Kontenarten, auf denen Dialysesachkosten gebucht werden, liegen versichertenbezogen vor. Deshalb können diese Informationen nicht gemäß der Bestimmung vollständig erfasst werden und sind erheblich manipulationsanfällig. Hier wäre die Bestimmung entsprechend anzupassen.

Hierarchie 25: Transplantationen

Ingesamt wird die Aufnahme von DxGruppen, die eine Registrierung zur Organtransplantation wiedergeben, abgelehnt.⁵ Wenn es dennoch zur Aufnahme dieser Dx-Gruppen kommen sollte, ist es medizinisch nicht sinnvoll, einerseits eine HMG zur Registrierung zur Organtransplantation zu schaffen, aus dieser aber dann einzelne Transplantationen herauszulösen und sie den entsprechenden Organen zuzuordnen.

⁴ Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 08.06.2009.

⁵ siehe hierzu Stellungnahme der TK et al. zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010 vom 10. August 2009.

Änderungen des Berechnungsverfahrens

Die TK et al. begrüßen die Änderungen zur Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug. Damit wird die bislang unsachgerechte Behandlung der systematischen Untererfassung von (versichertenbezogenen) Leistungsausgaben in der SA 700 aufgehoben. Da die fehlenden versichertenbezogenen Ausgabeninformationen kaum mit der gemessenen Morbidität korrelieren und gleichzeitig die Ausgaben, die einen unmittelbaren Morbiditätsbezug aufweisen (z.B. Krankenhausausgaben), vollständig erfasst sind, hat die pauschale Hochrechnung bislang zu einer stark verzerrenden Ausweitung der morbiditätsbezogenen Zuweisungen geführt. Die bestehenden Fehlanreize, durch unvollständige Meldung der Leistungsausgaben, die keinen Morbiditätsbezug aufweisen, dennoch eine Erhöhung der Morbiditätszuschläge zu erreichen, können durch dieses Vorgehen unterbunden werden.

Begrüßt wird auch der Vorschlag zur geänderten Ermittlung des Anpassungsfaktors für die Strukturanpassungen. Das vorgeschlagene Verfahren wird einerseits der Abnahme der Prävalenz bei Morbiditätsgruppen von letalen Krankheiten gerecht, die durch den größeren zeitlichen Abstand zwischen den verwendeten Morbiditätsdaten und den Versichertenbestandsinformationen verursacht wird. Andererseits wird hierdurch die bislang unsachgemäße pauschale Anpassung des Morbiditätsanstiegs sowohl bei den AGG-, EMG- und HMG-Zuschlägen behoben, die zu einer Benachteiligung von Krankenkassen mit niedriger Morbidität geführt hat.

Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte

Die TK et al. lehnen es grundsätzlich ab, die bestehenden Ausgleichsmechanismen für verstorbene Versicherte zu ändern.

Nach § 31 der RSAV ist das Versichertenklassifikationsmodell auf der Basis von 50 bis 80 Krankheiten so auszugestalten, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Alle weiteren Ausgleichsmerkmale sind entweder in der RSAV oder in § 268 SGB V genannt. Für eine gesonderte Zuweisungssystematik für Verstorbene fehlt folgerichtig die rechtliche Grundlage. Gesetzlich sind gesonderte Ausgleichsmechanismen von Hochkostenfällen nicht vorgesehen und damit nicht gewollt. Im Gegenteil: bereits in dem 2004 vorgelegten Gutachten, in dem die Eignung von Klassifikationsmodellen für Versicherte im Risikostrukturausgleich untersucht wurde, haben die Gutachter IGES/Lauterbach/Wasem die Empfehlung ausgesprochen, auf den (Hoch-)Risikopool zu verzichten.⁶ Die mit dem GKV-WSG bestimmte

⁶ IGES/Lauterbach/Wasem, Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn, Februar 2005; insb. Kapitel 8.1, S. 105ff.

Abschaffung des § 265 SGB V hat diese Empfehlung aufgegriffen. Des Weiteren sehen die Rechtsvorschriften zum RSA (§ 268 Abs. 1. Nr. 1 und Abs. 2 Satz 4 SGB V) mit Ausnahme des Erwerbsminderungsmerkmals keine weiteren indirekten Morbiditätsmerkmale vor. Um ein solches würde es sich jedoch beim Merkmal „verstorben“ handeln.

Der Anpassungsvorschlag des wissenschaftlichen Beirates, nach dem auf der Ebene der Zuweisungen bei im Ausgleichsjahr verstorbenen Versicherten keine Umrechnung auf Versichertentage stattfindet, führt zu einem Systembruch im bisherigen Ausgleichsverfahren. Während die Systematik des Risikostrukturausgleichs durchgängig alle Zuweisungen an den Versichertentagen orientiert, wird nun von dieser Systematik für eine gesonderte Versichertengruppe abgewichen. Hierbei stellt sich die Frage, warum in anderen Fällen, wie z.B. bei der Überschneidung von Versichertenzeiten, ein aufwendiges Clearingverfahren eingerichtet wird, um die bewährte Zuweisungssystematik entsprechend der Versichertenzeiten beizubehalten, wenn an anderer Stelle hierauf ganz verzichtet werden kann.⁷

Zudem lässt der Beirat offen, wie die Zuweisungen in den Fällen erfolgen, in denen Versicherte in ihren letzten Lebensmonaten die Krankenkasse gewechselt haben. Es stellt sich die Frage, ob hier der Jahresbetrag anteilig der jeweiligen Versichertenzeiten aufgeteilt oder nur die letzte Krankenkasse den Jahresbetrag erhalten würde.

Seit der gesetzlichen Streichung des Sterbegeldes aus dem Leistungskataloges der GKV weisen die Informationen zum Ende des Versicherungsverhältnisses durch Tod nicht mehr die Qualität auf, die für einen Ausgleich erforderlich wären. Zudem haben die Krankenkassen keinen rechtlichen Anspruch auf Sterbeurkunden. Krankenkassen erfahren mit zunehmend zeitlicher Verzögerung vom Tod ihrer Versicherten. Hieraus resultieren Fälle von Versicherten, die in den Stammdaten einer Kasse als lebend und einer anderen Kasse als verstorben gekennzeichnet sind. Zum anderen kann der Endgrund „verstorben“ nicht zweifelsfrei in den Fällen verifiziert werden, in denen der Versicherte die GKV dauerhaft in Richtung Ausland oder GKV verlassen hat. Die Beispiele zeigen, dass die Dokumentation des Merkmals „verstorben“ weder besonders sicher noch völlig manipulationsfrei ist.

Der Vorschlag, die Zuweisung für verstorbene Versicherte unabhängig vom Todeszeitpunkt in voller Höhe zu leisten, führt zwar für diese Versichertengruppe insgesamt zu einer höheren Kostendeckung. Kostendeckung für isoliert ausgewählte Sachverhalte ist allerdings kein Ziel des Risikostrukturausgleiches. Es ist wenig verständlich, warum für Versicherte, die im

⁷ Gemäß Schreiben vom GKV SV vom 31.07.2009 (Verfahrensbeschreibung des GKV SV zum RSA-Clearingverfahren) dürfen sich die Versichertenzeiten maximal vorerst nur 3 Tage überschneiden, ansonsten müssen sie im Clearingverfahren bereinigt werden. Findet keine Bereinigung statt, wird der Versicherte bei beiden betroffenen Kassen komplett gestrichen.

Januar versterben die gleichen Zuweisungen anzusetzen sind, wie für Versicherte, die im Dezember versterben. Das mit der längeren Versicherungszeit höhere Behandlungskosten anfallen würden, liegt nahe. Es gibt keinen Bezug zum realen Versorgungsgeschehen, wenn die Zuweisung unabhängig von der Versicherungszeit ist. Durch die Zuweisungen ohne zugehörige Versichertenzeit für Verstorbene wird eine Ausnahme vom prospektiv ausgerichteten Risikostrukturausgleich geschaffen, die neue Ungerechtigkeiten schafft.

Vor diesem Hintergrund wäre eine umfangreiche Untersuchung angebracht, die nicht nur die letzten Lebensmonate bei der Ermittlung empirischer Kennzahlen und Deckungsgrade berücksichtigt, sondern u.U. auch ein größeres Zeitfenster für diese Sondergruppe betrachtet.

Zur Berücksichtigung der Versicherten, die mindestens 183 Tage des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz im Ausland haben

Bei der Ermittlung AusAGG-Zuschläge auf Basis der AGG-, HMG-, EMG-, und KEG-Zuschlägen werden diese in einem weiteren Schritt wieder von den AGG-Zuschlägen bereinigt. Wir gehen daher davon aus, dass die Versicherten, die mindestens 183 Tage des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz im Ausland hatten, deshalb nur den AGG zugeordnet werden und nicht wie unter e) im Entwurf der Festlegung auf Seite 7 beschrieben, die Zuordnung zu den AGG, EMG und HMG entfällt.

Auch wenn die Problematik nicht in dem Festlegungsentwurf thematisiert wird, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die fehlende Deckelung der Zuweisungen für diese Personengruppe auf den Betrag, der für diese Personengruppe (also alle Versicherten mit Wohnsitz / gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland) auch tatsächlich angefallen ist, zu enormen Fehlanreizen führt. Dies wird noch verstärkt durch die ungenügende Regelung zur Erfassung der Auslandsversicherten.⁸ Mit dieser Regelung geht eine Willkür einher, die dazu führen kann, dass zukünftig die Krankenkassen - je nach bereits dokumentierter Morbidität - abwägen werden, ob sie für einen Versicherten alle nach der Bestimmung möglichen Tage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland melden werden, oder nicht.⁹ Leider lässt der derzeitige Stand der Bestimmung ein uneinheitliches Vorgehen bei der Meldung der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland zu.

⁸ siehe Schreiben des vdek an den GKV SV und das BVA vom 06.08.2009 zur Berücksichtigung der "Versichertentage Ausland" nach § 31 Abs. 5 RSAV.

⁹ Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 08.06.2009.

Fazit

Wie bereits eingangs bemerkt, sollten die Anpassungen an das Klassifikationsmodell das prioritäre Ziel verfolgen, das Klassifikationsmodell für den Risikostrukturausgleich 2010 manipulationsresistenter zu gestalten. Dieses Ziel wurde in dem vorliegenden Entwurf leider nicht adäquat verfolgt. Nachgehende Änderungen und Sonderregelungen für bestimmte Personengruppen erscheinen eher interessengeleitet zu sein und bringen oftmals weitere Fehlanreize und Manipulationsmöglichkeiten in den Risikostrukturausgleich. Die Ausgleichssystematik wird somit noch intransparenter und weniger überprüfbar. Die Finanzplanung der Krankenkassen wird aufgrund von unplanbaren Effekten erschwert. Auch wenn es sich bei den Änderungsentwürfen zum Teil um die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben handelt, muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass mit dem vorliegenden Entwurf zum Klassifikationsmodell neue Fehlanreize geschaffen würden, ohne die bereits bestehenden zu beseitigen.

Die teilweise tiefgreifenden Änderungsvorschläge zum Klassifikationsmodell konnten leider nicht die Manipulationsanfälligkeit von ambulanten Diagnosedaten ausreichend reduzieren. Daher sollte der wissenschaftliche Beirat Alternativmodelle, die nicht auf der Basis von ambulanten Diagnosen klassifizieren, perspektivisch in die Überprüfung aufnehmen. Hierzu zählen Modelle, die in der Klassifikationslogik für den ambulanten Bereich eher auf Arzneimittelinformationen anstatt auf ambulanten Diagnosen basieren, auch wenn diese zweifelsohne ebenfalls Fehlanreize beinhalten. Dennoch sollten diese Modelle dahingehend geprüft werden, ob die hierdurch bestehenden Fehlanreize ggf. leichter zu unterbinden sind, wie der Beirat z.B. mit dem Vorschlag von bereinigten Behandlungstagen gezeigt hat. Auch kann vermutet werden, dass die Möglichkeiten, zwecks Zuschlagsoptimierung in die ärztliche Arzneimitteltherapieentscheidung einzugreifen, begrenzter sein dürfte, als die Einflussnahme bei der Codierung. Insbesondere die zahlreichen Maßnahmen verschiedener Krankenkassen hinsichtlich rechtswidriger ambulanter Diagnoseoptimierungen, die sicher viele in der GKV beteiligten Akteure überrascht haben und in dieser Dimension nicht voraus gesehen wurden, sollten die Frage aufwerfen dürfen, ob arzneimittelbasierte Klassifikationsmodelle zumindest eine 'fehlreizärmere' Alternative darstellen.