

Bundesversicherungsamt
Referat VII2
Herrn Dr. Dirk Göppfarth
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Nur per Mail

Ihr Gesprächspartner

Stefan Gründer

Tel. 030 202491 44

Fax 030 202491 50

E-Mail stefan.gruender@ikkev.de

09.04.2010

Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich 2011

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

anbei übersende ich Ihnen die Vorschläge des IKK e.V. zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich 2011.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Gründer
Statistik und Finanzierung der GKV

Anlagen: 1



Vorschläge des IKK e.V. zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich 2011

Vorbemerkungen

Nach § 31 Abs. 4 RSAV legt das Bundesversicherungsamt (BVA) die zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30. September fest.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass das BVA den maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene - wie bereits schon im Jahr 2009 - wieder die Gelegenheit gibt, Vorschläge zur Verbesserung des Klassifikationsmodells einzubringen, die zu einer Steigerung der Zielgenauigkeit und zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Modells beitragen.

Kostenhomogenität der Morbiditätsgruppen

Die im Festlegungsentwurf des BVA vom 3. März 2010 beabsichtigte Orientierung der Krankheitsabgrenzung an der ICD-10-GM-Systematik und damit ausschließlich an medizinischen Kriterien bedeutet, dass die Kostenhomogenität einer Krankheit bei der Krankheitsabgrenzung keine Rolle mehr spielt. Es ist deshalb zu erwarten, dass die Heterogenität der prospektiven Kosten in den Morbiditätsgruppen deutlich zunehmen wird. Ein Anstieg der Heterogenität der prospektiven Mehrkosten innerhalb der HMGs erhöht die Anreize für Risikoselektion und verringert die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells. Vor diesem Hintergrund sollte für alle Hierarchien geprüft werden, inwieweit die Kostenhomogenität der einzelnen HMGs im Kontext der modifizierten Krankheitsabgrenzung noch gewährleistet ist. Wie in den Erläuterungen zur Festlegung vom 30. September 2009 dargestellt, sollten hierfür Regressionsanalysen mit den in einer Hierarchie

enthaltenen DxGruppen durchgeführt werden und gegebenenfalls eine Neuabgrenzung der HMGs erfolgen.

Beispielhaft sei hierbei auf die Krankheit „Osteoarthritis der großen Gelenke“ im Entwurf zur Krankheitsauswahl für 2011 verwiesen. Dieser in 2009 und 2010 berücksichtigten Krankheit wurde ein Großteil der ICDs der Krankheit „Osteoarthritis sonstiger oder nicht weiter spezifizierter Gelenke“ zugewiesen, die in der Krankheitsauswahl 2009 das Kriterium der „Kostenintensität“ aufgrund nur geringer prospektiver Mehrkosten weit verfehlte. Die prospektiven Mehrkosten letzterer Krankheit betrugen nur ein Sechstel der Mehrkosten der Krankheit „Osteoarthritis der großen Gelenke“. Durch die nun beabsichtigte Veränderung der Krankheitsabgrenzung steigt die Kostenheterogenität dieser Krankheit stark an. Das Beispiel zeigt, dass im Rahmen der DxG- und Morbiditätsgruppenbildung so viele Analysen wie möglich hinsichtlich der Kostenhomogenität durchgeführt werden sollten.

Erweiterung der Aufgreifkriterien für Arzneimittel

Im aktuellen Klassifikationsmodell werden weniger als 25% der DxGruppen einer Validierung durch Arzneimittelverordnungen unterzogen. Die Qualität der ambulanten Diagnosen liegt immer noch deutlich unterhalb der Qualität von Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen. Um einerseits die Qualität der ambulanten Diagnosen zu validieren und andererseits die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA weiter zu verringern, schlagen wir weiterhin vor, dass die Arzneimittelkomponente als obligates Aufgreifkriterium bei DxGruppen deutlich stärker berücksichtigt werden sollte.

Anpassung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel bei Depression

Im aktuellen Klassifikationsmodell hat das BVA bei denen der HMG058 (Depression) zugeordneten DxGruppen 264 (schwere depressive Episoden/rezidivierende depressive Störungen) und 269 (leichte oder mittelgradige depressive Episoden) auf eine Arzneimittelvalidierung verzichtet und ausschließlich das Vorhandensein von stationären oder ambulanten Diagnosen entsprechend dem M2Q-Kriterium als Zuschlag auslösend definiert.

Gemäß den nationalen Versorgungsleitlinien für Depression (S3-Leitlinie) sollen Antidepressiva nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses. Somit erscheint die in der DxG269 nicht obligate Arzneimitteltherapie sinnvoll. Dagegen wird mit dem höchsten Empfehlungsgrad (A) bei Menschen mit mittelgradigen und schweren akuten Depressionen eine Pharmakotherapie empfohlen. In der Erhaltungstherapie sollen Antidepressiva mindestens 4-9 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Risiko eines Rückfalles deutlich vermindern lässt. In der Erhaltungsphase soll die gleiche Dosis wie in der Akutphase fortgeführt werden (Empfehlungsgrad A). Gleiches gilt für eine erforderliche Rezidivprophylaxe. Bei einer chronischen, mehr als zwei Jahre andauernden, depressiven Episode sollte eine pharmakologische Behandlung in Betracht gezogen werden.

Wir schlagen daher vor, eine obligate Arzneimitteltherapie als Aufgreifkriterium für die Einordnung in die DxG264 (schwere depressive Episoden/rezidivierende depressive Störungen) zwingend festzuschreiben.

Zusätzlich sollte überprüft werden, inwieweit möglicherweise eine Neuabgrenzung bzw. Neubildung der DxGruppen 264, 269, 817 (Sonstige, nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störungen) und 818 (Sonstige, nicht näher bezeichnete affektive Störungen/depressive Episoden) entsprechend des Krankheitsverlaufes (schwer, mittel, leicht) zu einer höheren Zielgenauigkeit der Zuschläge führen könnte.

Anpassungen bei der Zuordnung von ICDs zu DxGruppen

Manipulationsgefahr bei unspezifischen affektiven Störungen

Für eine gute und zielorientierte Versorgungssteuerung ist die Sicherstellung einer hohen Diagnosequalität von entscheidender Bedeutung. In den Erläuterungen zu den Festlegungen des Klassifikationsmodells vom 3. Juli 2008 wird seitens des BVA betont (S. 10), dass das Klassifikationsmodell Anreize zum genauen und spezifischen Codieren geben müsse. Unspezifische Codierungen sollen in weniger schwere HMG eingruppiert werden, damit ein möglichst genaues Codieren gefördert und Anreize zum ungenauen Codieren minimiert werden.

Die ICD-Gruppe der anhaltenden affektiven Störungen (F34.-) beinhaltet die Diagnosecodes F34.0 (Zyklothymia), F34.1 (Dysthymia), F34.8 (Sonstige anhaltende affektive Störungen) und F34.9 (Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet). Während im bestehenden Klassifikationsmodell die Diagnose F34.1 über die DxG264 der HMG058 (Depression) zugeordnet ist, die einen monatlichen Zuschlag in Höhe von 105,29 Euro nach sich zieht, werden F34.0, F34.8 und F34.9 über die DxG263 in die HMG055 (Bipolare affektive Störungen, Anorexia nervosa, Bulimie) mit einem Zuschlag von 244,92 Euro/Monat eingruppiert. Für die unspezifische Diagnose F34.9 ergibt sich somit ein um rd. 140 Euro/Monat höherer Zuschlag. Insofern wird das Ziel einer hohen Diagnosequalität als Voraussetzung für eine zielorientierte Versorgungssteuerung konterkariert. Dies widerspricht auch den Erläuterungen des BVA zu den Festlegungen des Klassifikationsmodells vom 3. Juli 2008.