

Stellungnahme der BARMER GEK
zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus,
Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013
27. August 2012

Vorbemerkung

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungssamt (BVA) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Mit Datum vom 27.07.2012 hat das BVA den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2013 übermittelt.

In diesem Entwurf beurteilt die BARMER GEK die Änderungen beim „Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden“ als sehr überraschend und in der vorgeschlagenen Umsetzung als Einzelmaßnahme auch als wenig sachgerecht. Die Gründe hierfür, die bei der BARMER GEK primär darin liegen, dass ein Einzelelement willkürlich aus einem Strauß von Reformbedarfen am Finanzausgleich herausgepickt wird, haben wir bereits im gemeinsamen Schreiben unseres Vorstandsvorsitzenden mit anderen Ersatzkassen, dem BKK- und IKK- Bundesverband vom 08.08.2012 genannt. Auf eine Wiederholung möchten wir verzichten.

Allerdings erlauben wir uns darzustellen, dass das BVA einen anderen vom wissenschaftlichen Beirat angemahnten Reformbedarf (Versicherte mit Wohnsitz im Ausland) sehr wohl innerhalb der 2013er Festlegung umsetzen könnte. Dies unterstreicht auch die von uns empfundene Willkürlichkeit der Handhabung der Angelegenheit „unvollständige Versichertenepisoden“.

Ansonsten zeichnet sich der Entwurf durch eine begrüßenswerte strengere Systematisierung der Vorgehensweisen bei der Überprüfung von Optimierungsbedarf in den einzelnen Hierarchien aus. Wir empfehlen den bei der Überarbeitung der Neubildungen entwickelten Ansatz zur Prüfung von Arzneimitteldifferenzierungen in allen Bereichen, die sich für solche Differenzierungen eignen, zur Anwendung zu bringen. Dies könnte sehr erhebliche positive Auswirkungen auf die Modellqualität haben. Alle weiteren Anmerkungen sind Hierarchie- und krankheitsspezifischer Natur.

Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

Methodisches Vorgehen

Neben der methodischen Vorgehensweise einer ausschließlich isolierten Prüfung und Bewertung der einzelnen Modellanpassungen halten wir es für erforderlich, bei parallel vorgeschlagenen, grundlegenden Änderungen in den Hierarchien und /oder des Berechnungsverfahrens die dargelegten Prüfergebnisse hinsichtlich der Wechselwirkungen der schlussendlich zur Festlegung anstehenden Ände-

rungen zu validieren. Am Ende sollte neben der zunächst nur isolierten Prüfung der einzelnen Anpassungen auch eine Gesamtschau unternommen werden, damit Wechselwirkungen nicht übersehen werden.

Zu II.) Anpassung der Aufgreifkriterien

6.) Aufgreifalgorithmus

Die BARMER GEK begrüßt die Vereinheitlichung der Sonderregeln bei gleichzeitiger Beibehaltung des DDD- Ansatzes und des Verordnungsquartale- Ansatzes.

Die Zuordnung der betroffenen DxG zu den Sonderregeln erscheint ebenfalls sachgerecht.

Zu III.) Anpassung des Klassifikationsmodells

Die BARMER GEK begrüßt die methodische Vorgehensweise bei der Prüfung der Arzneimittel im Rahmen dieser Festlegung (siehe z.B. Hierarchie 2 – Neubildungen). In anderen Hierarchien sollte bei der Überprüfung der Arzneimittelabgrenzung analog zur Hierarchie 2 vorgegangen werden (z.B. bei den Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Multipler Sklerose oder dem Chronischem Schmerz).

Aus Sicht der BARMER GEK ist bei der Durchführung von Arzneimittelabgrenzungen systematisch zwischen einer Validierung durch Arzneimittel und einer Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel zu unterscheiden:

Im ersten Fall geht es darum, die Versicherten zu berücksichtigen, bei denen überhaupt ein mit Ausgaben verbundener Behandlungsbedarf besteht, z.B. bei der Hypertonie. Bei diesen DxGs gibt es nur einen Zuschlag zur Abbildung der zugehörigen Diagnosen und dieser erfordert eine Validierung durch Arzneimittel. Aus unserer Sicht muss die Arzneimittelliste in diesen Fällen eher umfangreicher sein, um der Versorgungswirklichkeit gerecht zu werden.

Im zweiten Fall gibt es zu identischen Diagnosen zwei Zuschläge, mit und ohne Dauermedikation, z.B. MS oder neu auch chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder chronischer Schmerz. Die Differenzierung dient dazu, besonders kostenintensive Versorgungsformen von den restlichen Fällen zu trennen. Hier sollte unserer Meinung nach die Abgrenzung sehr eng auf den teuren Medikamenten liegen, die übrigen Versicherten erhalten den Zuschlag ohne Dauermedikation. In diesem Fall ist die Herangehensweise des BVA bei der Arzneimittel- Überprüfung der Hierarchie 2 ideal, mit einer sehr engen Auswahl von Arzneimitteln zu beginnen und diese dann stufenweise auszuweiten. Auf dieser Basis sollte das Modell mit den besten Gütemaßen identifiziert werden. Solange sich BVA und Beirat

mehrstufigen Arzneimittelzuschlägen nicht nähern wollen, wird hiermit das relativ beste Ergebnis erreicht.

Weitere Überlegungen z.B. hinsichtlich einer pharmazeutischen oder medizinischen „Vollständigkeit“ der Arzneimittelliste sollten hierbei in den Hintergrund treten, da die Abbildungskraft des Modells im Vordergrund steht. Tatsächlich lösen gerade weite und nicht enge Arzneimittelabgrenzungen Anreizprobleme aus. Dem Erhalt eines erhöhten Zuschlags geht bei einer engen Arzneimittelabgrenzung die Eingehung hoher Kosten und der typischen Risiken des prospektiven Verfahrens (Tod, Kassenwechsel) voraus. Ein Anreiz für eine „RSA- zuschlagsgesteuerte Versorgung“ entsteht nicht. Ein Anreiz über eine ggf. medizinisch kritikwürdige Beeinflussung der Versorgung nachzudenken, entsteht vielmehr dort, wo derselbe (hohe) Zuschlag mit sehr unterschiedlich preisintensiven Arzneimitteln erreicht werden kann.

Diesen Punkt werden wir bei der Diskussion der Neubildungen, der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, der multiplen Sklerose und des chronischen Schmerzes wieder aufnehmen. Natürlich gibt es auch Aspekte, die im Einzelfall grundsätzlich gegen eine Arzneimitteldifferenzierung sprechen können, ein Beispiel im Festlegungsentwurf 2013 ist die chronische Virushepatitis.

8.) Hierarchie 02: Neubildungen

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen ausdrücklich. Hierbei möchten wir insbesondere die vorbildliche Vorgehensweise bei der Prüfung der Arzneimittel (vgl. Seite 112) erwähnen. Diese beginnt bei einer sehr engen Auswahl und wird dann stufenweise ausgeweitet.

9.) Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen

Die vorgenommene Berücksichtigung der Adipositas halten wir weiterhin für problematisch.

Das Argument des BVA, die von der BARMER GEK vorgeschlagene Lösung, nur stationäre Hauptdiagnosen zu berücksichtigen, führe nicht zu einer Verbesserung der Modellgüte übersieht das dynamische Element der von der Neuregelung ausgehenden Manipulationsanreize. Die Prüfung des Modells findet auf manipulativ unbelasteten Daten statt, von einem systematischen Zusammenhang zwischen nicht manipulativ erfassten Diagnosen und den Folgekosten ist daher bei allen, nicht nur bei den stationären Hauptdiagnosen auszugehen. Erfolgt jedoch die Kodierung der Adipositas mit Krankheitswert in Zukunft zum Zwecke der Zuschlagsoptimierung, und nicht weil hierin ein die Behandlungsintensität erheblich beeinflussender Faktor liegt, geht der Zusammenhang zwischen Adipositas und Folgekosten verloren. Ein erheblicher Zusammenhang wird dann nur noch bei den Diagnosen feststellbar sein, die zwangsläufig auch in Zukunft eng mit der Behandlungsintensität verbunden sind und dies sind in der Natur der Sache liegend die stationären Hauptdiagnosen.

Dass es sich hierbei um eine neue Zusatzregel handeln würde, ist unbestreitbar und ist auch der Grund, warum der Vorschlag „nur Hauptdiagnose“ als Alternativ- und nicht als Hauptvorschlag der

BARMER GEK im Vorschlagsverfahren dargestellt wurde. Wir sind allerdings der Auffassung, dass es sich bei der schwerwiegenden Adipositas um eine Diagnose handelt, von deren extremer Untererfassung eine so überragende Mehrheit der Experten ausgeht (vgl. Literaturhinweise aus dem Vorschlagsverfahren), dass es sich um eine Sondersituation handelt, so dass auch eine Sonderregelung gerechtfertigt erscheint.

Dem ursprünglichen Hauptvorschlag, die Adipositas mit dem bisherigen Kriterium „stationär erforderlich“ zu versehen, lag die Überlegung zugrunde, dass wir die Manipulierbarkeit von stationären Nebendiagnosen nicht in der Sache, aber in der Menge als weniger problematisch einschätzen als die auf die ambulante Diagnostik ausgehenden Manipulationsanreize. Dies ist mit Sicherheit eine normative Überlegung, die im Kern nicht medizinisch ist, sondern dem Schutz des Verfahrens „Morbi- RSA“ dient. Wieso solche Überlegungen bei der Erstellung des Klassifikationsverfahrens ausgeschlossen sein sollen, erschließt sich nicht. Überlegungen dieser Art waren Grundlage sehr zielführender Entscheidungen des BVA wie der Veränderung der Berücksichtigung von Nebendiagnosen für das Verfahren 2012.

10.) Hierarchie 05: Erkrankungen der Leber

Die meisten Anpassungen der Hierarchie erscheinen aus Sicht der BARMER GEK sachgerecht. Die Aufteilung der chronischen Hepatitis in Zuschlagsgruppen mit und ohne Dauermedikation begegnet hingegen erheblichen Bedenken.

Die häufigste chronische Hepatitis ist die Hepatitis C, da hier die akute Form bei Erwachsenen in zwei Drittel der Fälle in eine chronische übergeht. Bei den Hepatiden B und D ist die Gefahr der Chronifizierung deutlich niedriger. Schwere Fälle der Hepatitis C werden schon heute standardmäßig nicht mit einem Arzneimittel, sondern mit einer Kombination aus pegyliertem Interferon und Ribavirin behandelt. Erstmals im Oktober 2011 bzw. im Februar 2012 wurden mit Telaprevir und Boceprevir zwei Wirkstoffe in den Markt eingeführt, die ausschließlich als Tripletherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin zur Behandlung schwerer Fälle, die auf die bisherige Kombinationstherapie nicht oder suboptimal ansprechen, zugelassen sind. Dies ist bereits dem Vorschlag des Unternehmens MSD für das Vorschlagsverfahren 2012 zu entnehmen. Die Behandlungskosten für einen bisher standardmäßig behandelten Kranken steigen auf diese Weise auf das drei- bzw. siebenfache an.

In dieser Sachlage liegen gleich zwei Probleme für den Morbi-RSA:

- § Dadurch, dass mindestens zwei, zukünftig in vielen Fällen aber gleich drei Arzneimittel auf einmal die Standardtherapie / erweiterte Standardtherapie für die chronische Hepatitis C bilden, wirkt die DDD- bezogene Arzneimittelvalidierung nicht. Die Grenze von 183 DDD wird häufiger bzw. immer bereits durch die Medikation für ein einziges Quartal überschritten. Wird überdies berücksichtigt, dass die neue DXG 920 der Sonderregelung nach 1.3.3.1. des Bestimmungsentwurfs unterfällt, d.h. eine quartalsgleiche Diagnose zur Auslösung des Zuschlags ausreicht, wird deutlich, dass re-

regelmäßig die Behandlungsdaten eines einzigen Quartals ausreichen, um den neuen Zuschlag auszulösen. Damit erfolgt eine Prüfung des Kriteriums „chronisch“ i.S. einer quartalsübergreifenden Behandlung bei der Klassifikation der Betroffenen überhaupt nicht mehr.

Nun mögen Klassifikationselemente, die eine chronische Virushepatitis auf ihre Chronizität prüfen, ein Widerspruch in sich sein. Einen nicht chronischen Morbus Gaucher oder einen nicht chronischen insulinpflichtigen Diabetes gibt es allerdings auch nicht. Gleichwohl findet hier jeweils eine wirksame Prüfung auf eine quartalsübergreifende Behandlung statt, bei Morbus Gaucher durch die diesbezügliche Sonderregel und bei einem insulinpflichtigen Diabetes, da die 183 DDD- Hürde hier regelmäßig funktioniert. Eine solche funktionierende Prüfung sollte aus Gleichbehandlungsgründen auch für die Virushepatitis vorgesehen werden. Solange dies nicht möglich ist, sollte demzufolge keine Differenzierung durchgeführt werden.

- § Die Wirkstoffe Telaprevir und Boceprevir sind wie oben ausgeführt erst seit November 2011 bzw. September 2011 im deutschen Handel, d.h. im Datengerüst, welches das BVA für die Festlegung 2013 verwendet nicht enthalten. Für den Jahresausgleich 2013 werden allerdings die Verordnungsdaten des Jahres 2012 und die Ausgaben des Jahres 2013 herangezogen, d.h. sie werden Verordnungen und Kosten der beiden Wirkstoffe enthalten.

Wie ebenfalls ausgeführt, werden die Therapiekosten für einige bisher standardmäßig behandelte Hepatitis C- Patienten hierdurch drastisch erhöht, ohne dass deren Zahl insgesamt stark wächst („Tripletherapie“, s.o.). Bei der Ermittlung der Gewichte für den Jahresausgleich 2013 wird es daher zum Auftreten erheblicher Kostenausreißer in einer bisher recht homogen behandelten Patientengruppe kommen. Dies wiederum kann zu heftigen, ggf. auch widersprüchlichen Wirkungen auf den Zuschlag führen, was die Vorhersehbarkeit der Ergebnisse des Jahresausgleichs und damit die Planbarkeit des Morbi- RSA für die Kassen erheblich beeinträchtigt.

Es erscheint aus diesem Grund bedenklich, bei einer Patientengruppe, für die erhebliche und statistisch relevante Veränderungen zu erwarten sind, Festlegungen auf einer Datengrundlage zu treffen, die diese Veränderungen noch nicht enthält. Wie die nunmehr vorgenommene Anpassung sich im Jahresausgleich 2013 tatsächlich auswirkt, ist nicht vorhersehbar.

Die BARMER GEK lehnt die Aufteilung der chronischen Virushepatitis in eine Gruppe mit und ohne Dauermedikation daher ab.

11.) Hierarchie 06: Gastrointestinale Erkrankungen

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen ausdrücklich. Die im Ausgangsmodell vorgesehene Hierarchisierung hielt den Berechnungen nicht stand und wurde folgerichtig fallengelassen.

Die Arzneimitteldifferenzierung bei der Abbildung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) konnte die Zielgenauigkeit merklich erhöhen. Die BARMER GEK begrüßt die Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel bei der chronisch entzündlichen Darmerkrankung ausdrücklich. Bei dieser Schweregraddifferenzierung ist auch keines der unter Punkte 10.) angesprochenen Probleme zu befürchten. Wir erlauben uns allerdings einen Hinweis auf eine weitere Verbesserungsmöglichkeit.

Die Behandlung der CED ist primär eine medikamentöse Therapie, die das Ziel verfolgt, die Entzündungsaktivität einzudämmen, die Krankheit in einen inaktiven Zustand zu überführen und damit die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Studien zeigen, dass 69% der GKV-Behandlungskosten auf Arzneimittel entfallen. Dabei entspricht eine immunsuppressive Therapie mit kostenintensiven Biologika gerade bei Patienten mit ungünstigem Verlauf den aktuellen Therapieleitlinien. Besonders jüngere Patienten, bei denen auch die soziale und psychische Situation durch die Erkrankung massiv beeinträchtigt sind, haben schwere Verläufe, die mit diesen Medikamenten behandelt werden sollten.

Die Biologika (besonders Arzneimittel mit ATC Code L04AB) sind vor allem für die hohen Behandlungskosten verantwortlich. Nach Analysen der BARMER GEK entstehen nur für diese AM-Therapie durchschnittliche Jahrestherapiekosten von 20.000 €. Bei den mit den sogenannten Basistherapeutika behandelten Patienten (5-ASA oder Azathioprin) fallen jährliche AM-Therapiekosten von ca. 1.700 – 3.200 € je nach aktueller Krankheitsaktivität an. Wie unter III.) ausgeführt, sollten aus Sicht der BARMER GEK Patienten mit so unterschiedlichen Kosten nicht in dieselbe (arzneimitteldifferenzierte) Zuschlagskategorie fallen.

Entsprechend dem bereits unter Nr. III. allgemein Ausgeführten schlagen wir daher vor zu prüfen, ob die Schweregraddifferenzierung nicht auch allein durch die Arzneimittel der Gruppe L01BB (Purin-Analoga); L04AB (Tumornekrosefaktor alpha(TNF-alpha)-Inhibitoren); L04AD (Calcineurin-Inhibitoren) und L04AX (Andere Immunsuppressiva) ausreichend ist und dadurch die Abbildung der CED im Klassifikationsverfahren noch weiter verbessert.

12.) Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Die Ausführungen des BVA erscheinen sachgerecht.

13.) Hierarchie 09: Kognitive Erkrankungen

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen.

14.) Hierarchie 10: Drogen-/ Alkoholmissbrauch

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen ausdrücklich: Die Manipulationsresistenz wird nach der Aufnahme der aus unserer Sicht ungeeigneten Diagnose Opiatsubstitution durch die vorgeschlagene Anpassung im Rahmen der Möglichkeiten gewahrt. Die Einsortierung des ICD-Kode Z51.83 über eine Arzneimittelvalidierung in die HMG052 ist sinnvoll.

15.) Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen

Die Ausführungen des BVA erscheinen sachgerecht.

Eine weitere Zusammenlegung von HMGs lehnt die Barmer GEK ab. Insbesondere zur Zusammenlegung der HMG 58: Depressionen mit anderen HMG verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 02.09.2011. Eine solche Zusammenlegung würde das Klassifikationsergebnis für Menschen, die an einer Depression und weiteren psychischen Krankheiten leiden, auf jeden Fall verschlechtern. Das Ergebnis der letztjährigen Analysen hat sich auch in diesem Jahr bestätigt.

16.) Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen.

Dennoch halten wir es für kritisch, eine durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommene Erkrankung im ersten Jahr bereits in einer Form abzubilden, die zu einem nicht bewerteten (nicht-signifikanten) Zuschlag führt. Weitere Überprüfungen einer Umgruppierung analog der Tabelle 42 auf S.173 sollten erfolgen. Eigene Berechnungen haben eine Umgruppierung der Ticstörungen (DxG911) in die HMG256 - Andere Entwicklungsstörungen für sinnvoll erscheinen lassen. Wir bitten das BVA daher die Zusammenlegung der HMG257 und HMG256 zu überprüfen.

18.) Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen

Hinsichtlich der Multiplen Sklerose (MS) bestehen weiterhin Bedenken in Bezug auf die für das Arzneimittelkriterium verwendete ATC-Liste.

Die Arzneimittelliste für die neue HMG234 (MS mit Dauermedikation) enthält neben hochpreisigen Wirkstoffen, bei denen die MS das oder zumindest eines der Hauptanwendungsgebiete ist, weitere. Hierbei handelt es sich um bestimmte künstliche Corticosteroide, insbesondere Methylprednisolon und Dexamethason in Kombination. Diese werden in Schubphasen der MS- Behandlung zwar leitliniengerecht eingesetzt, ihr quantitativ weit überwiegendes Hauptanwendungsgebiet liegt jedoch bei sehr viel häufigeren entzündlichen Krankheiten, wie Arthritis, Rheuma, Polyarthritis, Arthrose, Arthritis psoriatica, Vaskulitis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Neurodermitis, Bindehautentzündung sowie in der Langzeittherapie von Asthma und COPD.

Analog zur Vorgehensweise der Modelle 3a bis 3c bei der Überprüfung der Hierarchie Neubildungen (vgl. S.112 der Erläuterung) - Arzneimitteldifferenzierung bei der Abgrenzung der CML – schlagen wir eine stufenweise Prüfung der zur Abgrenzung der MS verwendeten Arzneimittel vor, um eine Vergleichbarkeit der möglichen Abgrenzungen herzustellen. Wie bei der Abgrenzung der CML dient die Arzneimitteldifferenzierung zur Abspaltung einer Gruppe besonders teurer Versicherter, bei nicht Vorliegen der entsprechenden Therapie erhält der Versicherte den Zuschlag ohne Dauermedikation. In Fällen der Arzneimitteldifferenzierung halten wir eine enge Abgrenzung besonders teurer Versicherter für sinnvoll (vgl. allgemeine Ausführungen unter Nr. III.).

Die Ausführungen des BVA zur Abbildung der Epilepsie erscheinen sachgerecht.

Die Einordnung der HMG297, HMG075, HMG298 und HMG258 in einem Hierarchiestrang können wir allerdings inhaltlich nicht nachvollziehen. Zwischen den oben genannten HMG besteht kein Zusammenhang, es bestehen kaum Komorbiditäten. Auf S. 202 der Erläuterung wird dies bereits beschrieben. Daher schlagen wir vor auf die Hierarchisierung der HMG297, HMG075, HMG298 und HMG258 zu verzichten. Das Ergebnis für die Zuschläge ist auch mit Hierarchisierung zwar ein ganz ähnliches, eine Hierarchie erweckt aber den Eindruck eines medizinischen Kontinuums, um das es sich hier nicht handelt.

19.) Hierarchie 16: Herzerkrankungen

Die Ausführungen des BVA zur Bildung der HMG300 erscheinen sachgerecht.

Nicht nachvollziehen können wir aber, dass die HMG089 und HMG091 nicht zusammengelegt worden sind. Beide unterscheiden sich nur um 150 € und in Anbetracht der stark steigenden Menge an HMG und der sehr geringen Folgen für die statistische Performance halten wir eine Fortführung der Trennung für nicht erforderlich.

20.) Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge

Die BARMER GEK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen ausdrücklich.

25.) Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen

Die Ausführungen des BVA erscheinen sachgerecht.

26.) Hierarchie 28: Chronischer Schmerz

Die BARMER GEK begrüßt die Abbildung des chronischen Schmerzes in einer eigenen Hierarchie ausdrücklich. Außerdem unterstützt sie ausdrücklich die Schweregraddifferenzierung nach Arzneimittel-Verordnungen.

Für die Differenzierung schwerer, kostenintensiver Verlaufsformen des chronischen Schmerzes über eine Arzneimitteltherapie sollte die Auswahl der Arzneimittel jedoch enger gefasst (s.o. allgemeine Ausführungen unter Nr. III.) und auf folgende Gruppen eingeschränkt werden:

- N02A - Opioide
- N02B - Andere Analgetika und Antipyretika
- M01A - Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika

Migränemittel sollten nicht zur Schweregraddifferenzierung chronischer Schmerzpatienten herangezogen werden. Die hier führende Gruppe – die Triptane – sind ausschließlich bei der Migräne wirksam. Chronische Schmerzpatienten leiden aber häufig unter einer Mischung verschiedener Kopfschmerzarten – also Spannungskopfschmerzen / Migräne oder einem arzneimittelinduzierten Kopf-

schmerz. Gerade bei den chronischen Schmerzpatienten wird therapeutisch darauf hingewirkt, dass andere Therapieverfahren zur Behandlung von Kopfschmerzen von der Patientin (es sind überwiegend Frauen betroffen) eingesetzt werden. Daher sind Migränemittel zur Schweregraddifferenzierung von chronischen Schmerzzuständen nicht geeignet, weil sie wegen der Gefahr der Entwicklung eines arzneimittelinduzierten Kopfschmerzes bereits abgesetzt wurden.

Die vom BVA vorgeschlagene Arzneimittelgruppe „Adjuvantien“ sollte auch keine Berücksichtigung finden. Es ist darauf hinzuweisen, dass die korrekte Fachbezeichnung dieser im BVA-Vorschlag aufgeführten Arzneimittelgruppe nicht „Adjuvantien“, sondern „Coanalgetika“ lautet. Zu den Adjuvantien zählen Medikamente zur Behandlung von Übelkeit und Obstipation, die als Nebenwirkung der Opioidtherapie auftreten. Als Coanalgetika werden bestimmte Antidepressiva und Antiepileptika besonders zur Behandlung von chronischen Schmerzen mit neuropathischer Komponente eingesetzt.

Die im BVA-Vorschlag aufgenommene Gruppe der „Adjuvantien“ (bzw. korrekter Coanalgetika) führt nicht zur gezielteren Identifikation von chronischen Schmerzpatienten, denn nur sehr wenige dieser Medikamente haben auch die Zulassung zum Einsatz in der Schmerztherapie. Die breite Auswahl der Arzneimittelgruppen führt daher nicht zur gezielteren Identifikation von schweren, kostenintensiven Verlaufsformen von chronischen Schmerzpatienten.

Als Beispiel hierfür kann die Gruppe N06AA - Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer angeführt werden. Von den 25 hier aufgelisteten Medikamenten der Gruppe N06AA haben nur 4 (Amitriptylin, Clomipramin, Imipramin, Trimipramin) auch eine entsprechende Zulassung für die Schmerztherapie. Der häufig eingesetzte Wirkstoff Doxepin aus dieser Substanzgruppe kann nur als off label use eingesetzt werden, denn er hat keine spezifische Schmerztherapiezulassung. Aus der Gruppe der Antidepressiva vom SSNRI-Typ (Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) ist lediglich Duloxitin zur Behandlung von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie bei Erwachsenen zugelassen. Auch Mirtazapin (N06AX) kann nur im off label use eingesetzt werden. Ebenso verhält es sich mit der Gruppe der Antiepileptika. Von den hier aufgeführten drei Arzneimittelgruppen – N03AB (7 Wirkstoffe), N03AF (4 Wirkstoffe), N03AX (16 Wirkstoffe) haben nur zwei die Zulassung zur Behandlung chronischer Schmerzen. Hierbei handelt es sich um Gabapentin und Pregabalin. Das sehr bekannte Carbamazepin ist zur Behandlung von chronischen Schmerzen nicht zugelassen.

Zu IV.) Änderungen des Berechnungsverfahrens

27.) Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

Hinsichtlich dieses Elements des Festlegungsentwurfs verweisen wir zur Vermeidung von Wiederholungen auf das gemeinsame Schreiben unseres Vorstandsvorsitzenden mit anderen Ersatzkassen, dem BKK- und IKK- Bundesverband vom 08.08.2012.

28.) Krankengeld

Die BARMER GEK begrüßt, dass der BKK- BV das Thema Krankengeld mit seinem Hintergrundpapier vom 04.04.2012 erneut und in systematischer Weise aufgegriffen hat. Sie ist ebenso wie der BKK- BV der Auffassung, dass die Zielgenauigkeit beim Krankengeld insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung der kassenindividuellen Krankengeldhöhe dringend erhöht werden muss, um Anreize zur Risikoselektion abzubauen. Allerdings erscheint das vorgeschlagene zusätzliche Teilelement "Begrenzung der Deckungsquoten" noch nicht genügend ausgereift und berücksichtigt die Steuerungsfähigkeit beim Krankengeld nicht in ausreichendem Maße. Hier würde sich die BARMER GEK beizeiten mit eigenen Alternativen an der Diskussion beteiligen.

29.) Auslandsversicherte

Die Ausführungen des BVA können nicht überzeugen.

Das Amt verweist in seiner Antwort auf unseren Vorschlag auf § 31, Absatz 5 Satz 1 RSAV. Hiernach sind „Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, (...) gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln.“

Dies ist gerade keine abschließende Regelung des Berechnungsverfahrens. Das Wort „anhand“ ist ein Synonym für „mithilfe“ (vgl. duden.de vom 21.08.2012, 10.45 Uhr). Die Position des BVA, die Zuweisungen für Versicherte im Ausland müssten dem Zuweisungs- Durchschnittsbetrag für Inländer genau entsprechen, würde voraussetzen, dass die RSAV statt „anhand“ die Worte „in Höhe der“ enthält. Wieso man dem Verordnungsgeber der RSAV nicht zutrauen darf, dass er „in Höhe der“ geschrieben hätte, wenn er dies gemeint hätte, ist unverständlich.

Aus Sicht der BARMER GEK ist die RSAV- Vorschrift als Hinweis zu verstehen, dass für die Versicherten im Ausland alters- und geschlechtsspezifische Zuschläge zu ermitteln sind, die sich an der Struktur der Zuschläge für die Inländer orientieren. Das ist auch sachgerecht, denn wie sonst sollten Alters- und Geschlechtsunterschiede für diese Gruppe abgebildet werden? Von einer Identität ist keine Rede.

Aus unserer Sicht spricht daher nichts gegen eine Umsetzung des Sofortvorschlags des wissenschaftlichen Beirats, die Zuweisungen für Auslandsversicherte wie die RSAV vorgibt, „anhand“ der Durchschnittszuweisungen für Inländer zu ermitteln und dann in ihrem Gesamtvolumen auf die Summe der Kontenarten 480 und 483 im Jahr 2013 zu begrenzen. Hierfür würden dann die Zuweisungsbeträge linear angepasst, was der RSAV wie ausgeführt gerade nicht widerspricht. Bekanntlich hat der Beirat

eine Lösung der Angelegenheit für zumindest so dringlich gehalten, dass er diesen „ersten Schritt“ ausdrücklich vorgeschlagen hat.

Zum Abschluss erlauben wir uns noch den Hinweis, dass sich dieser Punkt nicht wie von einigen Seiten behauptet durch Zeitablauf erledigt hat. Zwar ist die Summe der Buchungen auf den genannten Kontenarten bereits in der Jahresrechnung 2011 auf ein Niveau gestiegen, das an die Summe der Zuweisungen für Versicherte im Ausland heranreicht und diese Entwicklung läuft bei einigen Kassenarten in 2012 weiter. Dies ist aber bekanntlich ein bloß zeitweiser Effekt: Die Abrechnungsfrist für Ansprüche aus dem zwischenstaatlichen Recht lag selbst innerhalb der EU bis 2009 bei vier und mehr Jahren. Die Abrechnungsfrist wurde mit der Umsetzung der EU- Richtlinien 883/04 und 987/09 im Mai 2010 auf maximal 18 Monate vereinheitlicht. Darüber hinaus waren die Kosten ab 2010 vollständig buchhalterisch zeitlich abzugrenzen, d.h. für alle voraussichtlichen Abrechnungen, die sich noch auf das aktuelle Jahr beziehen, Verpflichtungen einzustellen.

Im Ergebnis wurden in den Jahren 2010 und 2011 nicht mehr in erster Linie Leistungsfälle aus den Jahren 2006 und 2007 abgewickelt, sondern aus den Jahren 2006 bis 2010 einschließlich aller voraussichtlichen nachlaufenden Abrechnungen. Dass hierdurch das Ausgabenvolumen „explodiert“ ist nachvollziehbar. Genauso nachvollziehbar ist aber, dass diese Aufholjagd vor 2013 abgeschlossen sein wird. Es ist für 2013 von einem Volumen von 450 bis 500 Mio. auf den Kontenarten 480 und 483 auszugehen.

Dauerhaft sollte in der Sache – wie vom Beirat ebenfalls gefordert – weitere Transparenz geschaffen werden, z.B. durch Einrichtung eigener Buchungsstellen für Pauschalzahlungen oder Zahlungen nach tatsächlichem Aufwand und für „Residenten“ (d.h. dauerhaft im Ausland wohnende Versicherte) und Touristenfälle. Der Befund des Beirates ist aber bereits in der Evaluation 2009 deutlich und wie ausgeführt auch für 2013 gültig. Das Desinteresse des BVA an dieser Stelle tätig zu werden steht in erheblichem Gegensatz zum an den Tag gelegten Aktionismus hinsichtlich des Themas „Behandlung von Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden“. Das Argument, dass für eine Umsetzung des Beiratsvorschlags eine RSAV- Änderung notwendig ist, trägt nach dem Ausgeführten ersichtlich nicht.

30.) Verwaltungskosten

Die BARMER GEK hält weiterhin auch eine Überprüfung der Bestimmung der Zuweisungen für Verwaltungskosten für erforderlich. Hierzu mögen BVA und Beirat zwar eine andere Meinung haben, gleichwohl ist eine neuerliche Festlegung durch Rechtsverordnung nach dem Wortlaut von § 37 Abs. 2 Satz 2 RSAV erforderlich und bereits seit mehreren Jahren überfällig. Ein plausibler Grund für diese Unterlassung ist nicht erkennbar.

31.) Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Die BARMER GEK hält die Entscheidung des BVA, eine Neuabgrenzung der nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben erst bei der Festlegung 2014 zu prüfen, grundsätzlich für nachvollziehbar. Wir erlauben uns allerdings zwei Hinweise zu den Ausführungen auf S. 273f.:

Die Begriffe „nicht morbiditätsbezogene Ausgaben“ und „nicht versichertenbezogen erfasste Ausgaben“ sind nicht identisch. Wie bereits unseren umfassenden Ausführungen im Anhörungsverfahren 2010 zu entnehmen war, gibt es eine Vielzahl von Leistungsausgaben, die nicht versichertenbezogen erfasst werden, deren Ermittlung aber an eindeutig morbiditätsbezogenen Variablen hängt. Hierdurch entstehen nicht versichertenbezogen erfasste Kosten mit Morbiditätsbezug. Ein Beispiel sind Regelungen zum Sprechstundenbedarf, welche die Zahllast der jeweiligen Krankenkasse an deren Fallzahl o.ä. Variablen bemisst. Genauso ist eine versichertenbezogene Erfassung nicht morbiditätsbezogener Beträge zumindest möglich, womit das bisherige Verfahren des BVA den Morbiditätsbezug zu stark verringern würde.

Bei einer Prüfung dieses Punktes wird es zu einer umfassenden qualitativen Prüfung, wie welche Ausgabenarten abgerechnet werden (mit oder ohne Morbiditätsbezug) und wie ihre Erfassung erfolgt (mit oder ohne Versichertenbezug) keine Alternative geben. Auch die Vollständigkeit der Erfassung der versichertenbezogenen Kosten kann durchaus noch unterschiedlich sein. Zur Aufklärung dieses sachlich weiten Feldes ist aus Sicht der BARMER GEK eine vorherige Abfrage des BVA bei den Kassenorganisationen zielführend. Das bei der Festlegung 2012 verwendete statistische Verfahren kann zwar brauchbare Hinweise geben. In der Natur der Sache liegend ist die Anzahl der statistisch auswertbaren Beobachtungen aber immer auf die Anzahl der Kassen beschränkt. Das wird sich auch durch die Vollerhebung nicht ändern. Zumindest größtenteils nicht versichertenbezogen erfasste Ausgaben können definitionsgemäß nicht versichertenbezogen auf ihren Morbiditätsbezug überprüft werden.

32.) Geänderte Berücksichtigung von DMP- Ausgaben im Regressionsverfahren

Aus Aufwandsgesichtspunkten hält die BARMER GEK den vom BVA dargestellten Lösungsvorschlag für geeigneter als den Ursprungsvorschlag des BKK-BV.

33.) Kostenerstatter

Die BARMER GEK begrüßt die Absicht des BVA, die Differenzierung der Kostenerstattergruppen nach Alter und Geschlecht nach Eingang der Vollerhebung erneut zu überprüfen. Die im August gelieferte Vollerhebung der Daten 2011 sollte möglichst kurzfristig für eine Überprüfung der Differenzierung genutzt werden, um eine Grundlage zu schaffen, auf der im Einvernehmen mit dem GKV-SV im nächsten Anhörungsverfahren eine Einigung erzielt werden kann.

34.) Weitere Vorschläge

Zunächst erlauben wir uns den Hinweis, dass die BARMER GEK weiter die Einführung eines Hochrisikopools fordert und diesen auch weiterhin als gute Alternative zum nunmehr vorgeschlagenen Um-

gang mit unvollständigen Versichertenepisoden ansieht. Die BARMER GEK äußert diesen Vorschlag auch bereits seit dem Anhörungsverfahren für das Klassifikationsverfahren 2010 im Jahr 2009. Die Ausführung im Schreiben des Präsidenten des BVA vom 17.08.2012, dieser Vorschlag würde „aus dem Hut gezaubert“ geht insofern fehl. Der Vorschlag liegt vielmehr seit geraumer Zeit auf dem Tisch.

Weiterhin wurde der Vorschlag der BARMER GEK zur genaueren Beschreibung und Darstellung der Voraussetzungen, unter denen ein Fall als „teilstationäre Dialyse“ gebucht werden kann, nicht aufgegriffen. Wir werden diese Angelegenheit in den Bestimmungskreis tragen.

Nicht nachvollziehen können wir allerdings, warum unser Vorschlag nach einer Veränderung der Aufgreifkriterien bei teilstationärer Behandlung nicht beachtet wurde. Dieser Vorschlag geht aus unserer Sicht weit über das hinaus, was in der Bestimmung geregelt werden kann und bleibt daher aus unserer Sicht der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV vorbehalten.

Wie im Vorschlagsverfahren ausgeführt, handelt es sich bei der Entscheidung, teilstationäre Behandlungsketten nicht quartalsweise oder auch nur jährlich zu beenden, einen neuen Fall anzulegen und damit für den Morbi- RSA nutzbare Entlassmeldungen zu erzeugen, um eine Entscheidung des Krankenhauses. Wegen der dem zugrundeliegenden Vorschriften verweisen wir auf unsere Ausführungen im Vorschlagsverfahren.

Selbstverständlich können Krankenkassen auf diese Entscheidung – die ja auf die eigenen Einnahmen Rückwirkung hat – Einfluss nehmen. Sie setzen sich damit aber der Gefahr aus, dass diese Einflussnahme, wenn sie dem BVA bekannt wird, als unzulässig gewertet wird. Sie kann außerdem zu einem nicht sachgerechten medialen Echo führen, dass dem Ansehen der GKV und des Morbi- RSA schadet.

Einer Änderung der Aufgreifkriterien – die das Problem an der Wurzel packen und lösen würde - stände daher eine Aussage des BVA gleich, wie es eine Einflussnahme in der beschriebenen Art durch Krankenkassen bewertet. Zumindest diese Aussage erwarten wir für das Festlegungsverfahren.