

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich (RSA)

Hier:

Anhörung des Bundesversicherungsamtes zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren gemäß § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2018

0. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Prüfungen im Bereich der Hierarchien 04 (Metabolische Erkrankungen) und 08 (Hämatologische Erkrankungen) sowie die damit verbundenen Bemühungen zur Verbesserung der Kostenhomogenität durch Berücksichtigung von Elosulfase Alfa und Eculizumab durch das Bundesversicherungsamt.

A. Anmerkungen zum Aussetzen der Krankheitsauswahl

Für das Ausgleichsjahr 2018 wurde die Krankheitsauswahl ausgesetzt, um den mit der Erstellung des Sondergutachtens zum RSA beauftragten wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt zu entlasten. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die umfassende Überprüfung des RSA durch die Gutachter und tragen die Aussetzung des Verfahrens daher grundsätzlich mit. Allerdings wurde die Krankheitsauswahl des Ausgleichsjahres 2017 schlicht eingefroren. Man hätte sich auch vorstellen können, zumindest die Änderungen, die sich aufgrund von Verschiebungen bei Prävalenzen und Kosten sowie der ICD-Klassifikation etc. ergeben, zu berücksichtigen. Dass dies für das Ausgleichsjahr 2018 nicht erfolgt ist, erscheint vertretbar. In Hinsicht auf die bereits angekündigte Aussetzung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2019 wäre eine technische Prüfung der Krankheitsauswahl dagegen wünschenswert, um die dann über zwei Jahre kumulierten Verschiebungen zu berücksichtigen.

Zur Verdeutlichung sei auf das Beispiel der Berücksichtigung der Adipositas im RSA verwiesen. Seit dem Jahr der Berücksichtigung waren von Jahr zu Jahr bemerkenswerte Fallzahlsteigerungen zu beobachten. Diese gingen mit sinkenden Ausgaben einher, sodass Adipositas schließlich wieder aus den im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten herausfiel. Mit Blick auf die Anreize zur Fallzahlsteigerung entfaltet die Krankheitsauswahl im RSA somit „Selbstheilungskräfte“ auf die nicht zu lange verzichtet werden sollte.

B. Anmerkung zum Aussetzen des Vorschlagsverfahrens zum Versichertenklassifikationsmodell

Wie die Krankheitsauswahl wurde auch das Vorschlagsverfahren zum Versichertenklassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2018 ausgesetzt. Auch dies tragen die Betriebskrankenkassen vor dem Hintergrund der laufenden umfassenden RSA-Evaluation mit. Allerdings wäre es aus Sicht des BKK Systems auch hier wünschenswert, das Verfahren im nächsten Jahr (Ausgleichsjahr 2019) wieder zu öffnen, um auf aktuelle Entwicklungen bei Prävalenzen und Kosten reagieren zu können.

Für den Fall einer Öffnung des Vorschlagsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2019 verweisen wir in Bezug auf die Organisation und Durchführung des Vorschlagsverfahrens auf unsere Stellungnahme zum Versichertenklassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2017 (Umgang mit der Vorschlagsliste etc.). Ebenso bitten wir, im Fall umfassenderer Analysen und Festlegungen, unsere Vorschläge zur Vereinheitlichung der Methodik von Stichprobe und Vollerhebung, wie sie teilweise auch Eingang in die Stellungnahme des GKV Spitzenverbandes zum Versichertenklassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2017 gefunden haben, zu berücksichtigen.

C. Vorschläge zur Erweiterung der Diagnosevalidierung

Der inzwischen auch von externen Experten festgestellte überproportionale Anstieg der kodierten Morbidität in RSA-relevanten Bereichen weist auf problematische Anreizstrukturen und auf strategisches Verhalten von Krankenkassen hin. Fehlzusweisungen und Wettbewerbsverzerrungen sind mögliche Folgen. Um negative Auswirkungen zu begrenzen, sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen Überprüfungen und Anpassungen des RSA-Verfahrens auf verschiedenen Ebenen erforderlich.

Im Bereich des Versichertenklassifikationsmodells sollte der beschriebenen Problematik mit Blick auf die ambulanten Diagnosen durch einen Ausbau der Diagnosevalidierung durch Arzneimittelverordnungen entgegengewirkt werden. Ansatzpunkte besonderer Relevanz (aufgrund unspezifischer Abgrenzung und hoher Fallzahlsteigerungen) bestehen aus Sicht der Betriebskrankenkassen bei folgenden HMG:

1. HMG252/253 Chronischer Schmerz ohne/mit Dauermedikation
2. HMG092 Näher bezeichnete Arrhythmien
3. HMG019 Diabetes ohne Komplikationen
4. HMG103 Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen
5. HMG115 Atherosklerose der Extremitätengefäße

Im Bereich der HMG252/253 schlagen die Betriebskrankenkassen eine umfassende obligate Arzneimittelvalidierung, d.h. die Streichung der HMG252 bzw. ihre Vereinigung mit der HMG253 unter Beibehaltung der dort vorgesehenen Arzneimittelvalidierung vor und bitten das BVA um Prüfung.

Die anderen, unter Punkt zwei bis vier, genannten HMG sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen ähnlich problematisch. Auch in diesen Fällen könnte durch eine Arzneimittelvalidierung eine Verbesserung der Klassifikation, eine validere Messung der Morbidität und damit letztlich eine zielgenauere Mittelzuweisung erreicht werden. Die Betriebskrankenkassen bitten daher Ansätze für eine Diagnosevalidierung der genannten HMG zu prüfen.

D: Anmerkungen zur Anpassung der Hierarchien und redaktionelle Anmerkungen

1. Hierarchieverletzungen Hierarchie 05 und Hierarchie 20

Das BVA stellt im Bereich der Hierarchien 05 und 20 Hierarchieverletzungen fest. Allerdings werden die entsprechenden HMG bei der Berechnung der Fallzahlen und Kostenschätzer nicht zusammengelegt. Dies mindert die Aussagekraft der Tabelle. Eine Neuberechnung sollte ergänzt werden.

2. Punkt 1.3.2.4.2 der Festlegung bzw. Excel-Anlage 2 Punkt 2

In der Festlegung ist eine Reduzierung der BT um 8 BT vorgesehen. In der Excel-Anlage fehlt jeder Hinweis auf eine Reduzierung.

3. DxG-ATC-Zuordnung

Bei der DxG924 (HMG290) fehlt im Klassifikationsmodell 2018 der ATC-Code L04AB.

4. Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Erläuterung zum Festlegungsentwurf (S. 6): „Es findet sich eine Hierarchieverletzung zwischen HMG026 „Leberzirrhose“ und HMG029 „Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung“. Die korrekte Bezeichnung für HMG029 lautet: „Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma“.

5. Sonderregeln 1.3.3.1 und 1.3.3.2 (Excel-Anlage 2)

In der Beschreibung der Sonderregeln 1.3.3.1 und 1.3.3.2 in der Excel-Anlage 2 wird um 10 Behandlungstage reduziert. Laut Festlegungsentwurf gelten aber weiterhin 8 BT.

2	Chronisches Krankheitsgeschehen	Mind. 183 Behandlungstage Hier fehlt der Hinweis auf die Reduzierung der BT bei stationär.
1331	siehe Festlegung 1.3.3.1.	<p>Sonderfall I - Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage (Dauermedikation) (DXGs 96, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 211, 218, 225, 237, 240, 457, 813, 814, 836, 840, 846, 847, 848, 907, 917, 920, 922, 923, 924)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Diagnosequellen werden berücksichtigt. • Mindestens eine Diagnose und eine Verordnung eines zugeordneten Arzneimittels müssen im selben Quartal erfolgen. • Für Alter > 11 müssen mindestens 183 Behandlungstage (oder 173 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose) an zugeordneten Arzneimitteln erreicht werden. • Für Alter < 12 müssen mindestens 92 Behandlungstage (oder 82 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose) an zugeordneten Arzneimitteln erreicht werden.
1332	siehe Festlegung 1.3.3.2.	<p>Sonderfall II - Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage (Bedarfsmedikation) (DXGs 112, 113, 116, 120, 131, 132, 133, 134, 136, 141, 226, 227, 238, 243)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Diagnosequellen werden berücksichtigt. • Mindestens eine Diagnose und eine Verordnung eines zugeordneten Arzneimittels müssen im selben Quartal erfolgen. • Für Alter > 11 müssen mindestens 42 Behandlungstage (oder 32 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose) an zugeordneten Arzneimitteln erreicht werden. • Für Alter < 12 müssen mindestens 21 Behandlungstage (oder 11 Behandlungstage bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose) an zugeordneten Arzneimitteln erreicht werden.

rot: Kommentar/Hinweis

Für weitere Informationen:

Dr. Wolfgang König, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 701

Dr. Andreas Binder, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 706

Jens Abrill, BKK Landesverband Mitte, Tel. 0511 - 3 48 44 226