

Berlin, den 28.03.2013

## **0. Übersicht der Vorschläge zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Morbi-RSA für das Jahr 2014**

**Grundlage für die Vorschläge zur Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells im Morbi-RSA für das Jahr 2014 bildet die Festlegung der für 2014 gültigen Krankheiten nach § 31 RSAV. In diesem Zusammenhang möchten wir vorschlagen, dass das BVA eine längere Bearbeitungszeit für das Vorschlagsverfahren ermöglicht. Für die Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells sehen besonders wir in folgenden Bereichen Anpassungsbedarfe:**

- **Verbesserung der Güte des Versichertenklassifikationsmodells durch erweiterte Schweregraddifferenzierung und Abgrenzung von HMGs durch Arzneimittelverordnungen sowie Anpassung der Hierarchie Psychische Erkrankungen.**
- **Beseitigung des Berechnungsfehlers aufgrund der Sonderregelung bez. der Leistungsausgaben von Verstorbenen im Regressionsverfahren.**

## **1. Vorschläge zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Morbi-RSA für das Jahr 2014**

### **1.1 Anpassungen aufgrund der Krankheitsauswahl 2014**

Die Krankheitsauswahl für das Jahr 2014 sieht die Neuaufnahme der Erkrankung „Luxation des Hüftgelenks“ vor. Wir schlagen vor, die Zuordnung der neu aufgenommenen ICD-Kodes zu zwei HMGs zu prüfen, wobei die Differenzierung der Hüftluxationen zwischen angeborenen und traumatischen Hüftgelenksluxationen aufgrund der Trennung der Kapitel S- und Q-ICD-Kodes erfolgen soll. Die beiden HMGs für Hüftluxation sind als eigenständiger Hierarchiestrang in die Hierarchie 23 „Verletzungen“ einzuordnen. Eine altersbezogene Differenzierung halten wir nicht für sinnvoll, da es kein trennscharfes Alter gibt, ab dem nur noch traumatische Hüftluxationen auftreten und unterhalb dessen nur angeborene Hüftluxationen vorkommen. Alternativ können die ICD-Kodes der Hüftluxation auch in einer gemeinsamen HMG im Klassifikationsmodell abgebildet werden. In beiden Fällen halten wir es nicht für erforderlich, das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ festzulegen.

### **1.2 Verbesserung der Güte des Versichertenklassifikationsmodells**

#### **1.2.1 Arzneimittelbasierte Differenzierung der HMGs**

Der Wissenschaftliche Beirat und das BVA haben in den vorangegangenen Anpassungen des Klassifikationsmodells exemplarisch untersucht, ob Schweregraddifferenzierungen über Arzneimittelverordnungen zur Verbesserung der Modellgüte beitragen. Der für das Klassifikationsmodell 2012 untersuchte Vorschlag des GKV-SV und des AOK-BV hinsichtlich einer Bildung von separaten Arzneimittelzuschlägen bei den rheumatischen Erkrankungen hat zu einer merklichen Verbesserung der Modellgüte geführt. Dennoch wurde der Vorschlag nicht umgesetzt. Die vom BVA vorgetragenen Bedenken hinsichtlich eines Anreizes zur Leistungsausweitung sowie einer Annäherung an einen IST-Kosten-Ausgleich können wir nicht erkennen (vgl. BVA-Erläuterungen zur Festlegung 2012, 30.09.2011).

Berlin, den 28.03.2013

Ein Anreiz der Leistungsausweitung aufgrund von Schwergraddifferenzierung über Arzneimittel, die es aufgrund der Unterscheidung von Erkrankungen mit und ohne Dauermedikation bereits gibt, kann auf Basis empirischer Analysen bislang nicht erkannt werden. Auch aus dem niederländischen RSA-Verfahren, welches separate Arzneimittelzuschläge verwendet, ist bislang nicht bekannt, dass diese zu einer Übermedikalisierung führen. Ebenfalls ist die Kritik eines IST-Kosten-Ausgleichs aus den uns vorliegenden Daten nicht erkennbar, die Berücksichtigung von separaten Arzneimittelzuschlägen reduziert das Problem einer Unterdeckung, jedoch hebt es dieses nicht vollständig auf. Wir möchten auch darauf hinweisen, dass im Morbi-RSA keine IST-Kosten sondern nur prospektive Kosten - hier speziell dann der Arzneimittelversorgung - betrachtet bzw. ausgeglichen werden.

Vor diesem Hintergrund sollen folgende Vorschläge, die bisher noch nicht weiter bzw. nicht in der vorgeschlagenen Variante analysiert wurden, für die Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells 2014 geprüft werden (vgl. unsere Stellungnahme vom 05.04.2012 sowie 27.08.2012):

Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“:

Die mit dem Klassifikationsmodell 2013 angeführt HMG290 soll entsprechend des ursprünglichen Vorschlags weiter differenziert werden, wobei die neue HMG290a die HMG290 in der Hierarchiebeziehung dominiert. Folgende Arzneimittel (Aufgreifkriterien: klinisch relevant, DDD 183) sollen für diese Schweregraddifferenzierung herangezogen werden:

- HMG290: M2Q-Prüfung und Arzneimittelbestätigung über ATC-Kodes A07E und H02
- HMG290a: M2Q-Prüfung und Arzneimittelbestätigung über ATC-Kodes L04AB, L01BB und L04A

Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“:

Einführung einer Arzneimittelschweregraddifferenzierung im Sinne der Abgrenzung einer zusätzlichen HMG anhand der dokumentierten Diamorphintherapie (N02AA09 sowie Sonderkennzeichen-PZN 2567656) oder der kodierten Substitutionsbehandlung (ICD-10 Z51.83), die die bestehende HMG 51 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ dominiert.

HMG 217 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)“:

Eine Schweregraddifferenzierung über die Arzneimittel Tobramycin, Colistin und Dornase alpha im Sinne einer zusätzlichen, nicht hierarchisierten HMG wird weiterhin für sinnvoll erachtet. Die Hinweise des BVA im Rahmen seiner Erläuterungen vom 5.8.2011 sollen für die Anpassung berücksichtigt werden und die Arzneimittelvalidierung über 183 DDD, klinisch relevant, erfolgen. Das Problem des bestehenden Alterssplits kann dadurch aufgelöst werden, dass die neue HMG additiv zu den altersdifferenzierten HMGs vergeben wird. Die vom BVA vermuteten Anreizwirkungen sollen für ein konkret ausgestaltetes Modell untersucht werden. Nach Analysen des AOK-BV stehen die medikamentösen Therapiekosten nicht in einem Missverhältnis zum erwarteten, zusätzlich ausgelösten Arzneimittelzuschlag (vgl. hierzu die BVA-Erläuterungen vom 5.8.2011 sowie unser Schreiben vom 1.4.2011). Daher soll dieser Vorschlag unter Berücksichtigung der aktuell verfügbaren Daten auch für das 2013 angepasste Klassifikationsmodell erneut untersucht werden.

Berlin, den 28.03.2013

### 1.2.2 Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Die Differenzierung der der HMG056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ und HMG058 „Depression“ ist grundsätzlich sachgerecht. Allerdings möchten wir anregen, die diagnostische Zusammensetzung anzupassen.

Neben Depressionen können wahnhaftige Störungen auftreten, die einen gleichzeitig erfolgenden Zuschlag der DxG265 (Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn) und DxG267 (Reaktive und andere / nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose / akute vorübergehende psychotische Störung) rechtfertigen, da die Depression durch die wahnhaften Psychosen relevant verschlimmert wird.

Ein gleichzeitiger Zuschlag für sonstige bipolare Störungen und Depression ist hingegen nicht sachgerecht. Eine Verschiebung der sonstigen bipolaren Störungen (F31.8 „Sonstige bipolare affektive Störungen“ und F31.9 „Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet“) in die HMG058 ist sachgerecht, erfordert jedoch die gleichzeitige Verschiebung der manischen Episoden (F30.8 „Sonstige manische Episoden“ und F30.9 „Manische Episode, nicht näher bezeichnet“), da diese nicht zu einem parallelen Zuschlag mit den bipolaren Störungen führen dürfen. Es wird daher vorgeschlagen, die DxG843 (Sonstige manische und bipolare affektive Störungen) in die HMG058 zu verschieben und diese in „Depression und nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ umzubenennen.

## **2. Beseitigung des Berechnungsfehlers aufgrund der Sonderregelung bez. der Leistungsausgaben von Verstorbenen im Regressionsverfahren**

Mit dem Entwurf zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 hat das BVA im Einvernehmen mit dem Wissenschaftlichen Beirat festgestellt, dass die Behebung des Berechnungsfehlers „angesichts der sich verdichtenden Faktenlage sachlich und rechtlich geboten“ ist und einen konkreten Vorschlag zur Ausgestaltung unterbreitet, so dass die Sonderregelung bez. der Leistungsausgaben von Verstorbenen entfällt (vgl. Entwurf zur Festlegung vom 27.07.2012). Dennoch wurde in der Festlegung die Behebung des Berechnungsfehlers nicht umgesetzt (vgl. Festlegung vom 28.09.2012). Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat haben wiederholt empirisch dargelegt, dass ein Fehler im Berechnungsverfahren existiert, der zu Risikoselektionsanreizen führt. Es kann nicht nachvollzogen werden, warum trotz eindeutiger Fakten und den erheblichen rechtlichen Problemen der Unterlassung einer Korrektur, eine Änderung des Berechnungsverfahrens nicht erfolgt. Wir fordern daher erneut das BVA auf, den Berechnungsfehler für das Klassifikationsmodell zu beseitigen und die Leistungsausgaben Verstorbener im Rahmen des Regressionsverfahrens ebenfalls zu annualisieren oder die Berechnung wie vorgeschlagen auf Pro-Tag-Werte umzustellen, wobei auf eine Annualisierung gänzlich verzichtet werden kann. Die Nicht-Behebung des Berechnungsfehlers birgt erhebliche Unsicherheiten in Bezug auf den Bestand der in der Festlegung getroffenen Verfahrensregeln. Wir möchten hierzu auf unsere umfänglichen Stellungnahmen verweisen (vgl. Stellungnahmen vom 06.04.2009, 12.04.2010, 27.08.2010, 31.03.2011, 02.09.2011 05.04.2012 sowie 27.08.2012).

Berlin, den 28.03.2013

### **3. Berücksichtigung von sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben:**

Eine Differenzierung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben muss ab dem Klassifikationsmodell 2014 unterbleiben. Die gesonderte Berücksichtigung von sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ist mit den Vorgaben des SGB V sowie der RSAV nicht vereinbar. Eine Differenzierung der Leistungsausgaben in solche mit und ohne Morbiditätsbezug ergibt sich aus den gesetzlichen Vorgaben nicht. Auch ist in § 31 Abs. 4 RSAV keine Möglichkeit eröffnet, dass das BVA eine solche Trennung festlegen kann. Unabhängigkeit von einer empirischen Überprüfung sind die bislang als sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben bezeichneten Leistungsausgaben wie alle anderen Leistungsausgaben auch gem. den Vorgaben des Morbi-RSA für die Berechnung der Zuweisungen zu berücksichtigen. Es existiert keine gesetzliche oder untergesetzliche Regelung, wonach die sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben als "Pro-Kopf-Zuweisungen" zugewiesen werden sollen, wie dies seit 2010 geschieht. Hätte der Verordnungsgeber diese Absicht gehabt, hätte er die Zuweisungen für diese Leistungsausgaben analog den Zuweisungen für Pandemie oder ebenso gesondert wie Zuweisungen für DMP-Programmkosten geregelt.

Soweit eine empirische Analyse hierzu durchgeführt werden soll, sind die gleichen Kriterien zu berücksichtigen, die Bereits für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2012 untersucht wurden. Wir verweisen für die Überprüfung auf unsere vorgetragenen Vorschläge (vgl. unsere Schreiben vom zuletzt 02.09.2011 und 27.08.2012). Wir möchten aber betonen, dass auch die Berücksichtigung dieser Vorschläge im Widerspruch zu den Vorgaben des § 266 SGB V i. V. m. § 4 RSAV stehen, die eine Unterscheidung in morbiditätsbezogene und sog. nicht morbiditätsbezogene Ausgaben nicht vorsehen (vgl. unsere Stellungnahme vom 27.08.2012). Insofern kann eine ggf. aufwendige empirische Untersuchung auch kein anderes Ergebnis erzielen, als dass die bestehende Differenzierung nicht mit den gesetzlichen Vorgaben in Einklang steht. Sie ist daher abzuschaffen. Wir bitten das BVA auch um eine rechtliche Bewertung des Sachverhalts.

### **4. Zuweisungen für Krankengeld:**

Die rechtlichen Vorgaben enthalten eine eindeutige Regelung zur Krankengeldzuweisungssystematik. Eine Deckelung der Krankengeldzuweisungen bzw. die Einbeziehung einer Grundlohnkomponente, analog der Vorschlags aus dem BKK-BV lehnen wir ab (vgl. unserer Stellungnahme vom 27.08.2012), da eine solche Ausgestaltung den Anreiz zum Krankengeldfallmanagement unterbindet und keinen Bezug zur Erkrankung des Versicherten herstellt. Der Wissenschaftliche Beirat kommt nach seinen umfangreichen Analysen zu dem Ergebnis, dass das bestehende Verfahren für die Bemessung der Krankengeldzuweisungen weitergeführt werden kann, da bessere Verfahren nicht bekannt sind (vgl. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich). Der AOK-Bundesverband unterstützt diese Position, da einseitige Anpassungen – wie z.B. eine Ausgestaltung über die Grundlohnkomponente ohne Berücksichtigung der Morbidität oder die Deckelung der Zuweisungen – Anreize zur Risikoselektion setzt.

Berlin, den 28.03.2013

## **5. Zuweisungen für Verwaltungsausgaben:**

§ 37 RSAV legt den Verteilungsschlüssel für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben fest. Auf Grundlage der Ergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 führt eine Ausweitung des Schlüssels hinsichtlich einer höheren Morbiditätsgewichtung zu einem zielgenaueren Verfahren. In Anlehnung an die Ergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats schlagen wir eine Ausweitung des Schlüssels über die Morbidität des Versicherten von 80% statt bisher 50% vor. Eine Reduktion der Morbiditätsgewichtung, analog des Vorschlags des BKK-BV ist nicht sachgerecht (vgl. unsere Stellungnahme vom 27.08.2012).

## **6. Zuweisungen für Kostenerstattungsversicherte:**

§ 31 Abs. 5 RSAV sieht vor, dass bei Kostenerstattungsversichertengruppen (KEG), die Risikogruppen nach § 29 Nr. 1 RSAV durch genau eine Risikogruppe ersetzt werden. Im Versichertenklassifikationsmodell werden bereits zwei KEG-Gruppen unterschieden, wobei diese anhand der in § 30 Abs. 1 Nr. 9 RSAV genannten formalen Differenzierung in KEG nach § 13 SGB V und solche nach § 53 SGB V erfolgt. In der Vergangenheit wurde seitens des BVA und Wissenschaftlichen Beirats untersucht, ob bei KEG eine weitere Altersdifferenzierung sinnvoll ist und angekündigt, die Betrachtungen hierzu unter Bedingungen der Vollerhebung der Leistungsausgaben der Versicherten zu aktualisieren. Einer Altersdifferenzierung bei KEG wird unsererseits abgelehnt. Auch wenn eine empirische Untersuchung auf Grundlage der Vollerhebung belastbare Auswertungsergebnisse erwarten lässt, ist eine Altersdifferenzierung der KEG durch die Vorgaben der RSAV nicht gedeckt. Eine Altersdifferenzierung ist hier nicht vorgesehen. Soweit für KEG im Alter höhere Kosten anfallen, werden diese bereits durch die AGG-Zuschläge berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund von altersbezogenen Grundzuschlägen (AGG + Grundpauschale) sowie altersbezogenen KEG-Zuschlägen der Einfluss des Alters für die Zuweisungen falsch abgebildet wird. Deckungsgradbezogene Analysen können hier keine Anhaltspunkte liefern, da die Höhe der Ausgaben für KEG nicht bekannt ist: Weder stehen Ausgaben für KEG nach KJ1 als Referenzwerte zur Verfügung, noch kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungsausgaben dieser Versicherten entsprechend ihrer tatsächlichen Höhe in den Datenmeldungen der SA700 enthalten sind. Die Bildung zusätzlicher gesonderter Altersdifferenzierungen bei KEG wird daher aus rechtlichen und inhaltlichen Überlegungen abgelehnt.