

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 2019

Datenbasierte Anpassung der Krankheitsauswahl

Mit dem Erlass des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur Analyse der regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) wurde der Wissenschaftliche Beirat von seiner Verpflichtung entbunden, die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2019 zu überprüfen. Bereits für 2018 wurde keine Überarbeitung der Krankheitsauswahl für den RSA durchgeführt. Damit basiert das hier im Entwurf vorgelegte Klassifikationsmodell 2019 auf Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2013. Seither hat sich die allgemeine Morbiditätsentwicklung für einzelne Krankheiten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verändert. Dies beeinflusst die Ergebnisse der Krankheitsauswahl und führt dazu, dass für die Krankheitsauswahl das tatsächliche Krankheitsgeschehen nicht mehr adäquat abgebildet wird.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es aus diesem Grund nicht nachvollziehbar, dass das BVA nicht wenigstens – ohne inhaltliche Überprüfung der Krankheitszuschnitte – eine rein datenbasierte Aktualisierung der Krankheitsauswahl für 2019 vorgenommen hat. Die Datenbasis für diese Aktualisierung stünde dem BVA aus den Berechnungen zum Jahresausgleich 2016 zur Verfügung. Bei der Aktualisierung handelt es sich um einen Routineprozess, der ohne großen Aufwand durchführbar gewesen wäre. So wäre sichergestellt gewesen, dass die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2019 so weit wie möglich die geänderten Morbiditätsstrukturen in der GKV abbildet. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes auf der oben angesprochenen Datenbasis hätte sich im Ausgleichsjahr 2019 ein Austausch von vier Krankheiten ergeben:

Neu hinzugekommen wären folgende Krankheiten

- Sonstige Erkrankungen des Immunsystems
- Makuladegeneration
- Nicht-infektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz
- Luxation des Hüftgelenks

Weggefallen wären folgende Krankheiten

- Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)
- Essstörungen

- Osteoarthritis der großen Gelenke
- Angeborene schwere Herzfehler (<18 Jahre)

Wir würden es sehr begrüßen, wenn trotz der anstehenden Reformen des RSA künftig die Krankheitsauswahl wenigstens in der beschriebenen Minimalform durchgeführt würde, um der veränderten Morbidität bei der Auswahl der 80 zu berücksichtigenden Krankheiten Rechnung zu tragen.

Berücksichtigung der Kosten für die Telematikinfrastruktur in der Zuweisungssystematik des Gesundheitsfonds

Bereits seit dem Ausgleichsjahr 2018 sind im Zusammenhang mit den Ausgaben für die Telematikinfrastruktur erhebliche Mehraufwendungen für die Krankenkassen absehbar. Aus dem vorliegenden Gesetzentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes ist für die folgenden Jahre mit erheblichen zusätzlichen Ausgaben in diesem Zusammenhang zu rechnen (Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte bis spätestens 2021). Allerdings werden diese Ausgaben gegenwärtig im Rahmen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds wie Verwaltungsausgaben behandelt, d.h. die Hälfte des Gesamtaufwands in der GKV wird den Krankenkassen mit Morbiditätsbezug zur Refinanzierung zugeführt. Die Belastung der Krankenkassen findet dagegen über eine Umlage je Versicherten, d. h. ohne Morbiditätsbezug statt.

Da es sich um Zahlungen an Leistungserbringer handelt, sind die Ausgaben für die Telematikinfrastruktur im weitesten Sinne Leistungsausgaben. Es wäre deshalb sachgerecht, diese Kosten nicht in der Kontenklasse 6, sondern in der Kontenklasse 4/5 zu buchen. Eine entsprechende Änderung des Kontenrahmens, die ihre Wirkung bereits im Geschäftsjahr 2018 entfaltet, wird derzeit von den Betriebskrankenkassen angestrebt. Bei Einführung separater Buchungsstellen für die angesprochenen Aufwendungen in der Kontenart 590 wäre eine Verteilung im Rahmen der nichtmorbiditätsbezogenen Leistungsausgaben des Risikostrukturausgleichs unmittelbar möglich, da diese bereits in der für das laufende Jahr 2018 gültigen RSA-Verfahrensbestimmung zu den nichtmorbiditätsorientierten Ausgaben gerechnet wird.

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten

In der IGES Studie vom 20. Februar 2017 wurde der bedeutende Einfluss von Morbidität und Alter eines Versicherten auf die Höhe der erzielten Arzneimittelrabatte betont. Es ist davon auszugehen, dass die pauschalisierte Berücksichtigung der Rabattquoten je Krankenkasse eine wesentliche verzerrende Wirkung bei der Berechnung der Risikozuschläge im Morbi-RSA zur Folge hat. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht sachgerecht, dass die Arzneimittelausgaben

zwar versichertenbezogen, aber ohne Berücksichtigung der jeweiligen Rabatte im Rahmen der Satzart 700 im Verfahren des Morbi-RSA gemeldet werden. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine versichertenbezogene Meldung der gesetzlichen, wie der vertraglichen Arzneimittelrabatte technisch umsetzbar. Dies gilt auch für die zeitliche Einpassung der Meldezeitpunkte in das Abschlagsverfahren. Darüber hinaus sollte die Regelung so getroffen werden, dass die Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen in Bezug auf die Vertraulichkeit der einzelnen Rabattverträge gewahrt bleiben.

Eine substantielle Verringerung der Verzerrung infolge der pauschalierten Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen nur durch Einbeziehung auch der vertraglichen Rabatte möglich. Aus diesem Grund sollte die individuelle Berücksichtigung der vertraglichen und der gesetzlichen Arzneimittelrabatte im RSA zeitgleich umgesetzt werden.

Stärkung der Manipulationsresistenz

Das BKK-System begrüßt die zunehmende Berücksichtigung von Arzneimitteln zur Stärkung der Manipulationsresistenz in der Hierarchie 11. Allerdings sollte die Validierung nicht nur auf die schwere Depression bzw. die rezidivierende schwere Depression der neu formierten HMG058 fokussieren, sondern auch im Bereich der unipolaren Depression kann die Pharmakotherapie bei der mittelgradigen oder bei der leichten Depression (hier aber nur bei anhaltender Symptomatik) eingesetzt werden¹. Auch bei rezidivierenden depressiven Störungen – also unabhängig der Schweregradeinteilung leicht, mittelgradig oder schwer – kann die Pharmakotherapie zur langfristigen Rezidivprophylaxe in Frage kommen, wenn eine hohe Rezidivneigung vorliegt und eine Verschlechterung der Symptomatik (z.B. Suizidalität) droht². Aus diesem Grunde stellt sich die Frage, ob die im Festlegungsentwurf gewählte Systematik geeignet ist, um einerseits die Schweregrade und Kosten innerhalb der Erkrankung besser abzubilden und andererseits insbesondere die Manipulationsresistenz zu stärken. In der jetzigen Form sind immer noch Anreize für eine Schweregradverschiebung vorhanden, die auch im Sondergutachten als „Shift“, dort z.B. in der Diabeteshierarchie, beobachtet werden konnte³. Daher schlagen wir eine erneute Überprüfung hinsichtlich einer verstärkten Arzneimittelvalidierung wenigstens auch für die mittelgradige Depression und sämtliche rezidivierende depressiven Störungen

¹ Vgl. Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie. Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, 2015. Version 5. AWMF-Register-Nr.: nvl-005, S. 61. In: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf> (Letzter Aufruf am 02.08.2018).

² Vgl. ebd. S. 82-84.

³ Vgl. Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Bonn, 27. November 2017, S. 173. In: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf (Letzter Aufruf am 06.08.2018).

vor. Ebenso befürworten wir die Prüfung einer hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung zwischen der Hierarchie 10: Drogen- / Alkoholmissbrauch und der Depression in der Hierarchie 11, da die Suchterkrankung als Komorbidität einer Depression durch klinische Studien und epidemiologische Untersuchungen hinreichend belegt ist.

Unabhängig von der Hierarchie 11 befürworten wir die weitere konsequente Berücksichtigung von Arzneimitteln im Aufgreifalgorithmus und eine weitere systematische Pflege der sogenannten Aufgreifkriterien und des hierarchischen Ansatzes, wie es auch im Herbst 2017 im Sondergutachten empfohlen wurde. Gleichwohl sollte nach Ansicht der BKK dieser Ansatz nicht dazu führen, dass das Klassifikationsmodell in der Hierarchisierung noch weiter differenziert wird. Vielmehr sollte bei Krankheiten, die sich durch eine gleichberechtigte Nutzung der Arzneimittelinformationen besser differenzieren lassen, die Beibehaltung des Aufgreifalgorithmus einzelner Hierarchien nur durch die Prüfung des M2Q, überdacht werden. Eine stärkere Nutzung der Arzneimittelinformationen wäre zum Beispiel bei der HMG092 (Näher bezeichnete Arrhythmien)⁴ oder auch bei der HMG115 (Atherosklerose der Extremitätengefäße) denkbar.

Bereits ergriffene Maßnahmen, wie die Prüfungen nach § 273 SGB V, die Anpassung von Datenmeldungen, die mittlerweile restriktive Gesetzgebung im Rahmen des HHVG sowie die nachgelagerten Beschlüsse des BVA und der Aufsichten, gehen zwar grundsätzlich in die richtige Richtung, doch wirken diese stark zeitversetzt. Die Wettbewerbsnachteile und auch die Nachwirkungen wie auch immer gearteter Kodierbeeinflussungen können nach Meinung des BKK-Systems nur dann effektiv unterbunden werden, wenn für eine Zuordnung härtere Aufgreifkriterien herangezogen werden.

Separate Berücksichtigung einer Hämophilie mit Hemmkörpern

Aufgrund der sehr hohen Therapiekosten erneuern wir unseren Vorschlag einer separaten Berücksichtigung einer Hämophilie mit Hemmkörpern, um die Kostenhomogenität bzw. die Zielgenauigkeit des Modells zu verbessern. Einen dahingehenden Vorschlag für das Ausgleichsjahr 2016 unterstützte damals auch die DAK. Der Vorschlag wurde durch den GKV-Spitzenverband in seinem Schreiben an das BVA vom 23.12.2016 für das Ausgleichsjahr 2018 als „offen“ deklariert. Wir hatten damals vorgeschlagen, in der HMG035 „Hämophilie und Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“ ein Split vorzunehmen mit einer eigenen HMG035a für Patienten mit Hämophilie mit Hemmkörpern (ICD D68.31). Patienten mit vermehrten Antikörpern gegen Faktor VIII benötigen ein Vielfaches an Faktor-VIII-Präparaten (ATC-Code B02BD) im Vergleich von Patienten mit „normaler“ Hämophilie mit Dauermedikation. Neu hinzugekommen ist

⁴ Es wäre medizinisch und klassifikatorisch sinnvoll, die DxG 390 (Nicht näher bezeichnete kardiale Arrhythmien), die aktuell zur dominierten HMG 091 führt mit der DxG 391 in eine neue HMG „Arrhythmien“ zusammenzufassen und durch Arzneimittel zu validieren (C01AA, C01BB, C01BC, C01BD, C01BG, C07AA, C07AB).

z.B. das Arzneimittel Hemlibra® mit dem ATC-Code B02BX06. Die im Rahmen der Behandlung entstehenden Ausgaben für die notwendigen Faktorkonzentrate werden bei weitem nicht von den aktuellen Zuschlägen für die HMG035 abgebildet.

Generell wäre eine erneute Prüfung der Hierarchie auf Kostenhomogenität wünschenswert. Dabei wäre jedoch zu berücksichtigen, dass die gewichtsadaptierte Dosierung bei Kindern bzw. Erwachsenen zu stark unterschiedlichen Kosten führen kann.

Externe Dominanz in der Hierarchie 05 (Erkrankungen der Leber)

Die Betriebskrankenkassen unterstützen ausdrücklich den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Einführung einer externen Dominanzbeziehung von HMG 257 auf HMG 61 in der Hierarchie 05 (Erkrankungen der Leber). Zur Begründung verweisen wir auf die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes.

Negative Koeffizienten im Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf sind an verschiedenen Stellen noch negative Koeffizienten für einige HMG dokumentiert (z.B. in der Hierarchie 19). Dies betrifft sowohl die Darstellung in den Erläuterungen als auch den Tabellenanhang. Die Beschreibung des Klassifikationsmodells entspricht daher nicht dem finalen Stand. Resultierende Verschiebungen bei den anderen Koeffizienten können jedenfalls nicht ausgeschlossen werden. Wir bitten daher darum, die Dokumentation unter Berücksichtigung der Nullsetzung aller negativen Koeffizienten nachzuholen.

Für weitere Informationen:

Dr. Thomas Schepp, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 702

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

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