

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 2020

Zu Altersplits und mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung allgemein

Im RSA sind derzeit starke Überdeckungen bei älteren Altersgruppen zu beobachten. Insbesondere bei jüngeren Altersgruppen werden dagegen zum Teil deutliche Unterdeckungen festgestellt. Durch die zusätzliche Betrachtung der Multimorbidität wird deutlich, dass die Über- und Unterdeckungen in Abhängigkeit von Alter und Anzahl der Morbiditätsgruppen zu betrachten sind. Ein Zusammenwirken beider Faktoren kann aus der Deckungsquotendarstellung nach HMG-Anzahl und Altersgruppen aus den Kennzahlenbooklets des GKV-Spitzenverbandes für die Ausgleichsjahre 2016 und 2017 gut nachvollzogen werden.

Die Problematik der alters- und multimorbiditätsabhängigen Deckungsquoten wurde auch durch den Wissenschaftlichen Beirat beim BVA in seinem Sondergutachten aus dem Jahr 2017 aufgegriffen (vgl. Abb. 7.21 bzw. Tabelle 7.67 des Gutachtens).

Die Verfasser kamen zu dem Ergebnis, dass eine umfassende Einführung von Altersinteraktionstermen bestehende Über- und Unterdeckungen nach Altersgruppen deutlich reduzieren kann. Ergänzend empfehlen sie u.a. die Einführung einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung zur Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA.

Im weiteren Verlauf forderte das BMG das BVA mit Schreiben vom 04.02.2019 auf, in der Festlegung nach §31 Abs. 4 S. 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2020 die Einführung von Altersinteraktionstermen und eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung zur Diagnosevalidierung und Schweregraddifferenzierung vorzusehen. Bei der Bestimmung der Altersinteraktionsterme sollten die statistisch relevanten Interaktionen identifiziert und in der Festlegung umgesetzt werden. Die mehrfache Arzneimitteldifferenzierung sollte in einem ersten Schritt für einzelne Erkrankungen implementiert und dann in zukünftigen Festlegungszyklen weiterentwickelt werden.

Das BVA hat daraufhin im März 2019 die Kassen und ihre Verbände um Vorschläge zur Einführung von Altersinteraktionstermen und Arzneimittelsplits gebeten. An diesem Verfahren haben sich alle Kassenarten beteiligt und Vorschläge eingebracht. Bei der Beurteilung der Vorschläge und der weiteren Festlegung des Verfahrens sollte aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Wirkung auf die Über- und Unterdeckungen in der angesprochenen AGG-Anzahl-HMG-Matrix als zentrales Kriterium herangezogen werden. Dies würde eine transparente Beurteilung der Wirksamkeit der getroffenen Festlegung ermöglichen. Die Betriebskrankenkassen würden daher eine Darstellung der Veränderung der gruppenbezogenen Deckungsquoten in der AGG-Anzahl-HMG-Matrix für die verschiedenen diskutierten Verfahrensalternativen sehr begrüßen.

Die Nummerierung im Folgenden nimmt auf die Erläuterungen zum Festlegungsentwurf Bezug.

Zu II.6 Mehrfache Arzneimitteldifferenzierung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Einführung einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung im RSA zur besseren Abbildung der Versorgungs- und Kostenstrukturen. Die pyramidale Ausgestaltung entspricht in den ausgewählten HMG der Versorgungswirklichkeit und ist daher zu begrüßen. Dies muss jedoch nicht generell gelten und wäre bei der Hinzunahme weiterer HMG ggf. erneut zu prüfen. Durch die Einführung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung bei mehr als drei HMG könnte das Verfahren absehbar weiter verbessert werden. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen bietet insbesondere die HMG mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mit Dauermedikation (HMG 198, 198, 200) hierfür erhebliches Potenzial. Schließlich handelt es sich dabei ebenfalls um Krankheitsbilder, bei denen im Status quo bereits eine Arzneimitteldifferenzierung besteht und eine pharmakologische Abgrenzung von Arzneimittelgruppen möglich ist. Eine entsprechende Relevanz ergibt sich auch aus der Anzahl der Betroffenen. Die Prüfung und Aufnahme einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung in diesem Anpassungszyklus ist daher zu befürworten.

Das BVA führt im Festlegungsentwurf aus, dass eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung nicht in Verbindung mit Alterssplits eingeführt werden soll. Diese Einschränkung erscheint ohne Weiteres nicht nachvollziehbar. Gerade im Bereich chronischer Schmerz ließe sich durch eine Kombination beider Ansätze aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Zielgenauigkeit des Verfahrens deutlich verbessern (vgl. dazu näher die Ausführungen zur Anpassung der Hierarchie 28). Die Betriebskrankenkassen würden es sehr begrüßen, wenn zur Beurteilung der Wirkung der verschiedenen Alternativen die bereits eingangs dargestellte AGG-Anzahl-HMG-Matrix herangezogen würde.

Zu II.7 Alterssplits

Die Betriebskrankenkassen hatten bezüglich der Altersinteraktionen analog zum Vorgehen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates eine flächendeckende und pauschale Aufteilung der HMG gefordert. Ziel dieses Vorschlags war ein ressourcenschonendes Verfahren ohne aufwändige Einzelfallprüfung, das systematisch auf eine hinreichende Zahl von statistisch relevanten HMG angewandt werden kann. Es hätte ferner eine gewisse Stabilität über mehrere Ausgleichjahre geboten und wäre auch unter den Bedingungen eines Vollmodells umsetzbar gewesen.

Das BVA hat sich im Festlegungsentwurf stattdessen für HMG-spezifische Alterssplits bei ausgewählten HMG entschieden und die Vorauswahl in einem ersten Schritt auf zwanzig HMG eingegrenzt und diese im weiteren Verlauf auf schlussendlich nur noch zehn HMG reduziert. Leider wurde die Frage nicht untersucht, ob ein Modell mit zehn oder zwanzig HMG oder der Verfahrensvorschlag der Betriebskrankenkassen die altersbezogenen Über- und Unterdeckungen in der AGG-Anzahl-HMG-Matrix besser reduziert.

Unabhängig von unserem Vorschlag wäre jedoch dringend der empirische Nachweis zu erbringen, dass die getroffene Auswahl keine statistisch relevante HMG ausschließt. Konkret wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen zu belegen, dass die vom BVA beabsichtigten Alterssplits auch die genannten Überdeckungen in der AGG-Anzahl-HMG-Matrix weitgehend reduzieren. Gelingt dieser Nachweis nicht, wäre der Auftrag des BMG zur Auswahl der statistisch relevanten Interaktionen verfehlt und das Ausgangsproblem, erheblicher gruppenbezogener Fehldeckungen, bestünde weiter.

Da das BVA letztlich nur bei zehn HMG einen Alterssplit vorschlägt, stellen die Betriebskrankenkassen eine hinreichende Wirkung auf die beschriebenen Fehlde-

ckungen in der AGG-Anzahl-HMG-Matrix in Frage. Analysen auf BKK-Daten erhärten diese Annahme und zeigen zudem, dass weit mehr HMG, mit teils hoher Prävalenz, ähnliche Altersabhängigkeiten aufweisen, als die schlussendlich durch das BVA ausgewählten. So wären jenseits der zwanzig vorausgewählten HMG beispielsweise die HMG270, HMG234 und HMG002 zu prüfen. Innerhalb der zwanzig wären dringend die HMG091, HMG252 und HMG253 zu untersuchen.

Ferner wäre wünschenswert, dass der Auswahlprozess (vgl. S. 25 der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung) umfassender dokumentiert würde, sodass u.a. nachvollzogen werden kann, warum von vornherein nur just zwanzig potenziell relevante HMG ausgewählt wurden. Das sind weniger als zehn Prozent aller HMG im aktuellen RSA und ein noch kleinerer Anteil im Vollmodell. Eine Darstellung des vollständigen Rankings der HMG nach altersbezogener Über- und Unterdeckung, statt nur der am Ende auch vorausgewählten zwanzig HMG (Tabelle 7.2) sowie der Werte der zugehörigen Fehldeckungen hätte die Transparenz der Auswahl deutlich erhöht und wäre daher wünschenswert gewesen.

In einem der Auswahlsschritte beschränkt sich das BVA nur auf solche HMG, die sich ohnehin in den in diesem Jahr bearbeiteten Hierarchien des Festlegungsentwurfs befinden. Dieses Vorgehen ist sachlich nicht begründet. Die Wirkung ist allerdings erheblich, da unter den zwanzig besonders relevanten HMG mehrere einer der ausgeschlossenen Hierarchien angehören. So gehören z.B. die HMG 110, 215 und 216 alle zu den ausgeschlossenen Lungenerkrankungen.

Dem Grundsatz, dass HMG, für die im aktuellen Festlegungsverfahren eine (mehrfache) Arzneimitteldifferenzierung eingeführt wird, nicht für Alterssplits in Frage kommen, ist ohne weitere Analyse nicht pauschal zuzustimmen, denn es wäre zu prüfen, ob die hohen altersabhängigen Deckungsbeitragsunterschiede mit Einführung der Arzneimitteldifferenzierung auch tatsächlich reduziert werden.

Dies gilt insbesondere für die HMG 252 (Chronischer Schmerz ohne Dauermedikation), die durch eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung per definitionem nur sehr indirekt differenziert werden kann. Analysen des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA und eigene Untersuchungen liefern darüber hinaus klare Anhaltspunkte dafür, dass Alterssplits bei allen vier HMG der Hierarchie 28 (Chronischer Schmerz) die Zielgenauigkeit des Modells verbessern würden (vgl. die weiteren Ausführungen zur Hierarchie 28 unten). Die Betriebskrankenkassen sprechen sich daher für diese zusätzliche Differenzierung aus.

Für relevante HMG, mit hohen Fallzahlen und Diagnosen aus verschiedenen Krankheitsbildern, zieht das BVA eine diagnosebasierte Unterteilung der HMG Alterssplits vor. Eine Altersdifferenzierung sollte nach Ansicht des BVA nur ersatzweise vorgenommen werden, wenn der diagnosebasierte Differenzierungsansatz erfolglos verläuft. Diese Reihenfolge erscheint grundsätzlich plausibel. Allerdings stellt sich die Frage, wieso die diagnosebasierte Differenzierung in diesen Fällen nicht schon in der Vergangenheit als erforderlich erkannt wurde. Nicht einzusehen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch, warum sich das BVA im Fall der HMG 091 (Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen) dafür entscheidet, weder eine diagnosebasierte noch eine altersbasierte Differenzierung vorzunehmen. Dies umso mehr, als die HMG 091 die höchste altersbezogene Über-/Unterdeckung aufweist. Wenn eine diagnosebasierte Differenzierung kurzfristig nicht umsetzbar erscheint oder damit die festgestellten altersbedingten Über- und Unterdeckungen nicht abgebaut werden können, sollte angesichts der hohen Relevanz der HMG 091 (ca. 10. Mio. Betroffene in der GKV) der entsprechende Alterssplit vorgenommen werden.

Die Bewertung der Alterssplits am Ende allein von der Entwicklung der versichertenindividuellen Gütemaße R^2 , CPM und MAPE abhängig zu machen, kann nicht nachvollzogen werden, hat doch die fehlende Aussagekraft dieser Kennzahlen hinsichtlich der altersspezifischen Über- und Unterdeckungen gerade zur Aufforderung des BMG zur Umsetzung von Alterssplits geführt. Die Ablehnung eines

Altersplits allein wegen widersprüchlicher versichertenindividueller Kennzahlen (wie im Festlegungsentwurf für die HMG 080/082 Herzinsuffizienz vorgesehen) ist daher nicht ausreichend begründet.

Das volle Potenzial von Altersplits ließe sich analytisch abschätzen, wenn für alle HMG die Analyse aus Tabelle 7.4 mit achtzehn Altersgruppen durchgeführt und die Wirkung auch dieses Modells auf die AGG-Anzahl-HMG-Matrix ermittelt werden würde. Ein solches Modell wäre natürlich mit einer erheblichen Steigerung der Risikomerkmale verbunden und sollte für die Praxis reduziert werden. Dazu wäre zu bestimmen, bei welchen HMG auf einen Alterssplit verzichtet werden und bei welchen HMG die Altersdifferenzierung vereinfacht werden kann, ohne substantiell an Wirkung auf die Matrix und an Zielgenauigkeit zu verlieren. Insofern schlagen wir die Veröffentlichung von wenigstens drei Matrizen vor:

1. AGG-Anzahl-HMG zum Festlegungsentwurf (zehn HMG)
2. AGG-Anzahl-HMG für alle HMG mit je 18 Altersgruppen (wie in Tabelle 7.4)
3. AGG-Anzahl-HMG für alle HMG mit drei Altersgruppen (wie im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats von 2017)

Zu III. Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 06: „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die angedachte Aufspaltung der CED in die Krankheitsbilder Morbus Crohn und Colitis ulcerosa kann aufgrund der unterschiedlichen Risiken für Komplikationen und Folgeerkrankungen zu einer schärferen Abbildung der Krankheitskosten führen. Dazu muss aber berücksichtigt werden, dass eine eindeutige differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen einem Morbus Crohn und einer Colitis ulcerosa manchmal schwierig bzw. unmöglich sein kann. So wird der Anteil der Pati-

enten mit Colitis ulcerosa, bei denen es innerhalb der ersten 5 Jahre nach Diagnosestellung zu einem Wechsel in Richtung der Diagnose Morbus Crohn kommt, in der aktuellen S3-Leitlinie Colitis ulcerosa der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) mit ca. 10% eingeschätzt. Bei einer Minderheit der Patienten ist eine exakte Zuordnung zu den Entitäten Colitis ulcerosa und Morbus Crohn sogar überhaupt nicht möglich. Diese Problematik kann bei der im Entwurf gewählten Hierarchisierung in zwei parallele Unterstränge (Strang 1 und 2) dazu führen, dass Doppelzuweisungen eintreten. Dies könnte auch ein Grund für die Fallzahlensteigerung von 5,4% sein, die beim Vergleich zwischen Festlegungsentwurf und Ausgangsmodell festzustellen ist. Um dennoch das Ziel der bestmöglichen Abgrenzung beider Krankheitsbilder beizubehalten, sollte die Hierarchisierung angepasst werden. Eine Lösungsalternative wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Zusammenführung der bisherigen Stränge 1 und 2 zu einem gemeinsamen Hierarchiestrang CED. Basierend auf den Kostenschätzern wäre die Wirkung der Reihenfolge HMG029 → HMG275 → HMG030 → HMG274 → HMG290 → HMG291 → HMG033 im Hinblick auf das Ziel der Modellverbesserung zu überprüfen.

Hierarchie 18: „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Erstmals wird die Krankheit „Nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz“ ins Klassifikationsmodell aufgenommen. Die ICD-Kodes zu den nichtinfektiösen Erkrankungen der Milz werden der DXG420 und damit der HMG102 „nicht-infektiöse Erkrankungen der Milz“ zugeordnet. Die HMG102 wird als alleinige HMG einem dritten Hierarchiestrang der Hierarchie 18 zugeordnet. Die Notwendigkeit eines eigenen Hierarchiestrangs für die HMG102 sehen wir nicht. Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen kann die HMG102 sowohl medizinisch als auch in Hinblick auf die Kostenschätzer im zweiten Hierarchiestrang zwischen der HMG117 und HMG116 eingeordnet werden. Wir bitten, dies zu überprüfen.

Hierarchie 22: „Erkrankungen der Haut“

Das BVA hebt die externe Dominanzbeziehung zwischen der HMG149 Hautulkus (ohne Dekubitalulzera) und der Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ mit der Begründung auf, dass der ICD-10-GM 2019 die Kodierung von unspezifischen Ulzera L97 und L98.4 die gleichzeitige Kodierung der spezifischen Codes I70.24 („Ulcus cruris arteriosum“) und Ulcus cruris varicosum (I83.0, I83.2) ausschließt. Durch die Aufhebung der Dominanz zur Hierarchie 18 erhöhen sich allerdings die Fallzahlen in der HMG 149 um mehr als 10%. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass beide Diagnosegruppen in der Praxis durchaus nebeneinander kodiert werden, zumal derzeit noch keine ambulanten Kodierrichtlinien vorhanden sind, die entsprechend regulierend wirken könnten.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte daher das ursprüngliche Ausgangsmodell (dargestellt in Tabelle 21.2) mit der bewährten externen Dominanz zur Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ umgesetzt werden.

Hierarchie 23 „Verletzungen“

Die im Ausgleichbar 2020 neu zu berücksichtigenden Krankheit „Luxation des Hüftgelenks“ schließt im Festlegungsentwurf die HMG159 „Erworbene Hüftluxation“ mit einem Zuweisungswert von 5.733,69 € ein. Zur Diagnosevalidierung sieht der Festlegungsentwurf derzeit nur das M2Q-Kriterium vor. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, das Kriterium „stationär erforderlich“ zu prüfen, da eine Behandlung in der Regel zwingend stationär erfolgt.

Hierarchie 26: „Erkrankungen des Auges“

Die Krankheit „Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut“ ist aufgrund der Krankheitsauswahl neu zu berücksichtigen. Zur Abbildung der Makuladegeneration nehmen wir wie folgt Stellung:

Der Festlegungsentwurf sieht gegenüber dem Ausgangsmodell eine Arzneimitteldifferenzierung im Bereich der Augenerkrankungen/ Makuladegeneration vor. Die HMG222 des Ausgangsmodells (1.092.594 Versicherte; Zuweisung: 834 Euro) wird

im Festlegungsentwurf durch die dominierende HMG224 (91.133 Versicherte; Zuweisung: 5.333 Euro) und die dominierte HMG222 (1.008.089 Versicherte; Zuweisung: 457 Euro) ersetzt.

Die neue HMG224 wird durch Arzneimittelverordnungen validiert. Avastin bzw. der Wirkstoff Bevacizumab wird im Festlegungsentwurf nicht zur Validierung der HMG224 zugelassen. Das ist problematisch, da Avastin in der Versorgungsrealität zur Therapie der Makuladegeneration verbreitet eingesetzt wird. Dies führt erstens dazu, dass Krankenkassen für Versicherte, die mit Avastin versorgt werden, lediglich die Zuweisung für die HMG222 erhalten, während die Versorgung mit alternativen Präparaten zu den höheren Zuweisungen der HMG224 führt. Zweitens gilt es zu bedenken, dass durch den Ausschluss von Avastin die Kostenschätzer für die HMG224 und 222 nicht den tatsächlichen Durchschnittsmehrkosten in der Versorgungsrealität entsprechen.

Durch die vorgesehene Arzneimitteldifferenzierung im Festlegungsentwurf besteht daher die Gefahr, dass die Versorgung mit Avastin und die dazu geschlossenen Verträge für die Krankenkassen an Attraktivität verlieren. Als BKK Dachverband stimmen wir keiner Lösung zu, die zu einer Verschlechterung der Versorgung und zu einer Aushöhlung der Wirtschaftlichkeit führen würde.

Für eine vertiefende Bewertung der Sachlage würden wir es gleichwohl begrüßen, wenn uns hierzu differenziertere Analyseergebnisse bereitgestellt werden könnten, um dann - ggf. im Folgejahr - zu einer Bestärkung derselben oder einer anderen Einschätzung hinsichtlich des Arzneimittelsplits zu gelangen. In diesem Zusammenhang sollten auch die Möglichkeiten erörtert werden, eine Therapie mit Avastin über die regulären, elektronischen Datenmeldungen im RSA abzubilden. Dann könnten alle Präparate, die in der Versorgungsrealität zur Therapie der Makuladegeneration eingesetzt werden, auch im RSA berücksichtigt werden. Unter diesen Voraussetzungen könnte dann erneut eine Differenzierung

in HMG mit und ohne Arzneimitteltherapie geprüft werden.

Unabhängig von den bisherigen Ausführungen geben wir mit Blick auf den Festlegungsentwurf zu bedenken, dass zu den Retinopathien auch die Diagnose H36.0 „Retinopathia diabetica“ zählt, die der HMG223 „Retinopathien und sonstige Affektionen der Netzhaut“ zugeordnet wird. Beim ICD Kode H36.0 handelt es sich um einen sogenannten Sternkode, der im ICD-10-GM u.a. Manifestationen von Erkrankungen kennzeichnet. Der Sternverweis für H36.0 zielt auf die Primärerkrankung Diabetes mellitus (E10.3..-E14.3..), welche umfassend in der Hierarchie 3 (HMG017) ab- gebildet wird.

Im Klassifikationsmodell 2015 hat das BVA die Berücksichtigung der Diagnose „diabetische Retinopathie“ geändert und ausschließlich der Hierarchie 03 „Diabetes“ zugeordnet. Die parallele Berücksichtigung in der Hierarchie 26 „Erkrankung der Augen“ wurde verworfen, um die Manipulationsanfälligkeit des Modells durch Wegfall der Doppelberücksichtigung zu senken. (vgl. Erläuterung zur Festlegung des Klassifikationsmodells 2015, Pkt. 10.2.5)

Im jetzigen Entwurf des Klassifikationsmodells wird diese korrekte Argumentation nicht berücksichtigt, sodass Mehrfachzuschläge aus den Hierarchien 03 und Hierarchie 26 möglich sind. Vor diesem Hintergrund schlagen die Betriebskrankenkassen vor, die Diagnose H36.0 „Retinopathia diabetica“ analog zum Klassifikationsmodell 2015 in die HMG 17 Diabetes mit sonstigen Komplikationen aufzunehmen. Die restlichen Diagnosen können in der HMG223 verbleiben. Alternativ könnte für die Diagnose H36.0 „Retinopathia diabetica“ eine eigene HMG in der Hierarchie 26 gebildet werden. Die neue HMG sollte dann von den HMGs 15, 16 und 17 aus der Hierarchie 3 „Diabetes“ extern dominiert werden.

Ferner sieht der Festlegungsentwurf für Diagnosevalidierung in der neuen DxG023 „Makuladegeneration mit antineovaskulärer Medikation“ in der gleichnamigen HMG224 die Sonderfallregelung 2 (42/21 BT) vor. Dies erscheint u.a. des-

halb problematisch, da in die geforderten BT schon nach einmaliger Verordnung/Anwendung erreicht sein können. Nach Therapieabbrüchen z.B. kann es dann zu Behandlungsverläufen mit deutlich geringeren Kosten kommen, die dennoch die vollen Zuweisungen in Höhe von 5.333 Euro auslösen. Die Betriebskrankenkassen bitten daher darum, auch die Sonderfallregelung 1 (182/91 BT) zu prüfen. Sollten sich die Behandlungsdauern innerhalb der DxG023 für beide Ansätze als zu heterogen erweisen, wäre ein Split der HMG in Behandlungen von 42/21 BT bis 182/91 BT einerseits sowie in 183/92 BT und mehr andererseits vorzunehmen. Auf diese Weise ließen sich die entstehenden Kosten deutlich präziser abbilden. Die Zielgenauigkeit des Verfahrens würde erhöht. Eine derartige Differenzierung von HMG nach der Vorordnungsdauer sollte bei der Neu- oder Wiedereinführung von Krankheiten bzw. bei deren Überarbeitung grundsätzlich bei entsprechender Kostenheterogenität geprüft werden.

Hierarchie 28: „Chronischer Schmerz“

Die eingeführte mehrfache Arzneimitteldifferenzierung führt zu einer deutlichen Modellverbesserung und wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Allerdings können wir sachlich nicht nachvollziehen, dass die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung die Überprüfung einer Altersdifferenzierung ausschließt. Es gibt aus unserer Sicht keinen Grund, warum das eine dem anderen vorzuziehen wäre, genauso gut könnte die Kombination beider Maßnahmen geprüft werden (vgl. dazu auch die Ausführungen unserer Stellungnahme unter II.7) Die HMG 252 chronischer Schmerz ohne Dauermedikation und die HMG 253 chronischer Schmerz mit Dauermedikation sind beide unter den 20 HMG mit den höchsten altersbezogenen Über- und Unterdeckungen zu finden, die HMG 253 steht dabei sogar an vierter Stelle.

Zudem möchten wir in diesem Zusammenhang auf zwei Stellen im Sondergutachten aus 2017 zu den Wirkungen des RSA verweisen. Darin wurde u.a. die Entwicklung der Diagnosehäufigkeiten untersucht. Beim chronischen Schmerz kann ein starker Anstieg der ambulant kodierten Diagnosen festgestellt werden (Punkt 5.2.7), insbesondere ab dem Jahr 2013, in dem die Krankheit Auswahl-

krankheit wurde. Dabei fallen die Wachstumsraten bei den Kassenarten sehr unterschiedlich aus. Als mögliche Ursache für die Überdeckung bei älteren multimorbiden Versicherten halten die Gutachter es für denkbar, dass es bei Versicherten in höheren Altersgruppen zu einer intensiveren Diagnoseerfassung kommt als bei jüngeren Versicherten. Einerseits weisen ältere Versichertengruppen per se eine höhere Anzahl an Arztkontakten auf und werden damit vermehrt diagnostischen Maßnahmen unterzogen. Andererseits wurden die dokumentierenden Leistungserbringer möglicherweise (bspw. über sog. Kodierberatungen oder die Ausgestaltung bestimmter selektivvertraglicher Regelungen) gezielt dazu angehalten, bei derartigen Versicherten ordnungsgemäß und vollständig zu kodieren. Unabhängig davon, ob in dieser Versichertengruppe das „mehr“ an Diagnosen das Ergebnis eines Upcodings oder eines unbewussten oder gar gezielt intensivierten Rightcodings wäre, würden sich aus einer altersspezifischen Ungleichbehandlung der Versicherten in der Diagnosekodierung ungerechtfertigte RSA-Über- und Unterdeckungen ergeben. (Sondergutachten 2017, Pkt. 7.5.1, Seite 418)

Diese Argumentation ist für uns schlüssig und lässt sich aufgrund der dargestellten Diagnoseentwicklungen gut auf die Krankheit chronischen Schmerz übertragen. Die Regelungen in den sogenannten Betreuungsstrukturverträgen haben die dargestellte Problematik in den Folgejahren sogar noch verstärkt.

Berechnungen mit BKK Daten haben gezeigt, dass die Einführung von Altersplits auf Basis des Festlegungsentwurfes 2020 die Gütemaße deutlich verbessern können. Das BVA und der wissenschaftliche Beirat werden deshalb gebeten, die Einführung von Altersplits für alle 4 HMGs der Hierarchie 28 zu überprüfen.

Zu IV.25.3 Mögliche Berücksichtigung der Ausgaben für die Telemedizininfrastruktur bei den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben

Im Festlegungsentwurf zum Klassifikationsmodell wird zutreffend festgestellt, dass durch den BKK Dachverband bereits im vergangenen Jahr eine Anpassung

der Berücksichtigung der Kosten für die Telematikinfrastuktur in der Zuweisungssystematik des Gesundheitsfonds vorgeschlagen wurde.

Ein methodischer Wechsel in der Zuweisungsberechnung erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der beabsichtigten Ausgabensteigerung in diesem Segment notwendiger denn je. Im ersten Quartal 2019 lagen die ausgewiesenen Kosten für die elektronische Gesundheitskarte und die Telematikinfrastuktur bereits 38 Prozent über dem korrespondierenden Vorjahreswert, mit weiteren Steigerungen ist perspektivisch zu rechnen. Dem Festlegungsentwurf ist zu entnehmen, dass für die umlagefinanzierten Beträge ein neues Konto einzurichten ist, welches im Rahmen der regelhaften Anpassung der Anlage 1.1 zur Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach §267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V analog der Satzungs- und Ermessensleistungen zuzuordnen ist und damit eine versichertenbezogene Verteilung dieser Zuweisungen sicherstellen soll. Wir begrüßen die Einschätzung des Bundesversicherungsamtes, die bestehende Verzerrung der Zuordnung dieser Kosten aufzuheben und so die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu erhöhen.

Zu V.29 Überblick über Fallzahlen und Kostenschätzer

Im Anhang zu den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs wurden die Fallzahlen und Kostenschätzer für das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf dokumentiert. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die regelmäßige Veröffentlichung dieser Werte ausdrücklich, da sie eine wesentliche Grundlage für eine Bewertung des Entwurfs darstellen. Allerdings wurden in früheren Jahren (z.B. im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2017) auch die Fallzahlen und Kostenschätzer für das unveränderte Vorjahresmodell dargestellt. Erst diese Information lässt eine Abschätzung der Zuweisungsveränderung durch den Festlegungsentwurf mit eigenen Daten zu, da das Grouping für das Ausgangsmodell nicht vollständig in Zuordnungstabellen etc. dokumentiert wird und deshalb nicht ohne weiteres auf der eigenen Datenbasis nachvollzogen werden kann. Die Betriebskrankenkassen bitten daher, um der Transparenz des Verfahrens willen, dringend darum, den bereits eingeschlagenen Weg fortzusetzen und Fallzahlen und Kostenschätzer auf

einheitlicher Datenbasis regelmäßig zum Vorjahresmodell, zum Ausgangsmodell und zum Festlegungsentwurf zu veröffentlichen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Für weitere Informationen:

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

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

Martin Richter, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 70 708