

Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA

Vorschläge des BKK Dachverbandes

Dezember 2018

I. Einleitung

Seit den Publikationen in der Presse des Jahres 2016 steht das Thema „Beeinflussungsmöglichkeiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)“ auf der politischen Agenda. Auch das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA zu den Wirkungen des Morbi-RSA befasst sich mit dieser Thematik, stellt aber keine konkreten Verdachtsmomente einer systematischen Manipulation bei der Kodierung ambulanter Diagnosen fest.

Im Sinne eines fairen Morbi-RSA ist eine möglichst manipulationssichere Ausgestaltung wesentlich. Es sollen nicht die Krankenkassen belohnt werden, die möglichst findig bestehende Lücken im System ausnutzen und hierauf viel Energie verwenden. Wettbewerbsvorteile sollen vielmehr bei den Kassen liegen, die eine gute Versorgung ihrer Versicherten sicherstellen.

Die Qualität der ärztlich erfassten Morbidität, der Diagnosen eines Versicherten, ist in einem auf Morbidität basierenden Zuweisungssystem von zentraler Bedeutung. Dies gilt umso mehr, als dass die Höhe der Zuweisung im Morbi-RSA abhängig ist von dem kodierten Schweregrad einer Erkrankung. Zuweisungen über den ambulant ärztlichen Bereich werden zudem in der Regel nur ausgelöst, wenn eine Krankheit in mindestens zwei Quartalen eines Jahres diagnostiziert und entsprechend kodiert wurde. Morbi-RSA Zuweisungen können dabei nur für Diagnosen erfolgen, die als „gesichert“ gelten, nicht für Verdachtsfälle. Entsprechend kann sich für eine Krankenkasse der Anreiz bieten, auf die im Sinne einer möglichst hohen RSA-Zuweisung „richtige“ Erfassung einer Diagnose gegenüber den Leistungserbringern einzuwirken.

Gegen die Bestrebungen, über Zusatzverträge auf das ärztliche Kodierverhalten Einfluss zu nehmen, wurden bereits einige Maßnahmen ergriffen. Auch die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben gemeinsame Maßnahmen abgestimmt. Es bleibt abzuwarten und sicherzustellen, ob bzw. dass diese nun auch einheitlich umgesetzt werden.

Die bislang ergriffenen Maßnahmen können jedoch nur ein erster Schritt sein auf dem Weg, den Morbi-RSA manipulationssicherer und damit fairer auszugestalten. In der nun anstehenden Reform des Morbi-RSA sollten entsprechende Maßnahmen gesetzlich verankert werden. Der BKK Dachverband hat hierzu eine Vielzahl von Vorschlägen erarbeitet, die im Folgenden näher erläutert werden.

II. Vorschläge zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit

(1) Einführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung

Die im Entwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgegebene Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ist wesentlicher Ansatzpunkt für eine Reduktion von Manipulationsmöglichkeiten im Morbi-RSA. Schließlich greift im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung der Bewertungsausschuss zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten auf ein Patientenklassifikationssystem zurück, dessen Grundlage ambulante Behandlungsdiagnosen sind. Ambulante Diagnosen sind ebenfalls maßgeblich für die Ermittlung der Zuweisungen durch den Morbi-RSA. Eine hohe Kodierqualität ist damit von ausschlaggebender Bedeutung.

Kodierrichtlinien schaffen Klarheit, denn sie definieren die Anwendung des gültigen internationalen Schlüssel-systems ICD-10-GM. Somit helfen sie dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln und die Morbidität der Patienten exakt abzubilden. AKR tragen zu einer Vereinheitlichung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens und folglich

zu einer Erhöhung der Kodierqualität und Pharmakovigilanz sowie einer Verbesserung der Datengrundlage für vertragsärztliche Abrechnung (Plausibilisierung) und RSA-Berechnung bei. Des Weiteren liefern AKR eine valide Datengrundlage für die Versorgungsforschung, erleichtern die Messung von Qualität und bilden die Basis für die Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es daher auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Anders, als bisher im TSVG vorgeschlagen, sollte allerdings die erstmalige Festlegung von Kodierrichtlinien bereits zum 1. Januar 2020 erfolgen. Auf dieser Grundlage kann eine Verankerung in der Arztabrechnungssoftware sowie ein Wirksamwerden der AKR zum 1. Januar 2021 gewährleistet werden. Dies ist möglich, weil die vorbereitenden Arbeiten für die festzulegenden Schlüssel und Prüfmaßstäbe bereits weit fortgeschritten sind.

Das TSVG ist daher bezüglich der Fristen wie folgt anzupassen:

Änderungsvorschlag:

Dem § 295 Absatz 4 SGB V werden folgende Sätze 3, 4 und 5 angefügt:

„Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum **1. Januar 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021**. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach Absatz 1b Satz 1, § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a, § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen.“

(2) Stichprobenprüfung von Software im Praxisbetrieb

Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde zwar klargestellt, dass eine beratende Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens auch über den Einsatz von Praxissoftware unzulässig ist, die Umsetzung dieses Verbots wird in der Praxis jedoch nicht kontrolliert. Auch sind Fälle bekannt, bei denen Software zum Einsatz kommt, die im Nachgang zum Zertifizierungsverfahren modifiziert wurde. Um die „einseitige Beeinflussung der Diagnosedokumentation zugunsten von Einzelkrankenkassen oder Krankenkassenarten“ vollständig auszuschließen, muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung Software, die bereits zertifiziert und im Einsatz ist, stichprobenartig auf eine Übereinstimmung mit dem Zertifikat überprüfen. Gleichzeitig ist nochmal zu verankern, dass individuelle Kodiervereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern unzulässig sind.

Daher ist im TSVG folgende Anpassung vorzunehmen:

Änderungsvorschlag:

Dem § 295 Absatz 4 SGB V werden folgende Sätze 6 und 7 angefügt:

„Die Übereinstimmung der in der Praxis angewandten Software mit dem Zertifikat ist stichprobenartig zu überprüfen. Individuelle Kodiervereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern sind unzulässig.“

(3) Verbot der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen

Das Verbot einer Beratung durch Krankenkassen oder von diesen beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen wurde im Rahmen des HHVG noch einmal klarstellend unterstrichen. Es ist für die Prüfdienste allerdings nach eigener Aussage schwierig, dies durchgängig zu überwachen. Aus diesem Grund muss die Beratung durch Krankenkassen (insbesondere durch sog. „Arztbesuche“ in der ärztlichen Praxis) grundsätzlich verboten werden.

Daher schlagen wir die Aufnahme des folgenden Änderungsvorschlages ins TSVG vor:

Änderungsvorschlag:

§ 305a SGB V wird wie folgt geändert:

In der Aufzählung in Satz 1 ist der Zusatz „und die Krankenkassen“ zu streichen.

(4) Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität

Losgelöst von der Überprüfung einer rechtskonformen Ausgestaltung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, sollte das speziell mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen betraute Referat beim Bundesversicherungsamt die Verträge von bundes- wie auch von landesunmittelbaren Krankenkassen auf Konformität mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich überprüfen. Dies gilt für alle Verträge – auch Bestandsverträge – auf deren Grundlage Daten in den Morbi-RSA gemeldet werden. Mit der Prüfung wird sichergestellt, dass mittels der Verträge kein Einfluss auf Kodierung zu RSA-Zwecken erfolgt.

Daher schlagen wir die Aufnahme des folgenden Änderungsvorschlages ins TSVG vor:

Änderungsvorschlag:

§ 272 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt prüft sämtliche Verträge im Hinblick auf Konformität mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen.“

(5) Beschleunigung der Prüfungen nach § 273 SGB V und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen

Der Gesetzgeber hat das Bundesversicherungsamt mit der Aufgabe betraut, Verstöße gegen die gesetzlichen Vorgaben zur RSA-Datenübermittlung zu prüfen und mit Strafzahlungen zu ahnden. Dies ist im Sinne einer Vermeidung von Manipulationen und zum Erhalt des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit des Mechanismus des Morbi-RSA auch zwingend erforderlich.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA stellt in seinem aktuellen Gutachten zur Evaluation des Morbi-RSA jedoch fest, dass diese Prüfungen bislang lediglich für die Ausgleichsjahre bis 2012 erfolgt sind. Damit besteht ein erheblicher zeitlicher Verzug zum letzten abgeschlossenen Ausgleichsjahr 2017. Mit der Vorgabe, dass die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach §273 Abs. 2 SGB V innerhalb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen

hat, soll diese Lücke geschlossen und damit für die gesetzlichen Krankenkassen auch (Rechts-)Sicherheit zu abgeschlossenen Ausgleichsjahren geschaffen werden.

Zudem muss ein Höchstmaß an Transparenz auch über die Tätigkeit der Prüfstellen bestehen. Derzeit ist unklar, welche Krankenkassen Korrekturbeträge für welchen Verstoß zahlen müssen. Die Vorgabe, die verhängten Korrekturbeträge zusammen mit der Art des Verstoßes und dem Namen der entsprechenden Krankenkasse zu veröffentlichen, würde im Hinblick auf rechtswidrige Einflussnahmen abschreckend wirken und das Vertrauen in das System erhöhen. Von der Veröffentlichung des Namens der Krankenkasse sollte abgesehen werden, wenn die Krankenkasse den Verstoß selbst und unaufgefordert beim Bundesversicherungsamt anzeigt. § 273 SGB V wird wie folgt geändert.

Daher schlagen wir die Aufnahme des folgenden Änderungsvorschlages ins TSVG vor:

Änderungsvorschlag:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die kassenübergreifende Auffälligkeitsanalyse nach Absatz 2 Satz 3 hat innerhalb eines Jahres nach Eingang der zugehörigen Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt zu erfolgen.“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Die Art des Verstoßes gegen die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14, die Höhe des ermittelten Korrekturbetrages sowie der Name der betroffenen Krankenkasse sind auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes zu veröffentlichen. Sofern der Verstoß nach Satz 1 unaufgefordert und unmittelbar nach Bekanntwerden durch die betroffene Krankenkasse angezeigt wurde, erfolgt keine Veröffentlichung des Kassennamens.“