Bundesversicherungsamt

Veränderungen bei Diagnoseprävalenz und Arzneimittelverordnungen bei GKV-Versicherten im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA

PD Dr. med. Volker Arndt, M.P.H.
Bundesversicherungsamt Bonn

Suche
in Panorama

DasErste.de Startseite

Informationssendungen
Alle Sendungen

Panorama
Aktuell
Archiv
Panorama - Die Reporter
Blog
Geschichte
Redaktion
Newsletter
Impressum
Kontakt
Podcast
Unterhaltungssendungen
Check Eins - Kinder
Interaktiv
Service
Programm
Sendungen im Ersten A-Z
Das Erste Mediathek

Panorama vom 14. Oktober 2010

Gesundheitsreform: Großes Geschäft mit chronisch Kranken

Gesundheitsreform: Großes Geschäft mit chronisch Kranken

“Panorama“ vom 14. Oktober 2010

- Deutschland scheint plötzlich ein Land voller Kranker zu sein – jedenfalls wenn man sich die Daten des **Bundesversicherungsamtes** genauer anschaut.
- Ob bei Arterienverkalkung, bestimmten Formen der Diabetes oder psychischen Störungen: die **Zahl der Erkrankungen ist teilweise um 20 Prozent** innerhalb eines einzigen Jahres gestiegen.
- Medizinisch ist die sprunghafte Zunahme chronisch-kranker Patienten kaum zu erklären.
- Der Grund für die auffälligen Anstiege scheint denn auch ein anderer: Die neue Kostenverteilung aus dem Gesundheitsfonds von 2008, in deren Zentrum der so genannte "**morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich**" steht.

Hintergrund

- Mit der Einführung des Gesundheitsfonds werden die Beiträge der GKV-Versicherten morbiditätsabhängig verteilt.
- Um höhere Behandlungskosten auszugleichen, wird für 80 Erkrankungen ein Zuschlag aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) gezahlt.
- Dies macht nicht nur kranke Mitglieder für die Kassen interessanter, sondern setzt auch Anreize, Patienten kränker zu machen, als sie sind.

Erste **Hinweise auf Upcoding-Aktivitäten** erschienen bereits im **Dezember 2008 kurz nach Bekanntgabe (30.09.2008) der im Morbi-RSA berücksichtigten Diagnosen**

Kassen also, die „bislang als finanziell gut aufgestellt galten".

Jagd auf chronisch Kranke

Der Gesundheitsfonds setzt die Spielregeln für den Wettstreit der Krankenkassen neu. Dabei machen den Versicherern vor allem drei Veränderungen zu schaffen: Erstens: Der einheitliche Beitragssatz von 15,5 Prozent. Er beraubt vor allem Kassen, die bis dahin mit günstigen Beitragssätzen und einem abgespeckten Service um Kunden warben, ihres Geschäftsmodells. Außerdem verändert zweitens auch der im Fonds vorgesehene Finanzausgleich den Wettbewerb zwischen den Kassen. Er zwingt sie, die Beitragseinnahmen ihrer Mitglieder direkt an den Fonds abzuführen. Von dort bekommen sie für jeden Versicherten eine monatliche Pauschale zurücküberwiesen, die je nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand zwischen 80 und über tausend Euro betragen kann. Der Finanzausgleich soll das System gerechter machen. Wer viele Kranke hat, bekommt mehr Geld. Damit ändert sich aber auch das Kalkül der Kassen: Warben sie bislang vor allem um gesunde Mitglieder, so könnten sie sich künftig gezielt an chronisch Kranke wenden. Mit dem Finanzausgleich steigt außerdem der Dokumentationsaufwand, was vor allem kleine Kassen schwer bewältigen können.

Zuletzt erhöht auch der mit der Ge-

Kassen werben um chronisch Kranke

Die AOK Niedersachsen animiert Ärzte, Patienten als sehr krank einzustufen. Dann gibt es mehr Geld für die

Versicherten. Ab 2009 orientieren sie sich am Gesundheitszustand. Die Knappschaft bekam im alten System viel Geld, da sie viele erwerbsunfähige Bergleute versichert. Jetzt muss sie sehen, dass sie

Krankenkassen

„Jagd auf chronisch Kranke"

Es ist die Perversion des Systems: Statt si gesunde Versicherte zu bemühen, finden an kranker Kundschaft. Grund: Es lohnt si

Mit dem 2009 startenden Gesundheitsfonds wird es für die gesetzlichen Krankenkassen deutlich attraktiver, chronisch kranke Versicherte unter der eigenen Kundschaft zu haben. „Manche Kassen machen regelrecht

Werden wir auf dem Papier kränker gemacht als wir sind?

aerzteblatt.de

Dtsch Arztebl 2009; 106(5): A-172 / B-147 / C-143

Morbi-RSA: Gerangel um „korrekte“ Codierung

...In Niedersachsen besuchten Krankenkassen-Vertreter Ärzte in ihren Praxen und baten sie, die Diagnose von einzelnen Patienten zu überprüfen. Dies wurde nach Angaben der Kasse mit zehn Euro je Patientenakte belohnt.

... In Bayern rief der Vorsitzender des Bayerischen Hausärzteverbands e.V., seine Kollegen dazu auf, „derzeit ausschließlich für die AOK die Kodierung“ zu prüfen: „Jeder Patient, den Sie als RSA-Patienten mehr identifizieren, bringt mehr Honorar“.

SPIEGEL ONLINE

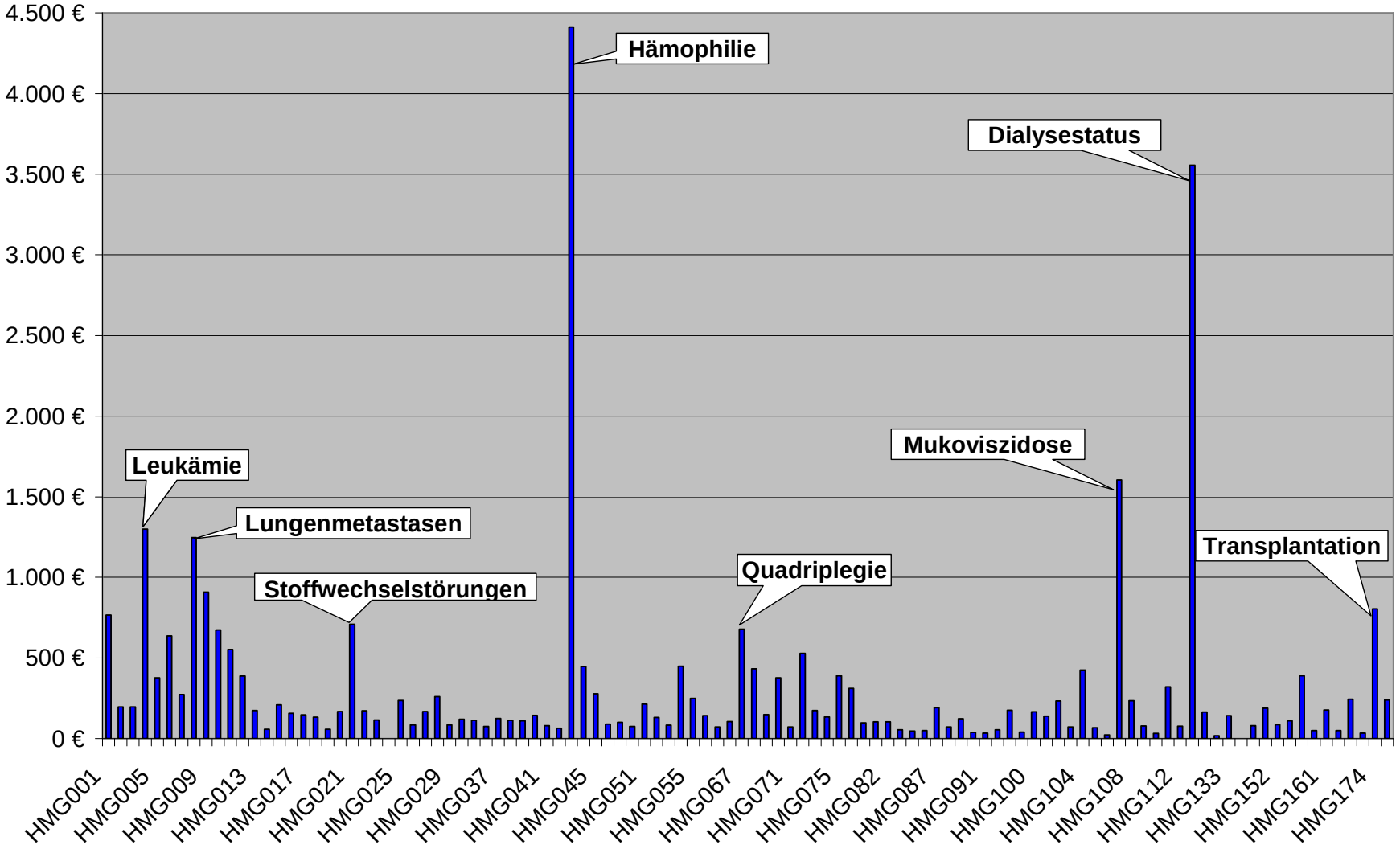
26. Juni 2010, 10:30 Uhr

Pleite-bedrohte Krankenkasse ließ Abrechnungsdaten verändern

[Eine] vor der Insolvenz stehende [Krankenkasse] hat mehr als eine halbe Million Euro an eine Hamburger [Beratungsfirma] bezahlt, um Patientendaten nachträglich zu verändern. Ziel der Krankenkasse war es, bei ihren Versicherten mehr chronische Krankheiten in den Abrechnungen zu dokumentieren, damit die Kasse mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds erhält. [Die Beratungsfirma] stellte nach der Auswertung von Patientenakten in mehreren Kliniken in bis zu 30 Prozent der Fälle Korrekturmöglichkeiten fest. So hatte die Überprüfung von 1313 Versicherten [...] zur Folge, dass bei 322 Patienten die Diagnosen nachträglich erweitert wurde.

Die [Kasse] erwartet allein durch diese Aktion rund 600.000 Euro Mehrerlöse aus dem Gesundheitsfonds. Die Überprüfung von weiteren 3800 Patienten in anderen Krankenhäusern soll dem Unternehmen zusätzliche Einnahmen von rund 1,3 Millionen Euro bescheren.

Monatliche Zuschläge für Morbiditätsgruppen



§ 273 SGB V und die Prüfungen des BVA

Kassenübergreifende Auffälligkeitsprüfung

- Vorselektion: Auswahl der zu untersuchenden HMG über ein **GKV-weites Grouping** für die ambulanten Diagnosedaten
  - ➢ Alle HMG mit einer Steigerungsrate von 2007 zu 2008 > 10% werden überprüft

- Prüfung HMG-Besetzung
  - Grouping auf Kassenebene und Veränderung der HMG-Besetzungswerte von 2007 zu 2008
  - Validierung über einen Chi-Quadrat-Unabhängigkeits-Test
  - Schwellenwert für eine Auffälligkeit: Steigerungsrate von >50%, bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit für den Chi-Quadrat-Test < 0,05

- Prüfung Diagnosehäufigkeit nach Quartalen
  - Veränderung des Diagnoseverhältnisses aus Q4 zu Q3 je ausgewählter HMG von 2007 zu 2008 auf Kassenebene
  - Validierung über einen Chi-Quadrat-Unabhängigkeits-Test
  - Schwellenwert für eine Auffälligkeit: Steigerungsrate von >80%, bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit für den Chi-Quadrat-Test von < 0,05.

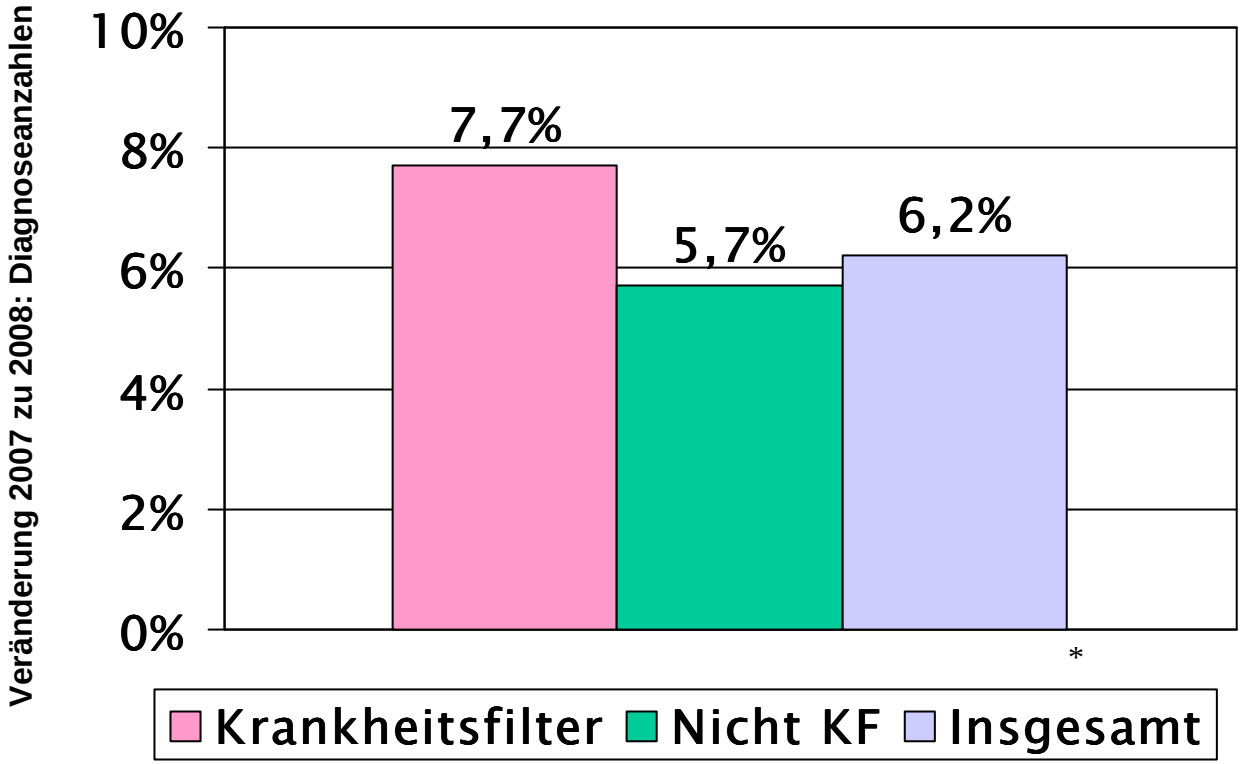
Datengrundlage

Datenvolumen „Vollerhebung“zur Versichertenklassifikation (N=71.728.080 eindeutige Individuen)		
Satzart	Anzahl Datensätze	Dateigröße (GB)
SA100 (Stammdaten)	74.1 Mill.	5.2 GB
SA400 (Arzneimittel-Verordnungen)	624.1 Mill.	44.5 GB
SA		
SA		

Datenvolumen „Stichprobe“ zur Krankheitsauswahl und Berechnung der Risikozuschläge (N=5.542.161 eindeutige Individuen)		
Satzart	Anzahl Datensätze	Dateigröße (MB)
SA100 (Stammdaten)	5.8 Mill.	745 MB
SA400 (Arzneimittel-Verordnungen)	47.7 Mill.	5200 MB
SA500 (Diagnosen „stationärer Bereich“)	5.4 Mill.	636 MB
SA600 (Diagnosen „ambulanter Bereich“)	124.8 Mill.	14759 MB
SA700 (Leistungsausgaben)	5.9 Mill.	742 MB

Allgemeiner Diagnoseanstieg 2007=>2008

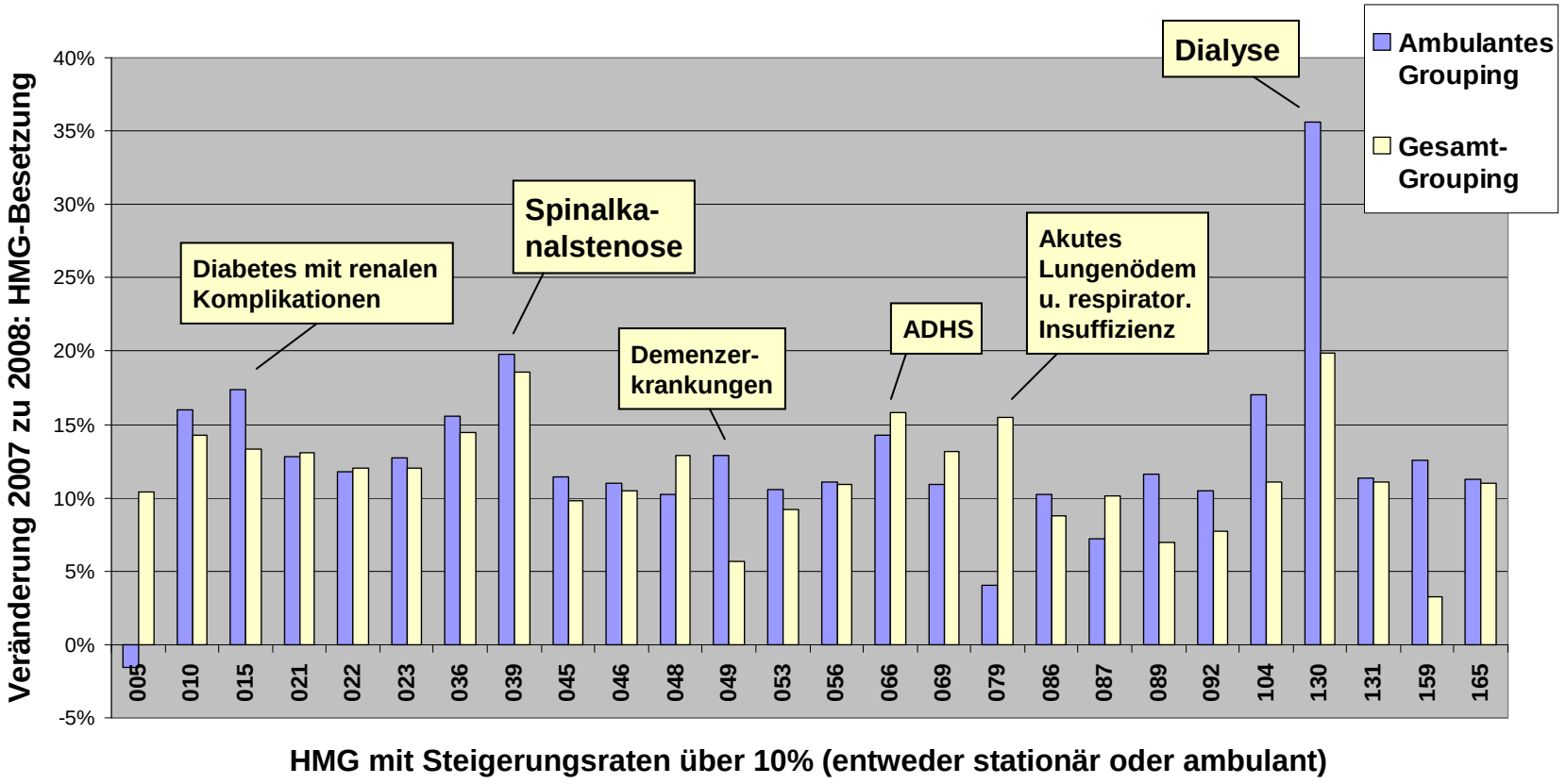
Im ambulanten Sektor liegt der Anstieg der Krankheitsfilter- Diagnosen bei 7,7%, über alle Diagnosen bei rund 6%



* **Diagnosen, die das M2Q-Kriterium erfüllen (2 Diagnosen aus unterschiedlichen Quartalen zur selben Krankheit)**

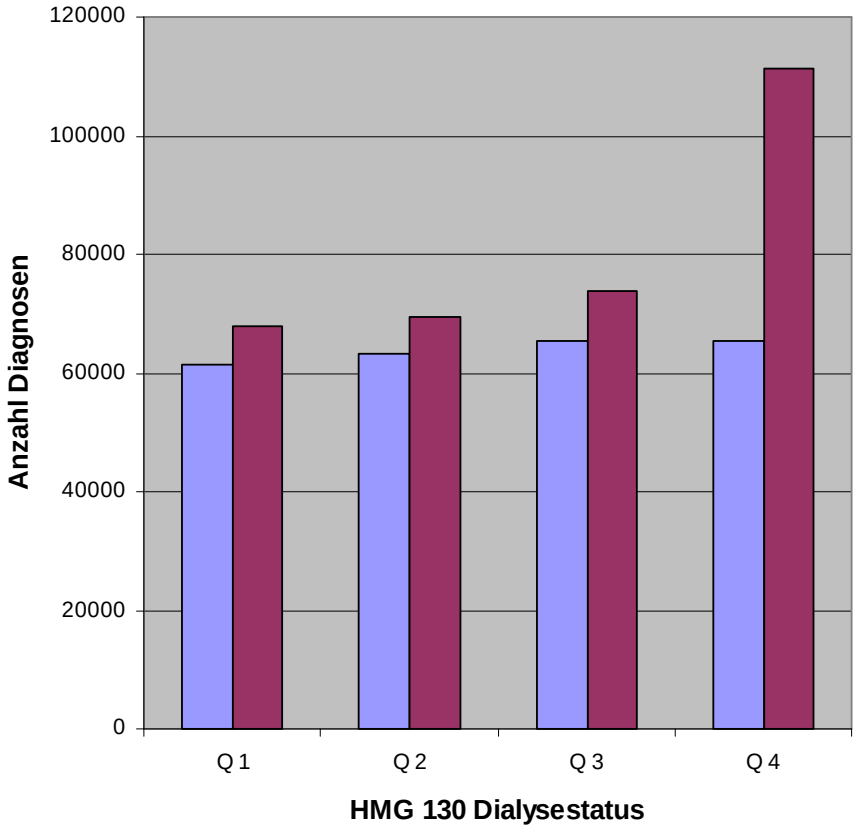
Anstieg auf HMG-Ebene

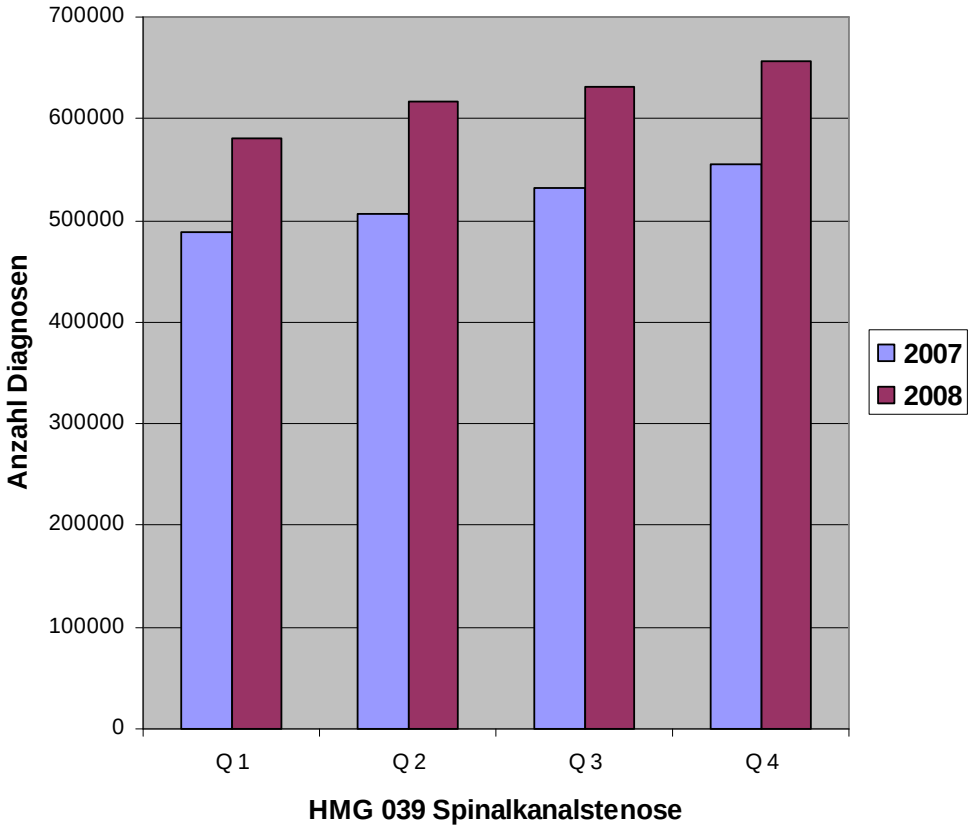
Der Zuwachs geht in den meisten HMG vom ambulanten Sektor aus. Stärkster Anstieg: HMG130 Dialyse mit 35,6%



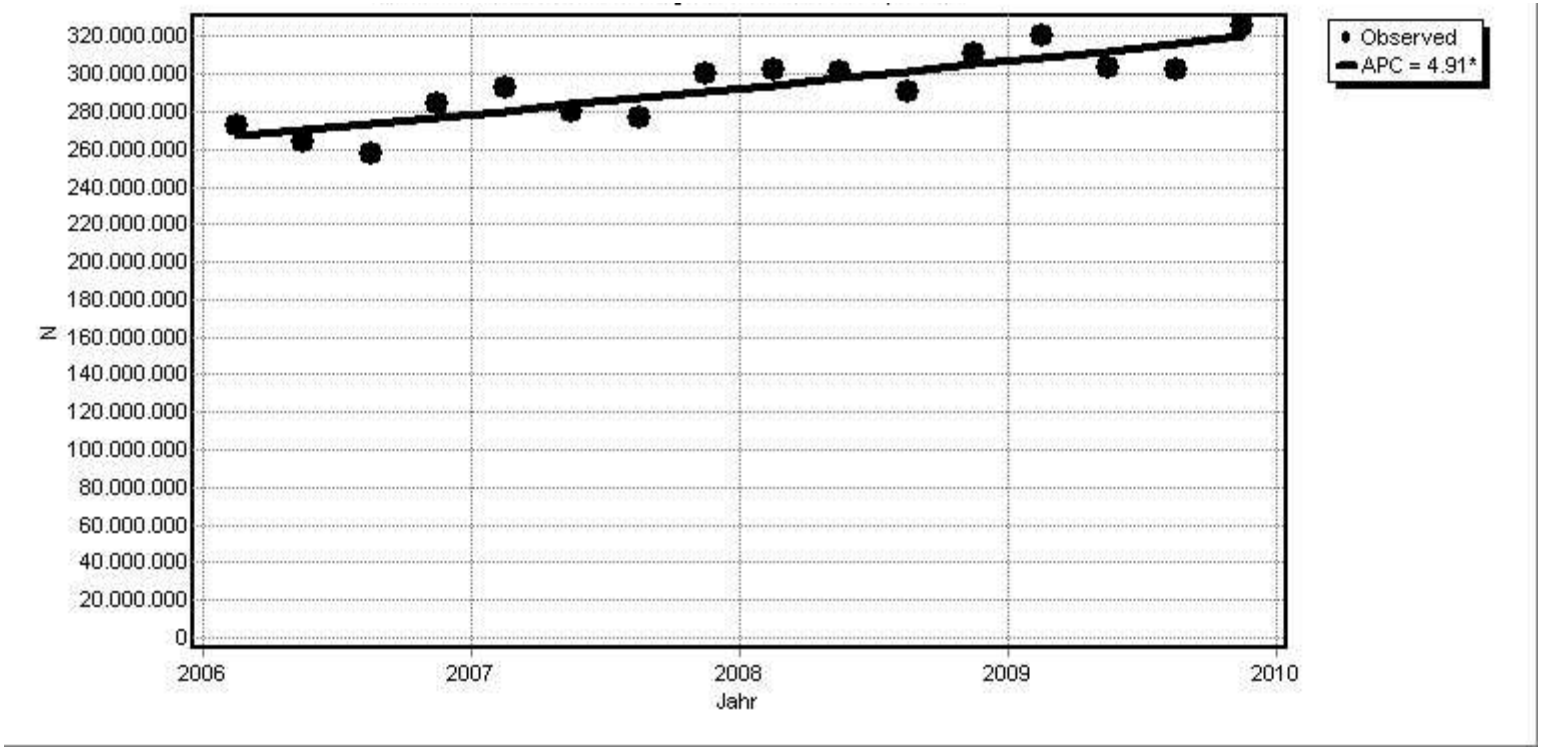
Anstieg auf HMG-Ebene

Diagnoseanstieg nach Quartalen: Nur für die HMG 130 „Dialyse“ zeigt sich ein klarer Anstieg im 4. Quartal

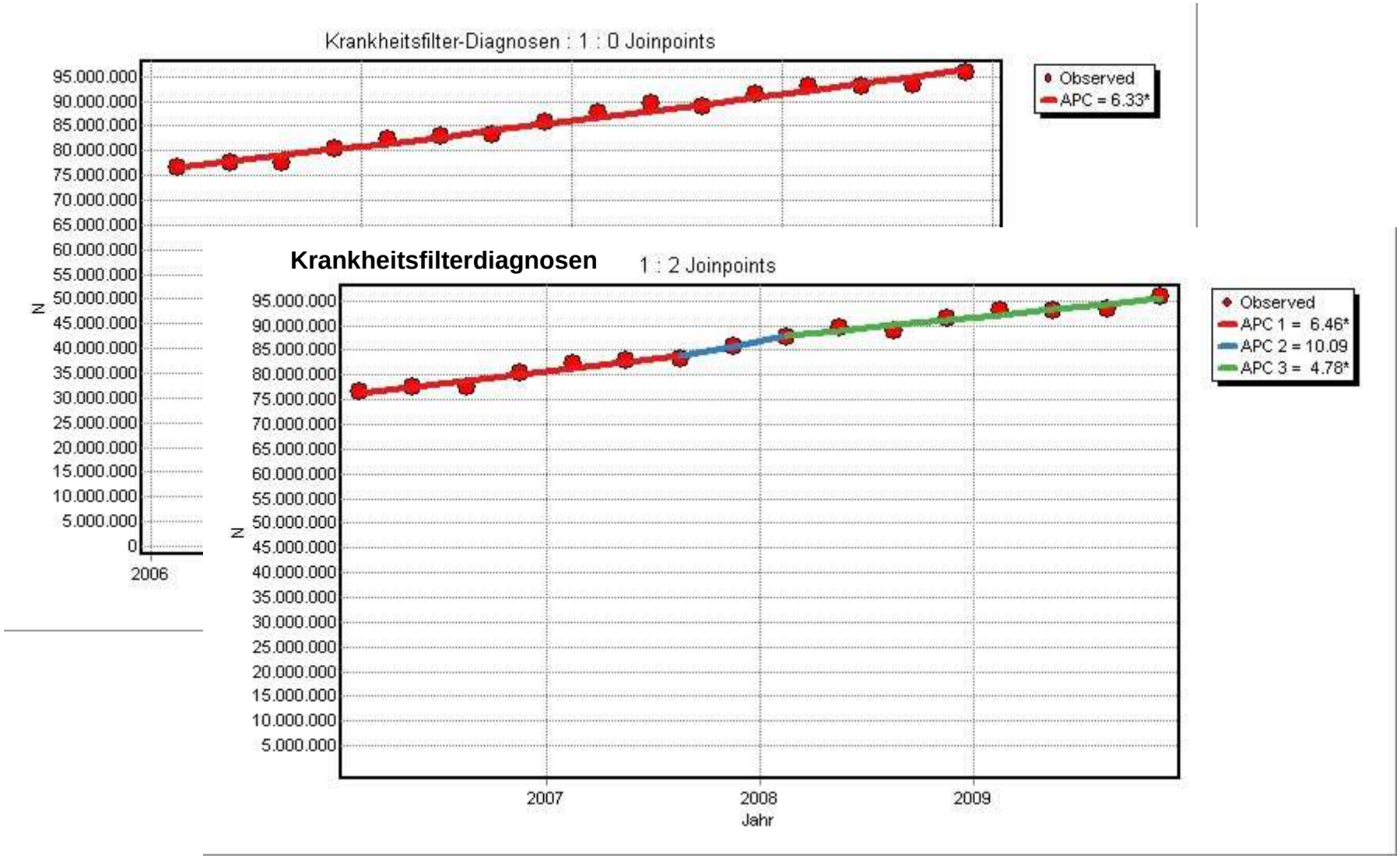




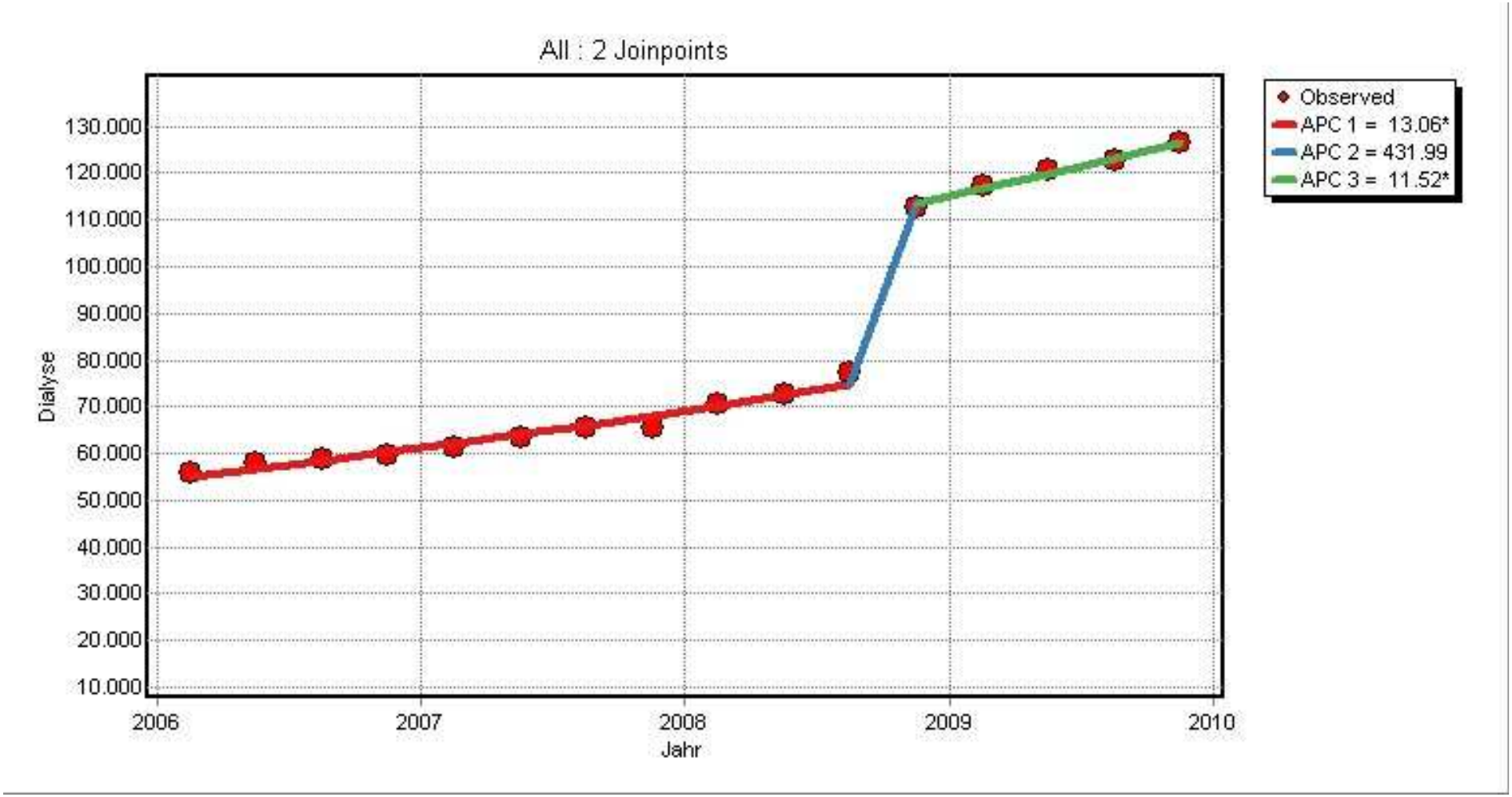
Anzahl der nicht morbi-RSA relevanten Diagnosen aus dem ambulanten Bereich (2006-2009 Vollerhebung)



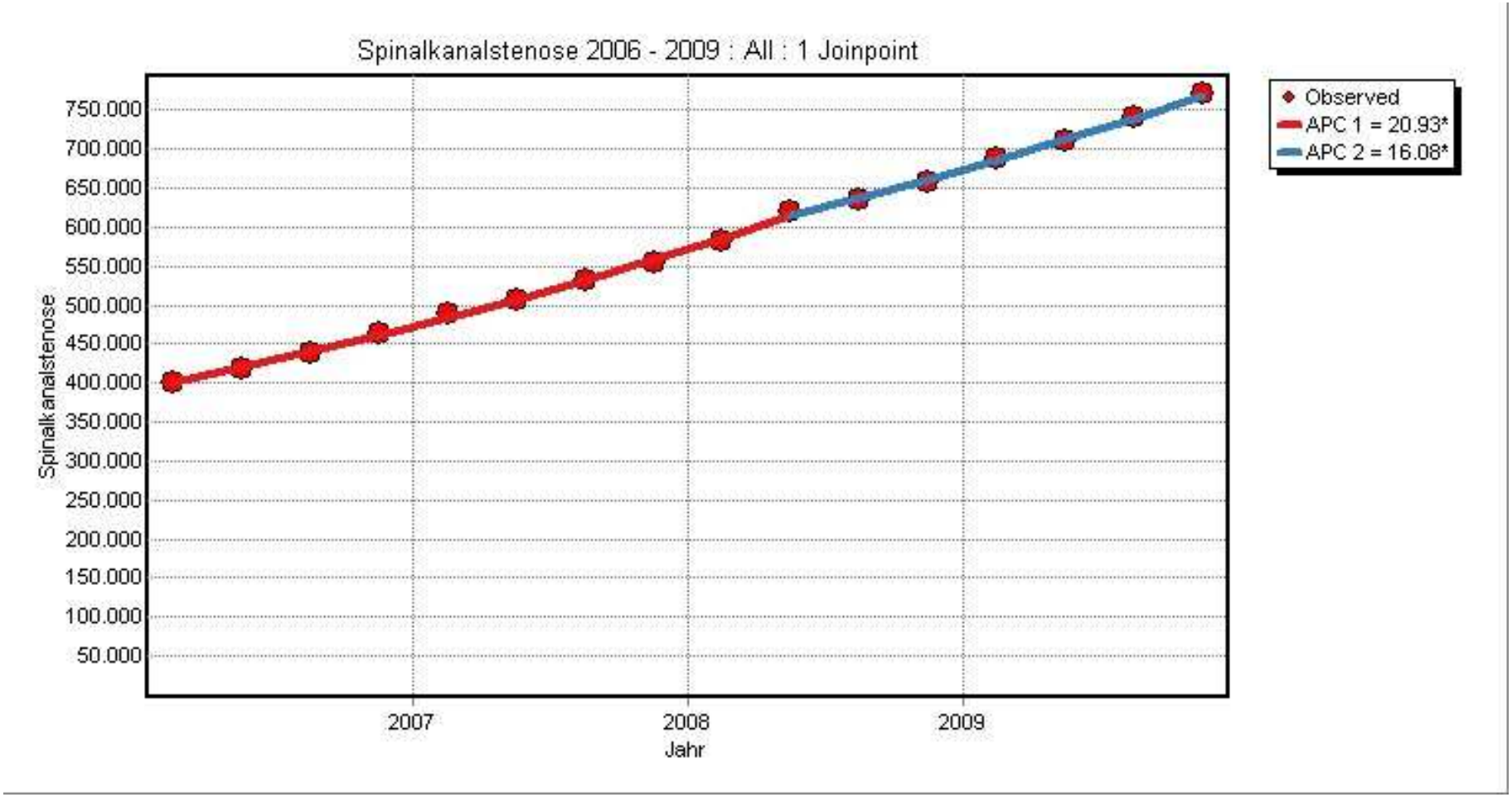
Anzahl der morbi-RSA relevanten Diagnosen aus dem ambulanten Bereich (2006-2009 Vollerhebung)



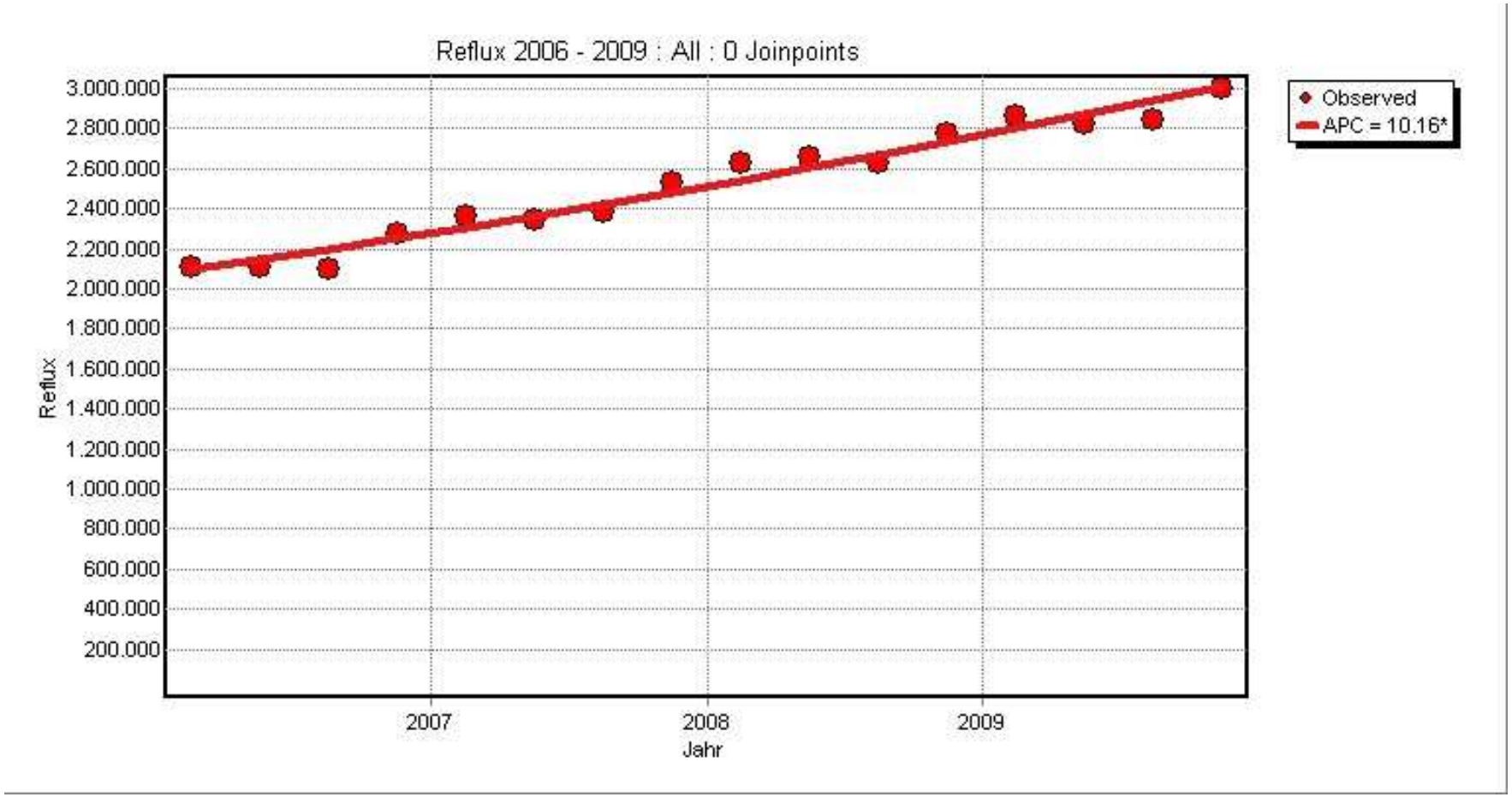
Niereninsuffizienz mit Dialyse 2006-2009: ICD Z49, Z99.2



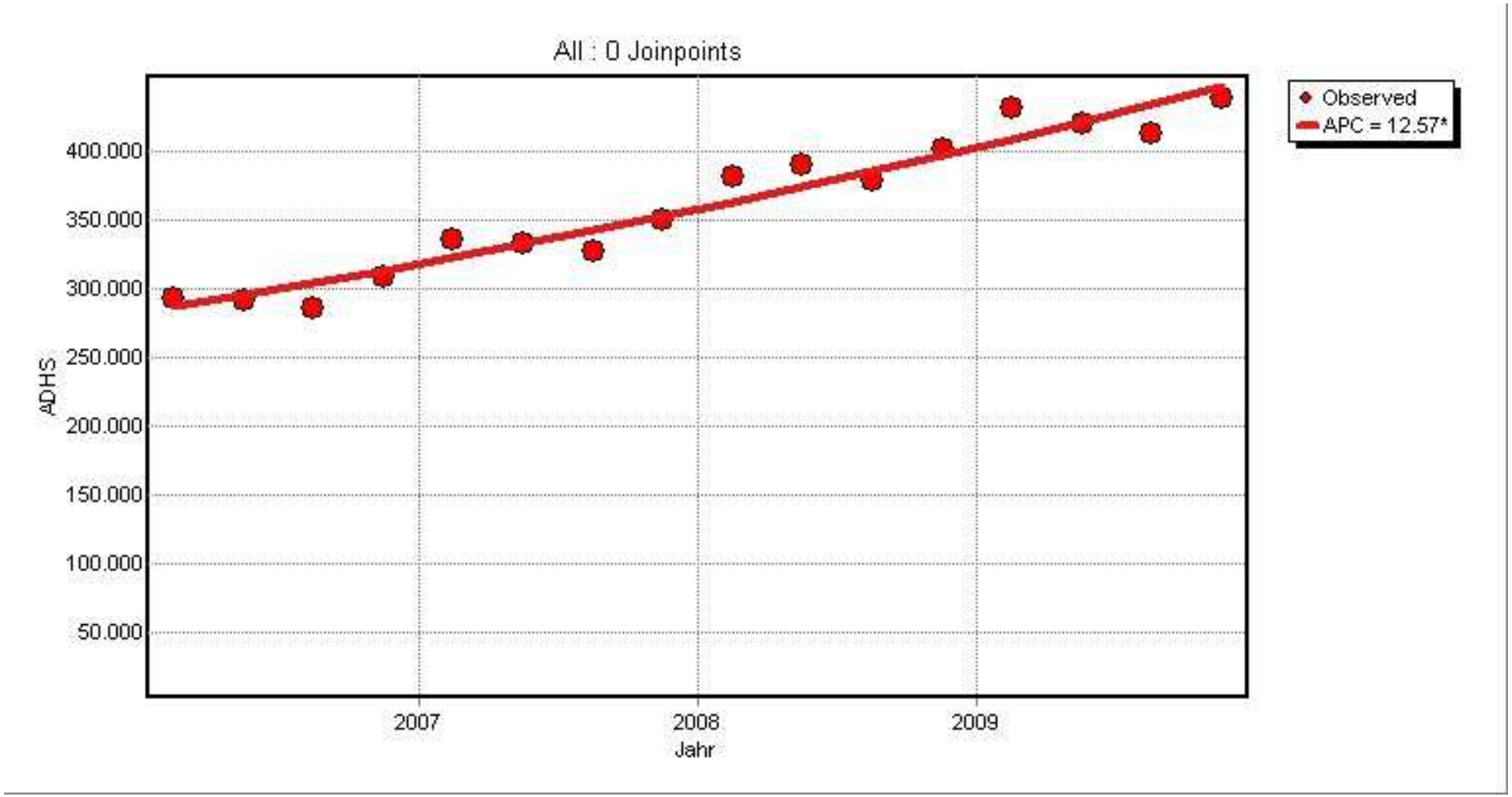
Spinalkanalstenose 2006-2009



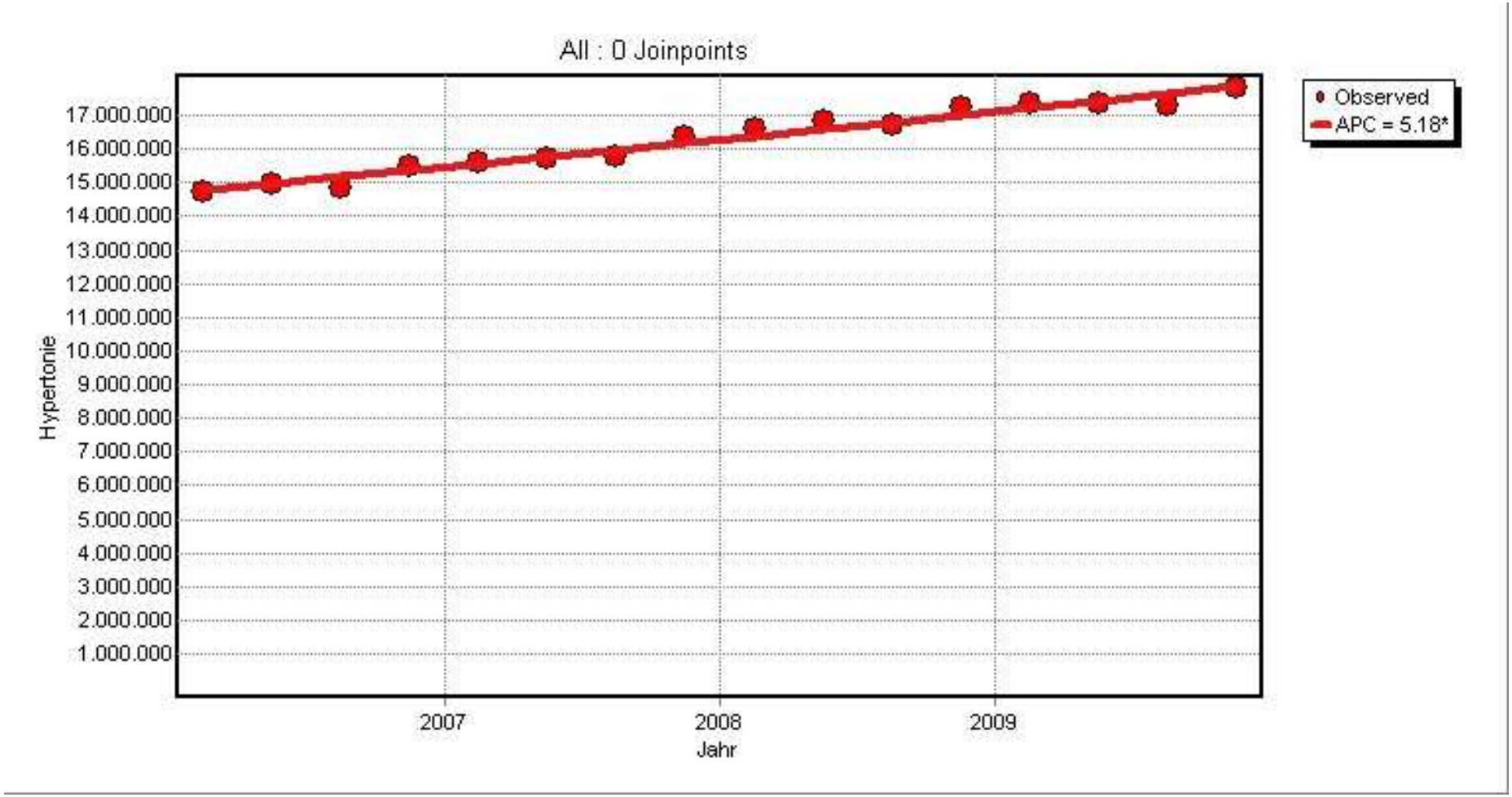
Reflux 2006-2009



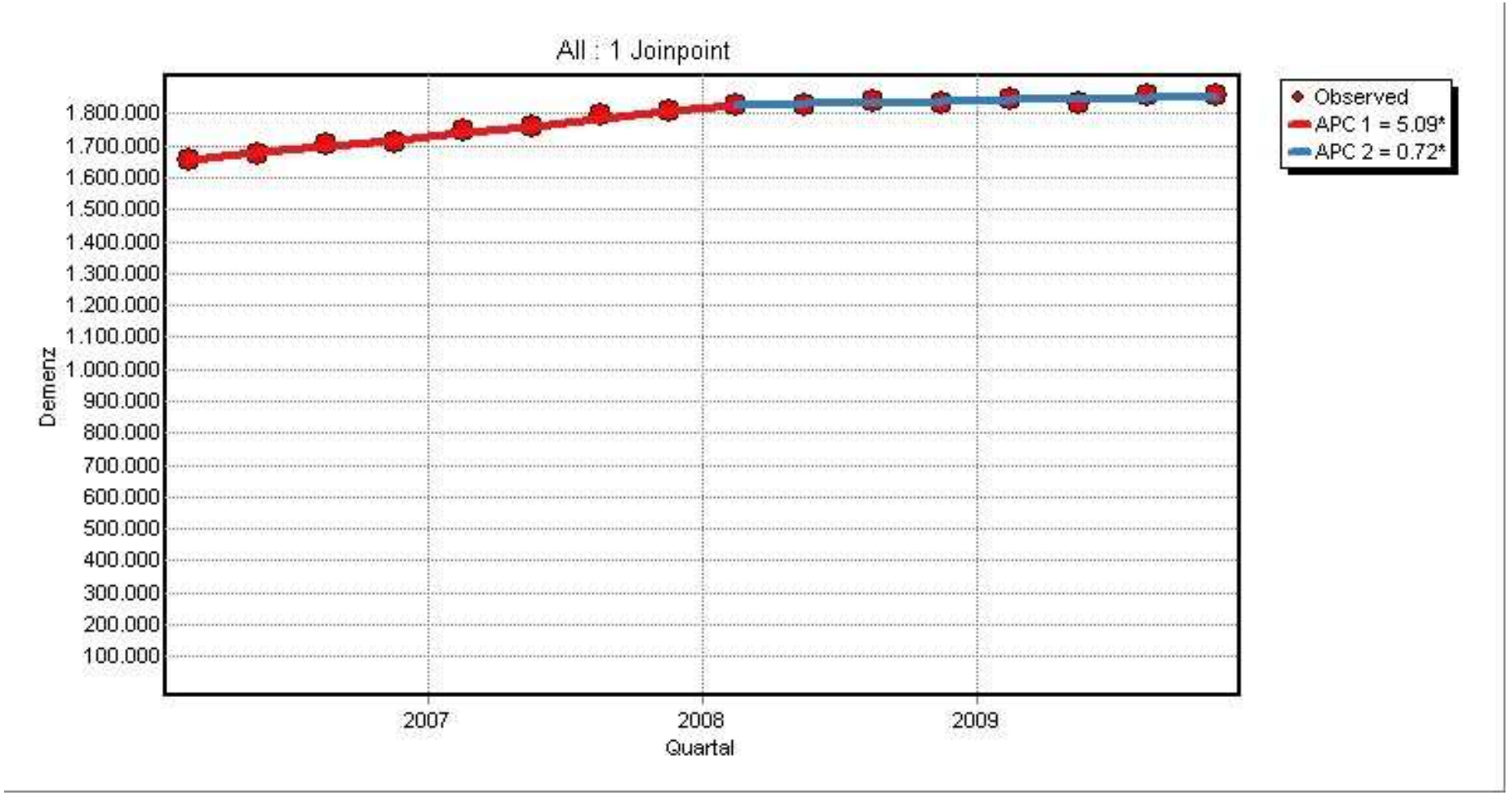
ADHS 2006-2009



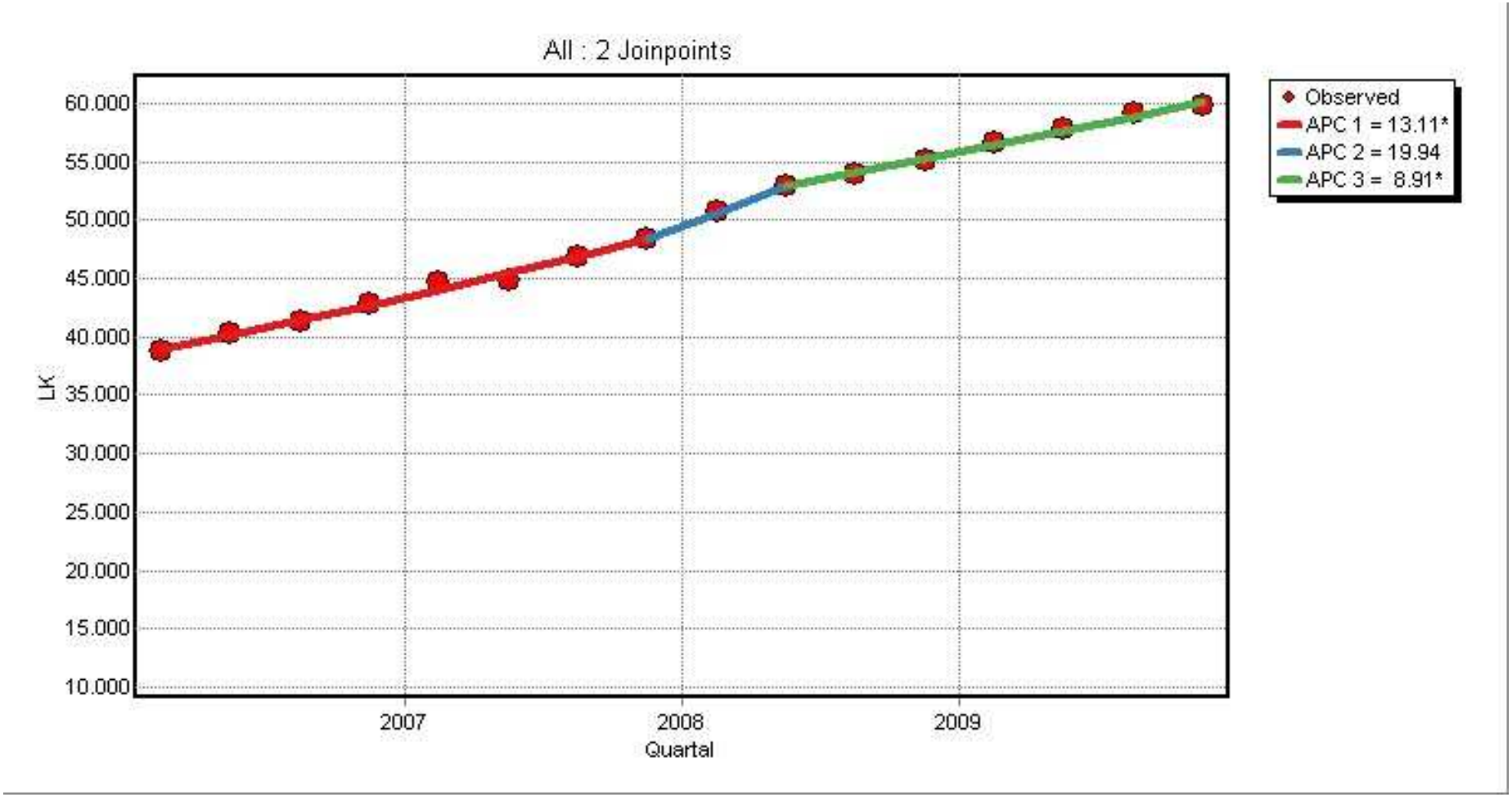
Hypertonie 2006-2009



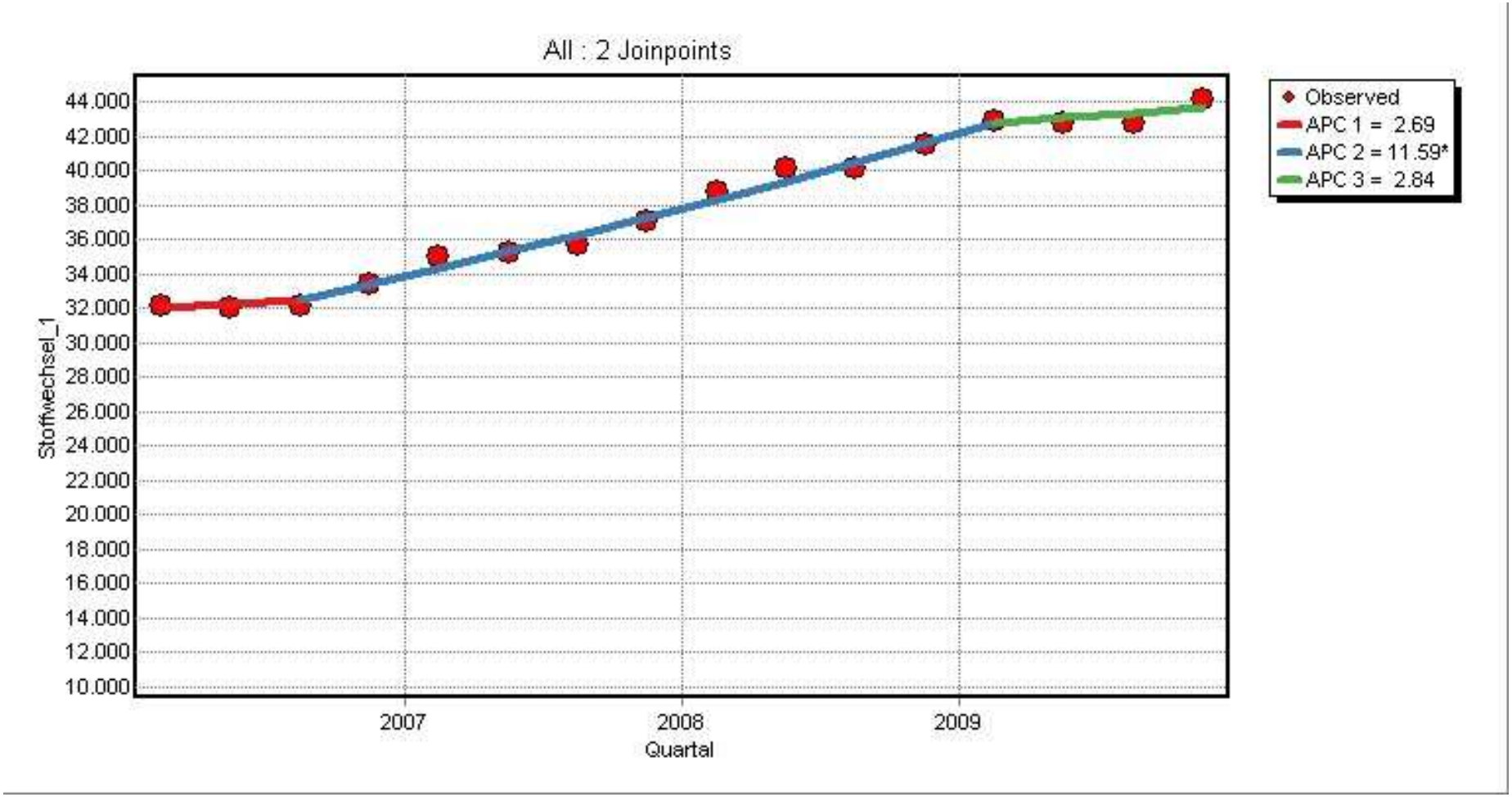
Demenz 2006-2009



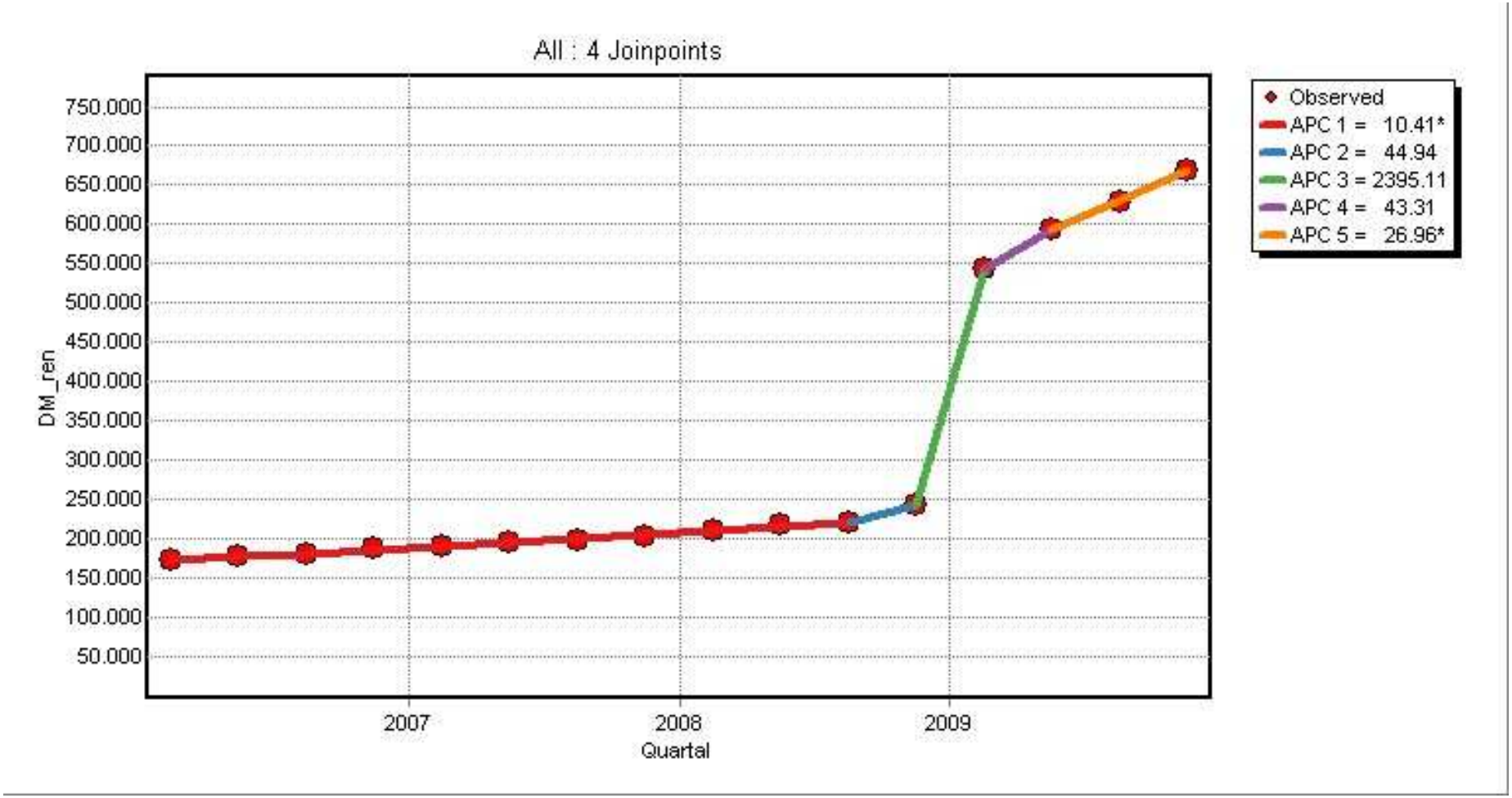
Sekundäre Neubildungen (Lymphknotenmetastasen) 2006-2009



Seltene, sehr teure Stoffwechselerkrankungen 2006-2009



Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen 2006-2009 (gemeldete Diagnosen)



Kapitel IV

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 - E90)

Diabetes mellitus (E10-E14)

Die folgenden fünften Stellen 0 und 1 sind mit den Subkategorien .2-.6 sowie .8 und .9 bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen.

Die folgenden fünften Stellen 2-5 sind ausschließlich mit der Subkategorie .7 bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen.

Die Subkategorien .0 (Koma) und .1 (Ketoazidose) gelten grundsätzlich als entgleist und werden stets mit der fünften Stelle 1 kodiert.

0 Nicht als entgleist bezeichnet

1 Als entgleist bezeichnet

2 Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

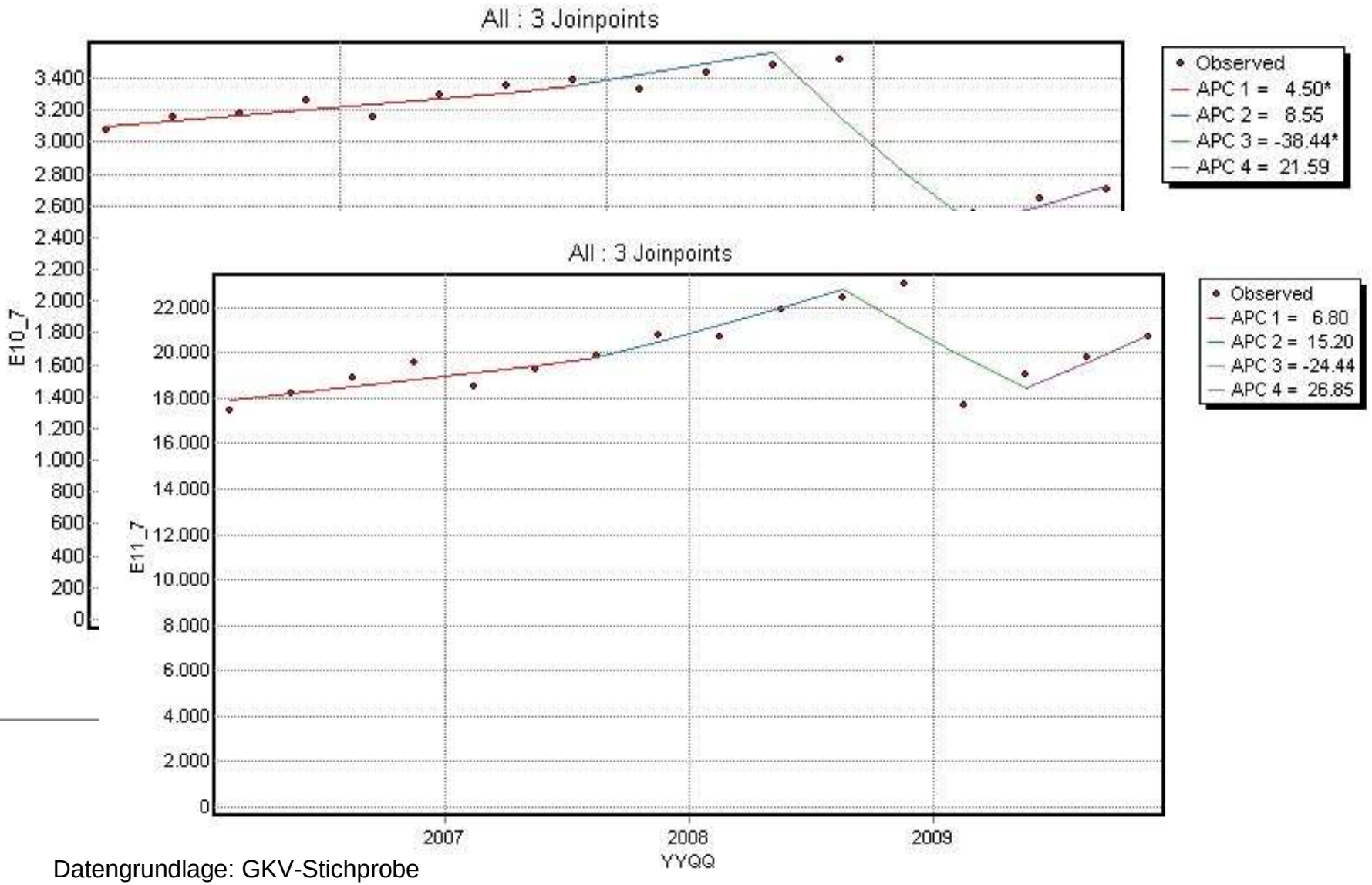
3 Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

4 Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

5 Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

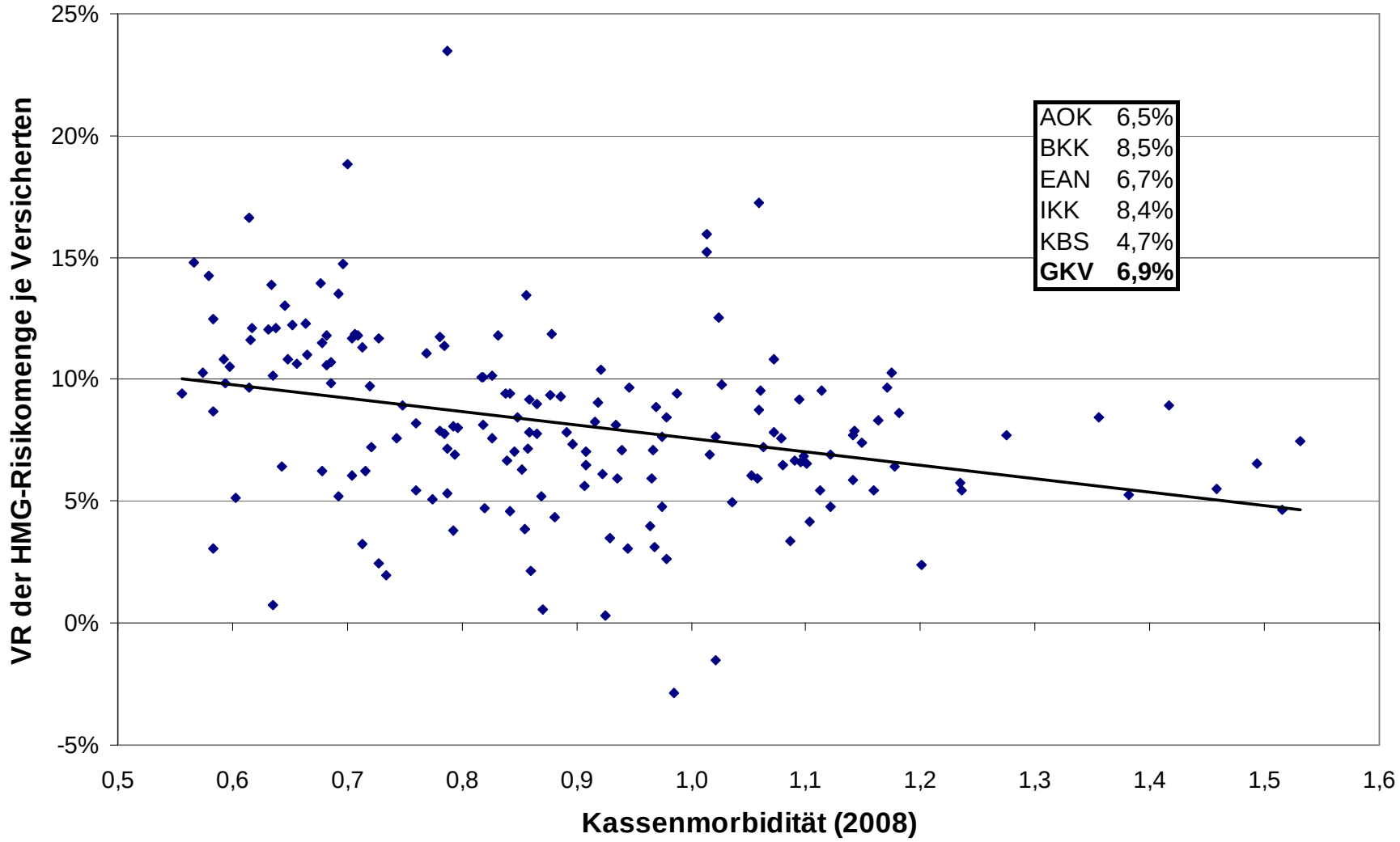
Bundesversicherungsamt

Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen 2006-2009 (4.Stelle = 7)
Auszählung auf Personen-Ebene um Kodiervarianten bereinigt



Datengrundlage: GKV-Stichprobe

Anstieg der Risikomenge nach Kassenmorbidität



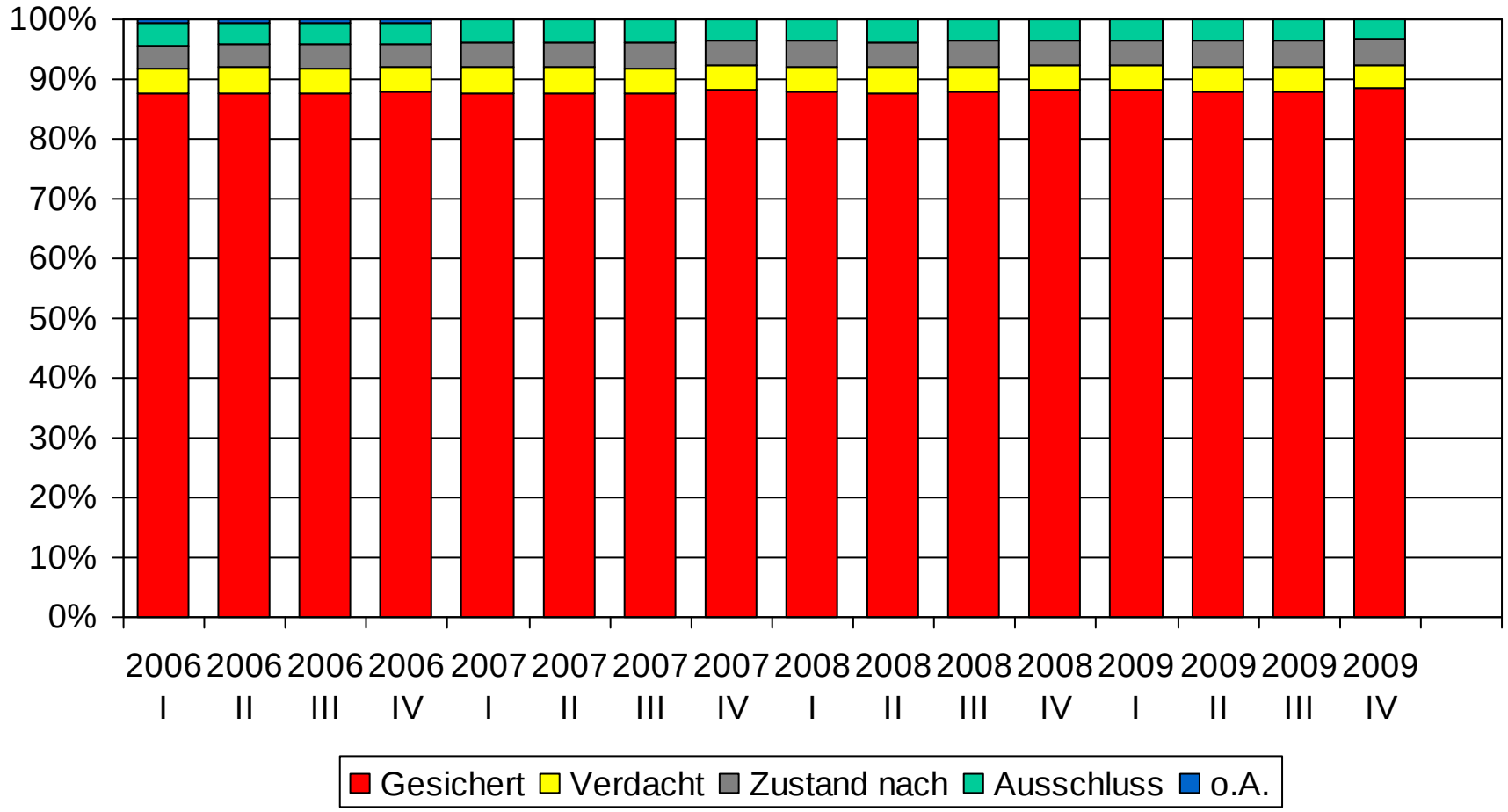
Gründe für den Diagnoseanstieg

- Änderungen in der Versichertenstruktur („demographische Alterung“)
- Medizinisch-technischer Fortschritt (Diagnostik)
- Änderungen im Kodierverhalten der Ärzte (sorgfältiger)
- Datentechnische Vervollständigung der Erfassung bzw. Datenmeldung bei der Kasse

Änderungen bei der formalen Diagnosegüte

Kennzeichen „Diagnosesicherheit“

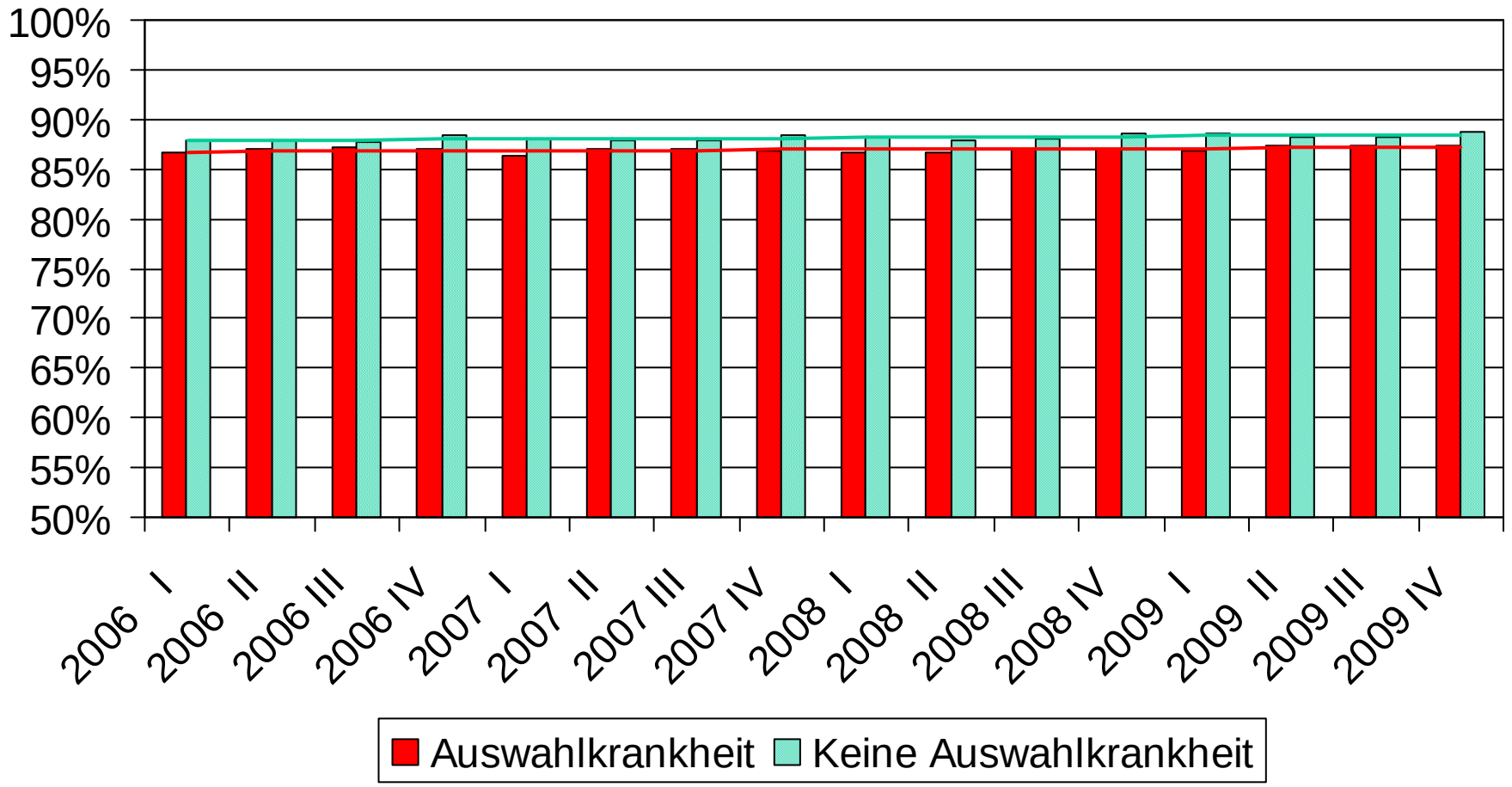
Vertragsärztliche, ambulante Diagnosen 2006-2009



Datengrundlage: GKV-Stichprobe

Anteil der „gesicherten“ Diagnosen nach Relevanz für Morbi-RSA

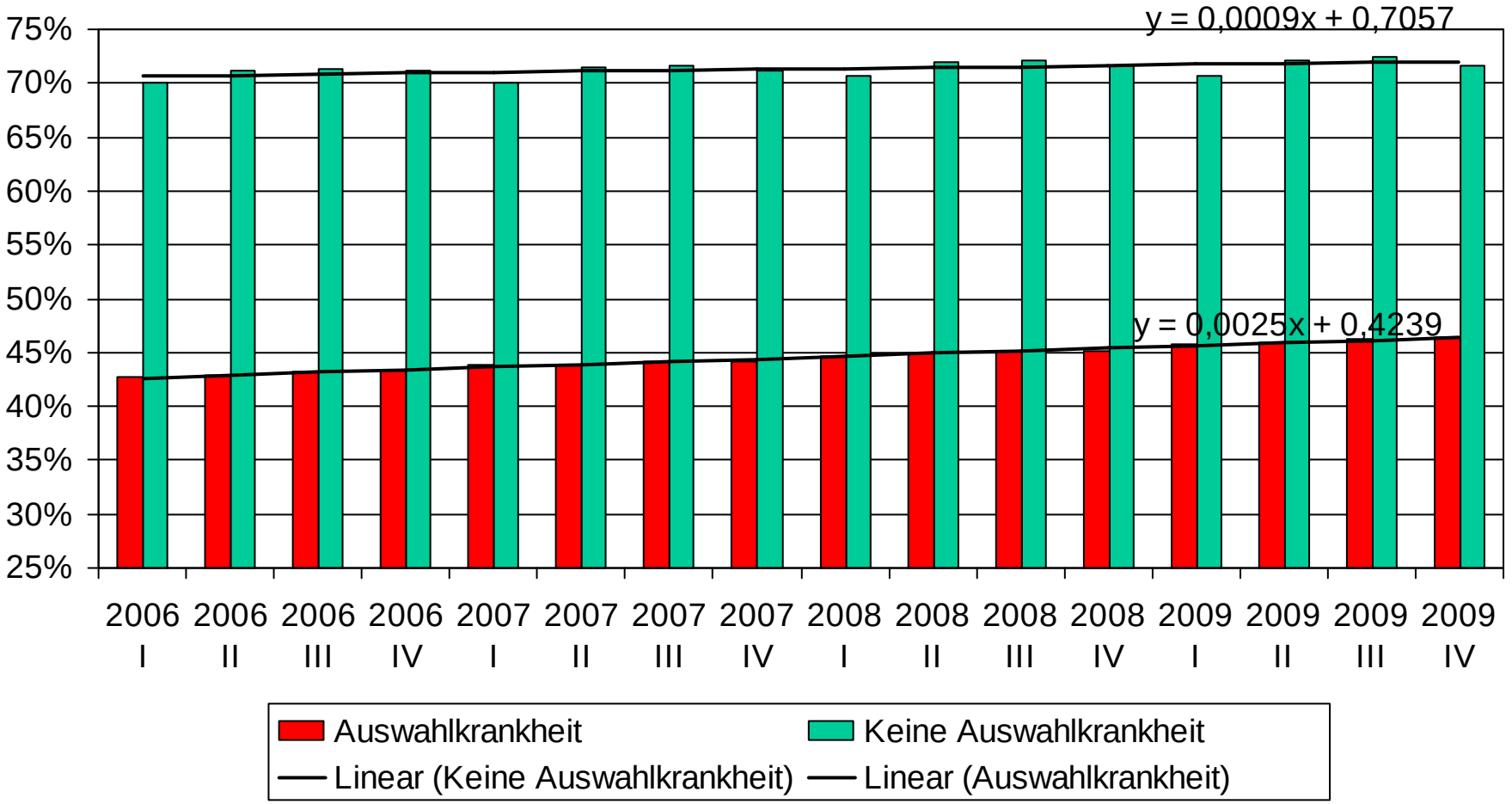
(Vertragsärztliche, ambulante Diagnosen 2006-2009)



Datengrundlage: GKV-Stichprobe

Anteil der „nicht näher bezeichneten “ Diagnosen nach Relevanz für Morbi-RSA

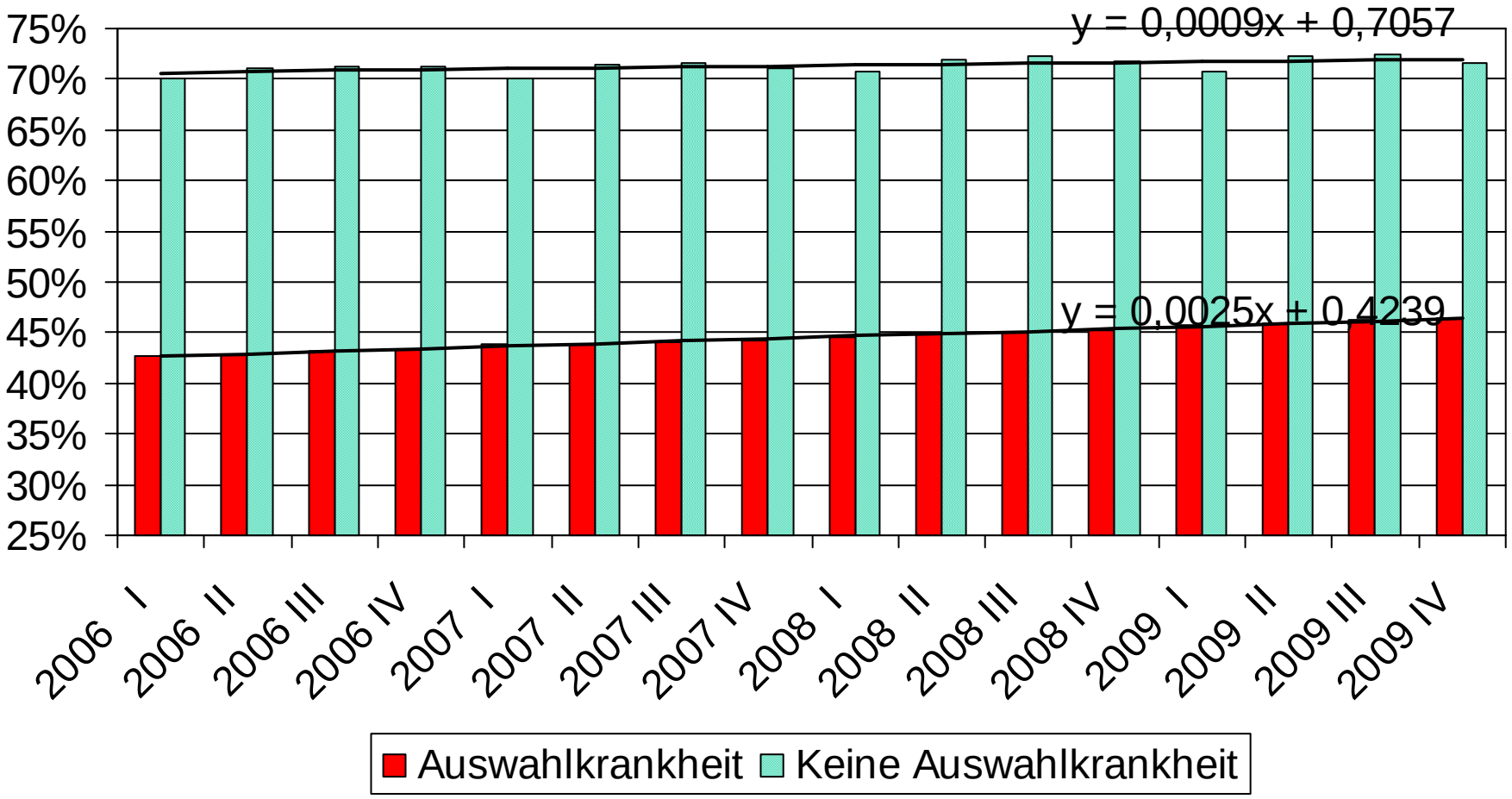
(Vertragsärztliche (ambulante) Diagnosen 2006-2009)



Datengrundlage: GKV-Stichprobe

Anteil der „nicht näher bezeichneten “ Diagnosen nach Relevanz für Morbi-RSA

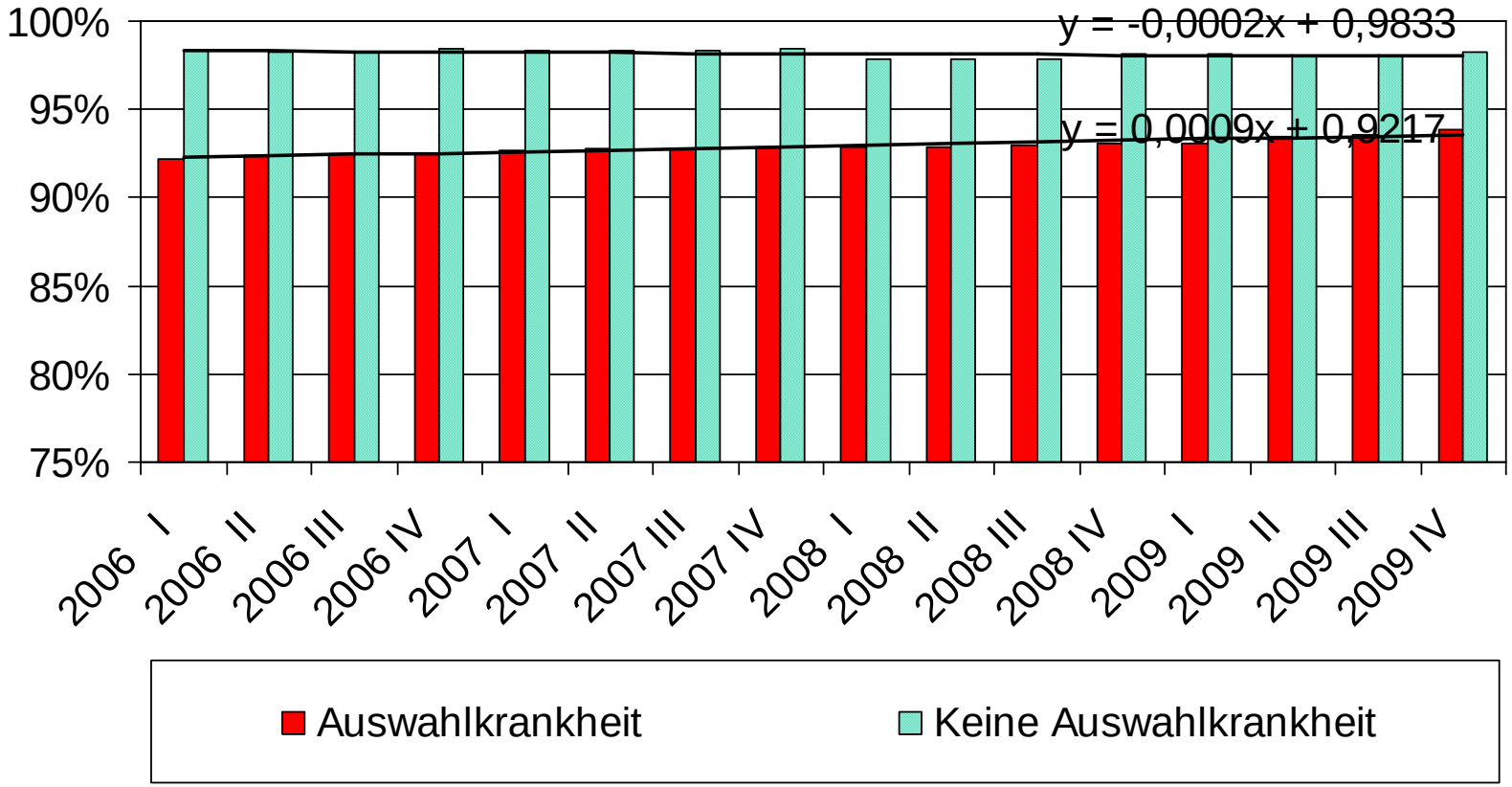
(Vertragsärztliche (ambulante) Diagnosen 2006-2009)



Datengrundlage: GKV-Stichprobe

Anteil der „terminal kodierten“ Diagnosen nach Relevanz für Morbi-RSA

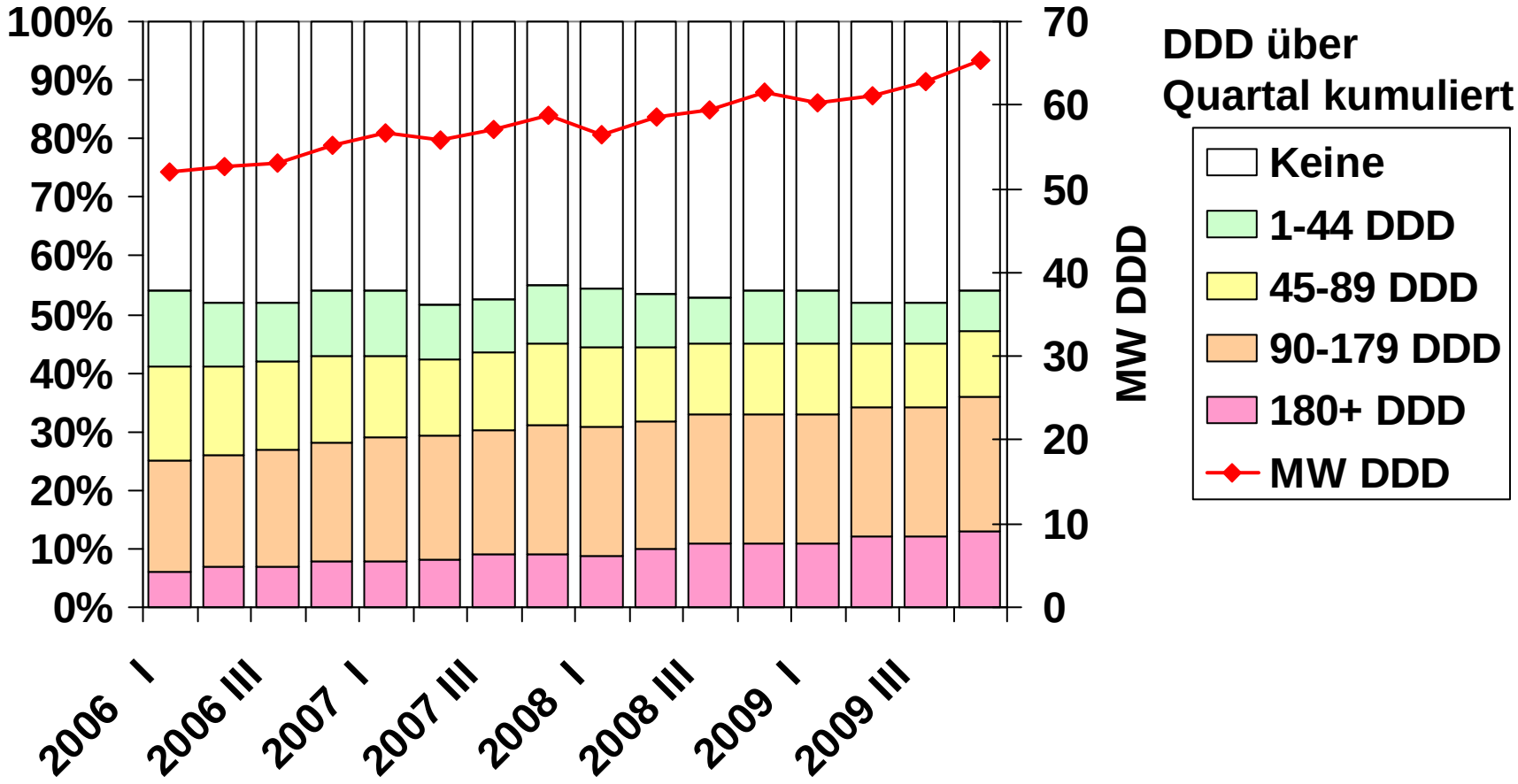
(Vertragsärztliche (ambulante) Diagnosen 2006-2009)



Datengrundlage: GKV-Stichprobe

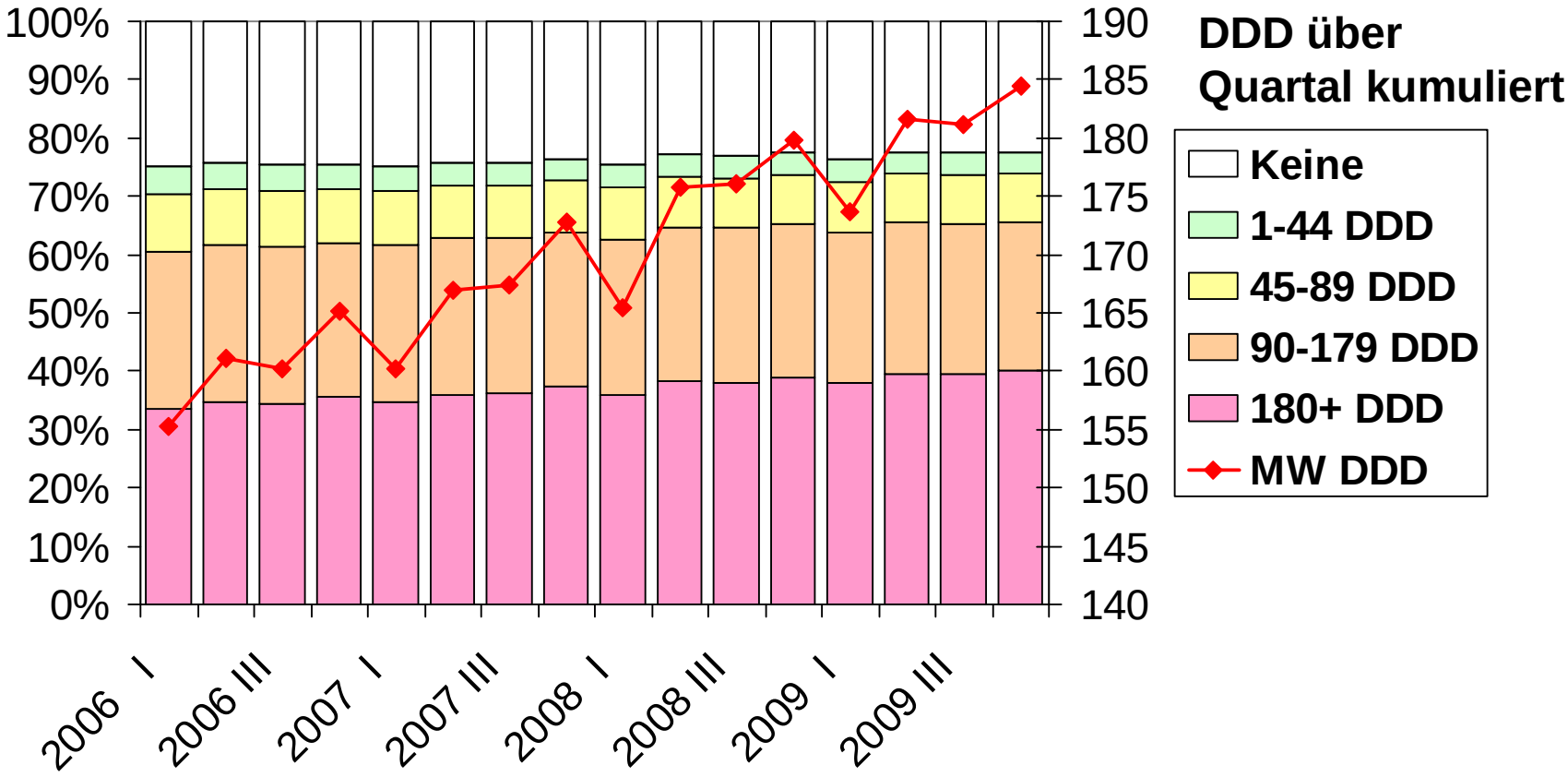
Quantitative Veränderungen bei Arzneimittelverordnungen

Arzneimittelverordnungen (kumul. Tagesdosen) bei Refluxkrankheit, Ösophagitis (DXG173)



Datengrundlage: GKV-Stichprobe

Arzneimittelverordnungen (kumul. Tagesdosen) bei Hypertonie (DXG387)



Datengrundlage: GKV-Stichprobe

Zusammenfassung

- Allgemeiner Anstieg bei der Anzahl der ambulanten Diagnosen
- Ein Zusammenhang mit dem Morbi-RSA findet sich bislang nur für die Z-Kodes Z49, Z99.2 (Dialyse)
- Keine auffallenden Veränderungen bei der formalen Diagnosequalität
- Keine auffallenden Veränderungen bei Arzneimittelverordnungen, die keine zwingende medizinische Therapie bedingen
- CAVE: Untersuchungen bislang nur GKV-weit
  => regionale, kassenspezifische Veränderungen können nicht ausgeschlossen werden