

**Gemeinsame Stellungnahme von BARMER und DAK  
zum Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs 4 RSAV  
durch das Bundesversicherungsamt (BVA)**

**- 20. Juni 2008 -**

**Vorbemerkung**

Mit dem Entwurf des BVA zur Festlegung

- der dem RSA zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen
- des Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen
- des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
- des Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

werden die weiteren Grundlagen zur Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zügig angegangen. Damit ist gewährleistet, dass der Morbi-RSA pünktlich zum 1. Januar 2009 umgesetzt werden kann.

**Grundsätzliche Anmerkungen**

Mit dem Entwurf für das Klassifikationsmodell, das die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen im zukünftigen RSA regelt, ist eine Vielzahl von Ab-, Aus- und Eingrenzungen von Versicherten verbunden. Aufgrund des gesetzlich vorgegebenen „80-Krankheiten-Filters“ und aufgrund der meist nicht eindeutigen Beziehung zwischen Arzneimittelwirkstoffen und Krankheiten erkennen BARMER und DAK die faktische Notwendigkeit der Festlegung von Ab-, Aus- und Eingrenzungskriterien durch das Bundesversicherungsamt an. Viele der vorgenommenen Eingrenzungen erscheinen zudem – unter den gesetzlichen Bedingungen und trotz stellenweiser Inkonsistenzen - sachgerecht. Eine Alternative zu entwickeln, ist für BARMER und DAK aufgrund der kurzen Zeit überdies nicht leistbar.

Grundsätzlich schmälern Ab-, Aus- und Eingrenzungen von Eingangsdaten eines statistischen Klassifikationsverfahrens nach allen bisherigen Erfahrungen dessen statistische Erklärungskraft. Vorhandene Informationen werden „vernichtet“ und dem statistischen Prozess entzogen. Daher sollte eine Festlegung von Ab-, Aus- und Eingrenzungskriterien nur dort vorgenommen werden, wo sie zur Vermeidung oder

Verringerung von Fehlklassifikationen wirklich unerlässlich ist und nicht ihrerseits Anreize zur Manipulation durch „Upcoding“ und „Gaming“ schafft.

Die Entscheidung des BVA für ein „All-encounter-Modell“ und die Entscheidung, nicht für alle DxG die Absicherung durch Arzneimittel zu fordern, wird von BARMER und DAK ausdrücklich unterstützt, da auf diesem Weg die Versorgungsneutralität gewahrt bleibt. Der Ansatz, dass ein Zuschlag in den meisten Fällen durch stationäre und ambulante Behandlung ausgelöst werden kann, schließt Anreize für unnötige Krankenhausaufenthalte aus. Wären grundsätzlich Arzneimittelwirkstoffe gefordert, so würde das zudem die Therapiefreiheit gefährden, beispielweise bei der Wahl zwischen medikamentöser oder psychotherapeutischer Behandlung von Depressionen.

Dass Morbiditätsgruppen allein über ICD-Code-Clusterungen gebildet werden, widerspricht nach unserer Ansicht insofern nicht den gesetzgeberischen Vorgaben, als Arzneimittel zur Validierung dokumentierter ambulanter Diagnosen bzw. Diagnosegruppen (DxGs) herangezogen werden. Sie bilden damit, verordnungskonform, eine „Grundlage“ (§ 29 Nr.1 RSAV) für die Zuordnung von Versicherten zu Morbiditätsgruppen und der auf dieser Zuordnung erfolgenden Ermittlung und Zuweisung von Risikozuschlägen.

Grundsätzlich empfehlen wir allerdings auch einen kritischeren Umgang mit der Qualität von stationären Diagnosen. So ist es nicht verständlich, dass Validierungskriterien allein für Diagnosen aus dem ambulanten Bereich aufgestellt werden, während aus dem stationären Bereich alle Diagnosen ohne Berücksichtigung weder von Diagnoseart (Hauptdiagnosen vs. Nebendiagnosen) noch Behandlungsart (vollstationär vs. teilstationär vs. Anschlussheilbehandlung) als qualitativ gut und gleichwertig erachtet werden. Tatsächlich ist eine hohe Diagnosequalität nur im nach DRG abgerechneten Segment gegeben, in dem zumindest die abrechnungsrelevanten Haupt- und CCL- beeinflussenden Nebendiagnosen auch Vergütungsrelevanz besitzen. Insbesondere im AHB- Bereich gilt dies nicht.

**Dokumentation des Klassifikationsverfahrens:**

Zur letztendlichen Beurteilung des gewählten Verfahrens sind zusätzliche Informationen zu folgenden Punkten erforderlich:

- Dokumentation der Angleichungen an und Übernahmen aus dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses.
- Dokumentation der Kriterien, auf deren Basis ICD-Codes zwischen DxG verschoben wurden, sowie der einzelnen Analyse-(zwischen)ergebnisse.
- Dokumentation der Kriterien, auf deren Basis DxG zwischen (H)MGs verschoben wurden sowie der einzelnen Analyse-(zwischen)ergebnisse.
- Dokumentation der Ergebnisse der auf Seite 3, Absatz 3 der „Erläuterungen zur Festlegung“ angeführten Analysen zu verschiedenen Varianten der Diagnose- und Arzneimittelnutzung bei Klassifikationen.
- Dokumentation der medizinischen Aspekte und Überlegungen, aus welchen abgeleitet wurde, ob und welches Aufgreifkriterium für eine ambulante DxG gelten soll und welcher Wirkstoff welcher ambulanten DxG zuzuordnen ist.
- Dokumentation oder Festlegung eines festen Regelwerks im Sinne einer Standard Operating Procedures (SOPs) zu dem im „Entwurf der Festlegungen“ S.5, Nr. 4 und 5 beschriebenen iterativen Verfahren. Beispielsweise muss festgelegt werden, ob negative oder statistisch insignifikante Regressionskoeffizienten „in einem Aufwasch“ bei jedem Regressionsdurchgang auf Null gesetzt oder in einer bestimmten Reihenfolge einzeln nach erneuten Regressionen eliminiert werden, oder ab welcher Größenordnung Hierarchieverletzungen „repariert“ werden sollen. Im Zusammenhang mit der Festlegung des Signifikanzniveaus erscheint ein p-Wert von 0,05 wegen multiplen Testens und der Nicht-Normalverteilung von Ausgaben zu hoch gewählt. Ein p-Wert von weit unter 0,01 oder der von DxCG empfohlene absolute T-Wert über 4 erscheint hier sachgerechter. Zudem muss bei auf Null gesetzten Regressionskoeffizienten geprüft werden, ob eine neue Hierarchisierung erforderlich ist. Versicherte, die diesen hierarchisierten Morbiditätsgruppen zugeordnet waren, können durchaus auch Diagnosen aus unteren Morbiditätsgruppen aufweisen, die bei ihnen ohne neue Hierarchisierung nicht mehr berücksichtigt würden.

Im Übrigen konnte das vom BVA berechnete  $R^2$  sowohl bei der DAK als auch bei der BARMER in Simulationen bestätigt werden. Die Ermittlung eines den durchschnitt-

lichen Gewichtungsfaktor („Risikoscore“) über alle Versicherten auf 1 normierenden Korrekturfaktors (als Umkehrwert der Summe aller Gewichtungsfaktoren) für die außerhalb der Kalibrierungstichprobe auf die Vollerhebung „angewendeten“ Risikozuschläge wird als sachgerecht aufgefasst.

### **Änderungsbedarf aus technischer Sicht**

#### **"Dummyvariable" für Kostenerstatter**

Das gesamte Klassifikationsverfahren ist auf die Sachleistungsversorgung zugeschnitten. Versicherte der GKV haben allerdings auch das Recht, nach § 13 Abs 2 SGB V, Kostenerstattung zu wählen und diese insbesondere auf den ambulanten Bereich zu beschränken. Die Leistungserbringer haben dann ausschließlich die privatärztlichen Dokumentationspflichten. Zudem dürfen die Krankenkassen in diesen Fällen weder die Leistungserbringer noch die Versicherten zur Erfüllung höherer Dokumentationspflichten zwingen, da dies einer Aushöhlung des ausschließlich dem Versicherten zustehenden Wahlrechts gleichkäme.

Für Arzneimittelverordnungen der Kostenerstatter ist eine Umsetzung von Privatrezepten in elektronische Wirkstoffinformationen sehr aufwändig, aber möglich. Da das vom BVA vorgelegte Modell jedoch in erster Linie ambulante Diagnosedaten und nur in beschränktem Maße Arzneimitteldaten verwendet, ist es für die Krankenkassen trotzdem faktisch unmöglich, für die betroffenen Versicherten sachgerechte Zuweisungen zu erhalten. Die GOÄ verpflichtet Ärzte nicht zur Angabe einer Diagnose und erst recht nicht zu einer Verschlüsselung nach ICD-10. Selbst wenn den Abrechnungen klarschriftliche Diagnosen zu entnehmen sind, sind diese für die eindeutige Umsetzung in einen fünfstelligen Diagnosecode meist zu kurz. Darüber hinaus ist die Diagnosedichte für die Kostenerstatterfälle mit der einer Diagnosestellung im Sachleistungssystem nicht vergleichbar (z.B. regelmäßiges Fehlen von Anamnesediagnosen).

Da es sich bei Kostenerstattern nach § 13 Abs 2 SGB V eher um überdurchschnittlich leistungsintensive Versicherte handelt, käme es ohne Lösung dieses Problems zu einer Benachteiligung derjenigen Kassen, die aus historischen Gründen wie z.B. BARMER und DAK einen besonders hohen Anteil von betroffenen Versicherten haben. Um insgesamt die Bedingungen zur Wahl der Kostenerstattung

nicht zu erschweren und um eine Schlechterstellung des Personenkreises von vorneherein auszuschließen, muss auch für Kostenerstatter, die nur aufgrund stationärer Diagnosen Zuschläge erhalten können, eine ausreichende Zuweisung von Mitteln aus dem Gesundheitsfonds sichergestellt sein. Rückwirkungen des Ausgleichsverfahrens auf diese spezifische Versichertengruppe sollten unbedingt vermieden werden.

Als Lösung schlagen BARMER und DAK die Einführung einer sogenannten „Dummyvariable“ für Kostenerstatter vor. Diese ist mit "1" zu befüllen, wenn der Versicherte mehr als 181 Tage Kostenerstatter war, sonst mit "0". Eine Meldung als Kostenerstatter schließt die gleichzeitige Meldung jeglicher ambulanten Diagnose- oder Arzneimitteldaten aus.

Eine Dummyvariable führt statistisch dazu, dass, mangels sonstiger erklärender Variablen außer Alter und Geschlecht, die Leistungsausgaben für Kostenerstatter mit dieser Variable verknüpft werden und ein Zuschlag entsteht, der im Durchschnitt aller Kostenerstattungsfälle zusammen mit den Basiszuschlägen und den wenigen aufgrund von Krankenhausdiagnosen ausgelösten Zuschlägen die Leistungsausgaben annähernd abdeckt. Hiermit wird zwar nicht für eine sinnvolle Zuordnung von Beitragsbedarfen zwischen verschiedenen Kostenerstattern gesorgt, aber zumindest erhält die Gesamtmenge der Kostenerstatter gegenüber den Versicherten in der Sachleistungsversorgung eine sachlich angemessene Berücksichtigung.

### **Einzelne Unklarheiten**

Die Darstellung des Aufgreifalgorithmus im Flussdiagramm auf Seite 6 des Entwurfs steht im Widerspruch zur schriftlichen Erklärung. Der Aufgreifalgorithmus gemäß Flussdiagramm würde bei erforderlicher Arzneimittelvalidierung eine vorliegende stationäre Diagnose nicht berücksichtigen, so dass die entsprechende stationäre DxG für die Gruppierung unzulässig wäre. Eine Korrektur des Flussdiagramms, aus dem eine erforderliche Arzneimittelvalidierung auch bei stationären DxGs hervorgeht, erscheint daher angebracht.

Zudem wurde festgestellt, dass die DxGruppe 438: „Raynaud-Syndrom / andere periphere Gefäßkrankheit“, welche in der Anlage 2 bei der Krankheit 62: „Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung“ mit einem Aufgreifkriterium gekennzeichnet ist, keine ICD enthält. Die Anlage 1 weist der DxG 438 auch bereits keine hierarchisierte Morbiditätsgruppe (HMG) zu. Daher ist unklar, ob diese DxG für die Gruppierung herangezogen werden sollte.

Dass die Ausgaben von Verstorbenen nicht annualisiert werden und Verstorbene konsequenterweise auch mit einem Gewicht von 1 und nicht entsprechend ihrer Versichertenzeit in die Regression eingehen, ist sachgerecht und vermindert ihre Unterschätzung. Dass ihnen aber nur Risikozuschläge entsprechend ihrer Versichertenzeit zugerechnet werden und nicht der ihrem Regressionsgewicht von 1 entsprechende Jahresschätzwert, erhöht wieder die Unterschätzung und käme in der Kalibrierungsstichprobe einer nicht summentreuen Schätzung gleich. Wir regen daher die Zuweisung von Jahresschätzern für Verstorbene unabhängig von ihrer Versichertenzeit an.

### **Sonderfall Dialyse**

Die Kassen haben gemäß § 30 RSAV in der Satzart 100 das Kennzeichen „extrakorporale Blutreinigung“ geliefert. Dieses Kennzeichen wurde jedoch nicht verwendet, sondern stattdessen die HMG 130 aus den Diagnosen Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse, Z49.1 Extrakorporale Dialyse, Z49.2 Sonstige Dialyse und Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz abgeleitet. Hierdurch werden allerdings nur ca. 70% der tatsächlich dialysierten Versicherten erkannt. Wir bitten um Klärung, warum diese Vorgehensweise der Verwendung des mitgelieferten Kennzeichens vorgezogen wurde.

### **Änderungsbedarf aus medizinischer Sicht**

1. Die Erkrankungen Morbus Gaucher und Morbus Fabry sind Bestandteil der HMG 022: Andere kostenintensive schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen. Diese relativ seltenen, aber durch die Medikation finanziell sehr aufwändigen Erkrankungen werden so allerdings in keiner

Weise risikogerecht abgebildet. Wir empfehlen die Bildung einer eigenen HMG innerhalb der Hierarchie der Metabolischen Erkrankungen.

2. Die HMG 049: „Demenzerkrankungen“ erfordert in den DxG 244: Unkomplizierte / nicht näher bezeichnete Demenz, 245: Demenz mit Delir, 248: Demenz bei anderen Erkrankungen und bei hirnorganischem Psychosyndrom und 249: Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer die Verordnung von 183 Tagesdosen Antidementiva. Diese Anforderung ist nicht sachgerecht. Die Behandlung erfolgt mit Cholinesterasehemmern oder nicht-cholinergen Therapieansätzen wie Memantine. Bei beiden Therapieoptionen zwingen die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und das Nebenwirkungsspektrum häufig zu einem Therapieabbruch. Darüber hinaus ist ein Erfolg der antidementiven Therapie nicht in jedem Fall gegeben. Zeigt sich nach 3 Monaten antidementiver Therapie keine wesentliche Wirksamkeit für Patienten, sollte nach aktuellem Wissensstand die Therapie beendet werden. Außerdem ist nachgewiesen, dass die Medikamente in der Regel etwa fünf bis zehn Monate lang das Fortschreiten der Erkrankung verzögern können. Nach dieser Zeit nimmt die geistige Leistungsfähigkeit in ähnlicher Weise ab wie bei unbehandelten Patienten, so dass auch in diesem Fall die Therapie unter Umständen beendet werden kann.
  
3. Hierarchieverletzungen: Innerhalb der Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems steht die HMG 038: Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen über der HMG 039: Spinalkanalstenose. Die Spinalkanalstenose beschreibt eine Verengung des Wirbelkanals. Ursache sind alters- und belastungsabhängige degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule mit der Folge von Schmerzen unterschiedlicher Ausprägung sowie Funktionsstörungen. Die therapeutischen Optionen sind vielfältig, die medikamentöse Therapie besteht i.d.R. aus der Gabe von Analgetika und ggf. Muskelrelaxantien. Die Rheumatoide Arthritis ist die häufigste Erkrankung der Gelenke. Meist verläuft die Erkrankung schubweise und dauert zwischen einigen Wochen und Monaten. Die Ursache der Erkrankung ist noch nicht geklärt, eine autoimmune Ursache möglich. Ein genetischer Einfluss wird angenommen. Die Therapie besteht in der Gabe von

Analgetika, aber auch von nichtsteroidalen Antiphlogistika, Glucokortikoiden, Basistherapeutika wie z.B. Methotrexat und seit einigen Jahren in der Gabe von Antikörpern gegen proinflammatorische Zytokinen. Beide Erkrankungen können simultan auftreten und würden in diesem Fall getrennt behandelt. Ein Nebeneinander der HMG wäre geeigneter, um diesen Umstand abzubilden.

4. Aus Gründen der medizinischen und Ausgabenhomogenität schlagen wir vor, zwischen feuchten und soliden Tumoren zu trennen und für die DxGs 037/038, 045/046 sowie 057/058/059 in Abhängigkeit ihrer (Mehr-)ausgaben zwei bis drei separate (H)MGs in einer eigenen Hierarchie zu bilden.