



## **Stellungnahme des BKK Bundesverbandes zum Entwurf der Festlegung nach § 31 Abs 4 RSAV**

Der Entwurf beinhaltet die Festlegung

- der im RSA zukünftig zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen
- den Zuordnungsalgorithmus zu den Morbiditätsgruppen (Aufgreifkriterien)
- das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
- das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge.

Ausgangspunkt ist die vorab festgelegte Liste der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten vom 13.05 und 29.05.2008.

### **Festlegung der Morbiditätsgruppen**

Der BKK Bundesverband teilt die Auffassung des BVA, dass unter den Bedingungen einer beschränkten Krankheitsauswahl die Verwendung des von I-GES/Lauterbach/Wasem vorgeschlagenen Kombinationsmodells (IPHCC+RxGroups) aus stationären Diagnosen und Arzneimittelinformationen aus dem ambulanten Sektor nicht möglich ist. Die einheitliche Verwendung stationärer und ambulanter Diagnosen als primäre Klassifikationskriterien verhindert darüber hinaus eine doppelte Berücksichtigung derselben Krankheit und ermöglicht eine gemeinsame Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen. Arzneimittelverordnungen als primäre Klassifikationskriterien wären im Übrigen nicht versorgungsneutral und würden erhebliche Fehlanreize bei der Arzneimittelverordnung auslösen. Daher begrüßt der BKK Bundesverband die Entscheidung des BVA, die Versichertenklassifikation im Morbi-RSA auf der Basis stationärer und ambulanter Diagnosen durchzuführen.



Die Bildung der Morbiditätsgruppen auf der Basis der Dx-Gruppen folgt den von den Entwicklern der DCG/HCC-Modellfamilie angewendeten Prinzipien (Erläuterungen S. 7). Allerdings gibt es für die Modellbildung auf der Basis einer begrenzten, vorab erfolgten Krankheitsauswahl unter den vorhandenen Modellen kein Vorbild. Insbesondere das Kriterium der Vollständigkeit (Punkt 9, Seite 8) ist daher nicht ohne weiteres übertragbar, da eine Abbildung des gesamten Morbiditätsspektrums ohnehin nicht vorliegt und auch politisch nicht gewollt ist. Es ist u. E. weder sachlich noch politisch geboten, alle vorab ausgewählten Dx-Gruppen auch tatsächlich in den Morbiditätsgruppen zu berücksichtigen, wenn hierdurch die Zielgenauigkeit der Zuschlagsermittlung beeinträchtigt wird.

Der BKK Bundesverband hat sich zuvor bereits kritisch zu der Krankheitsliste (Entwurfassung vom 27. März 2008) und zum methodischen Vorgehen bei der Auswahl der Krankheiten geäußert. Die sehr weit gefasste Definition der Krankheiten entlang politischer Vorgaben und ohne Blick auf das Klassifikationsmodell zwingt bei der Bildung der Morbiditätsgruppen zu einigen Klümmzügen und Ergänzungsprüfungen (s. u.). Außerdem entstehen methodische Inkonsistenzen, da sich Prüfkriterien teils auf Krankheiten, teils auf HMGs bzw. Dx-Gruppen beziehen.

## **Die Zuordnungsregeln**

Problematisch ist die unterschiedliche Bewertung stationärer und ambulanter Diagnosen sowie die ergänzenden Selektionskriterien, die ausschließlich auf den ambulanten Sektor zielen. Während eine stationäre Diagnose aus der Krankheitsliste immer einen Zuschlag generiert, sind ambulante Diagnosen teils gar nicht zuschlagsauslösend (Hospitalisierungskriterium), teils müssen zusätzliche Arzneimittelverordnungen dokumentiert sein. In jedem Fall muss aber eine zweite Diagnose derselben Krankheit in einem weiteren Quartal dokumentiert sein (M2Q-Kriterium). Das Klassifikationsmodell ist daher nicht versorgungsneutral, da eine tendenzielle Bevorzugung der stationären Behandlung gegenüber der ambulanten Behandlung vorliegt.

Jedes weitere Selektionskriterium bedeutet darüber hinaus neue Ungenauigkeiten, methodische Unstimmigkeiten oder Fehlanreize. So führt beispielsweise das M2Q-Kriterium dazu, dass die Erstdiagnose einer berücksichtigungsfähigen Krankheit im 4. Quartal grundsätzlich keinen Zuschlag für das Folgejahr mehr auslösen kann. Die



Prüfung des M2Q-Kriteriums auf der Ebene der Krankheiten steht außerdem im Widerspruch zur Klassifikationslogik und zu den übrigen Prüfkriterien, die ansonsten ausnahmslos bei den Dx-Gruppen ansetzen. Da die Krankheitsgruppen eher politisch definiert und nicht immer medizinisch eng begrenzt sind, können sich medizinische unterschiedliche Sachverhalte gegenseitig plausibilisieren und dann gemeinsam 2 Zuschläge auslösen, während jede einzelne Diagnose allein gar keinen Zuschlag bringen würde (Beispiel: Die Diagnosen Diab. mell. Typ 1 und Diab. mell. Typ 2 gehören beide zur Krankheit Diabetes mellitus. Wenn sie in unterschiedlichen Quartalen kodiert sind, plausibilisieren sie sich gegenseitig und lösen zwei unterschiedliche Zuschläge nebeneinander aus.)

Besonders kritisch sehen wir die ‚Validierung‘ der ambulanten Diagnosen und die Prüfung der klinischen Relevanz durch Arzneiverordnungen. Eine Diagnosevalidierung durch Arzneimittel wird aus medizinischen Aspekten abgeleitet (Erläuterungen S. 3). Die Verordnung eines Arzneimittels wird nur für die Krankheiten als obligatorisches Aufgreifkriterium vorgeschrieben, deren Therapie ‚zwingend eine Verordnung von Arzneimitteln vorsieht‘. Es ist jedoch nicht belegt, dass eine derartige Plausibilisierung überhaupt erforderlich ist. Eine empirische Überprüfung der Diagnosesicherheit gehört zweifellos zu den vorbereitenden Aufgaben der Modellbildung. Bei hinreichend guter Kodierqualität ist jedoch eine routinemäßige Validierung im laufenden Verfahren entbehrlich. Eigene Analysen deuten darauf hin, dass in der weitaus größten Zahl der Fälle für alle zu validierenden ambulanten Diagnosen tatsächlich entsprechende Verordnungen vorliegen. Die Arzneimittelverordnungen bilden offensichtlich keinen wesentlichen zusätzlichen Filter.

Unterschiedliche Prüfkriterien innerhalb einer HMG setzen darüber hinaus Anreize zur Fehlcodierung. Im Zweifelsfall wird immer die Dx-Gruppe ohne Zusatzprüfung bevorzugt kodiert werden. (Beispiel Diab. mell. Typ 2 ohne Komplikationen – Dx-Gruppe 110 - erfordert keine Verordnung, während Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen und nicht näher bezeichneten Komplikationen – Dx-Gruppe 112 - eine zusätzliche Antidiabetika-Verordnung erfordert).

Erheblich stärkere Fehlanreize gehen von den Arzneimittelkriterien aus, die die ‚klinische Relevanz‘ einer Diagnose belegen sollen, wenngleich das Anliegen, nur klinisch relevante Erkrankungen zu berücksichtigen, berechtigt ist. Zum einen lässt sich auch bei den zu prüfenden Diagnosen nicht immer eindeutig aus den angegebenen Ver-



ordnungen auf einen therapeutischen Zusammenhang mit der Erkrankung schließen. (Beispiel: Asthma und Kortisonverordnung, Kniearthrose und Schmerzmittel). Das eigentliche Problem besteht jedoch darin, dass durch diese zusätzlichen Bedingungen Anreize für ein großzügigeres Ordnungsverhalten gesetzt werden, sowohl im Hinblick auf die Häufigkeit als auch die Menge der Verordnung. So werden beispielsweise Erkrankungen der Menopause und Postmenopause erst beim Vorliegen einer Hormonbehandlung berücksichtigungsfähig. Außerdem dürfte bei einer vorgegebenen Mindestmenge der Ordnungsanteil von Großpackungen tendenziell zunehmen.

Diese Prüfungen der klinischen Relevanz anhand von Arzneimitteln sind entbehrlich, wenn die Liste der berücksichtigungsfähigen Diagnosen entsprechend bereinigt wird. Die ICD-Klassifikation bietet hinreichende Differenzierungsmöglichkeiten für unterschiedliche Verlaufsformen.

Insgesamt sind nur für 66 der 289 Dx-Gruppen ergänzende Arzneimittelprüfungen vorgesehen (davon 12 zur ‚Eingrenzung der klinischen Relevanz‘). Nach eigenen Analysen entspricht dies etwa 10 % zu prüfender Diagnosesätze nach Durchführung der M2Q-Prüfung. Durch die Arzneimittelprüfungen (‚Validierung‘ und ‚Eingrenzung Klinische Relevanz‘) werden insgesamt weniger als 5 % aller berücksichtigungsfähigen ambulanten Diagnosestellungen herausgefiltert. In Anbetracht der oben beschriebenen Probleme und des erheblichen Verwaltungsaufwandes bei der Erhebung der Arzneimitteldaten (und Prüfung gegen PZN-ATC-Liste, die auch bei kurzfristiger Aktualisierung neue Präparate erst mit bis zu 3-monatiger Verzögerung berücksichtigt) raten wir dringend dazu, die Aufgreifkriterien nochmals zu überprüfen und auf die Verwendung von Arzneimitteln nach Möglichkeit ganz zu verzichten. Es handelt sich nach unserer Auffassung eindeutig um eine Überregulierung des RSA-Verfahrens, deren Schadenspotenzial den erwarteten Nutzen deutlich übersteigt.

Die Verwendung von Arzneimittelverordnungen als Morbiditätsindikatoren ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. (§ 268 SGB V Abs.1 listet optionale Klassifikationsmerkmale für den Morbi-RSA auf - logische ODER-Verknüpfung). Die notwendige Abkehr von einem primär auf stationären Diagnosen und Arzneimitteln basierenden Klassifikationsmodell erfordert auch eine entsprechende Anpassung von § 29 RSAV Abs.1.



## **Regressionsverfahren und Ermittlung der Risikozuschläge**

Das vorgeschlagene Regressionsverfahren und die Ermittlung der Risikozuschläge folgt den üblichen statistischen Gepflogenheiten und ist nicht zu beanstanden.