

AOK-BUNDESVERBAND GbR | POSTFACH 11 02 46 | 10832 BERLIN

Bundesversicherungsamt  
Referat VII 2  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
  
53113 Bonn

GESPRÄCHSPARTNER

Herr Peters  
Herr Schillinger  
DURCHWAHL  
030 34646-2681  
030 34646-2646  
ABTEILUNGSTELEFAX  
030 34646-2722  
030 34646-2724  
E-MAIL  
erich.peters@bv.aok.de  
gerhard.schillinger@bv.aok.de  
DATUM  
06.04.2009

IHRE NACHRICHT VOM

IHRE ZEICHEN

UNSERE ZEICHEN  
FI 2 PET -

## Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich Anpassung des Modells für den Jahresausgleich 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das BVA das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2010 bis zum 30. September 2009 fest. Vor diesem Hintergrund hat das BVA den GKV-Spitzenverband um Anmerkungen zur Anpassung des M-RSA Klassifikationsmodells gebeten. Anbei senden wir Ihnen die aus Sicht des AOK Bundesverbandes erforderlichen Anpassungen des M-RSA Klassifikationsmodells, die für das Abschlagsverfahren 2010 erfolgen sollen.

### 1. Änderung der Aufgreifkriterien

#### 1.1 Berücksichtigung ambulanter / stationärer Diagnosen

Für folgende DxGs sollen ausschließlich Diagnosen der Krankenhausbehandlung berücksichtigt werden:

DxG 332: Koma, nicht-traumatisch  
DxG 647: Pathologische Fraktur des Humerus  
DxG 648: Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula  
DxG 687: Blutung / Hämatom / Serom als Komplikation eines Eingriffs

Die DxG 401 „Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht näher bezeichnet“ soll hingegen auch bei ambulanter Kodierung berücksichtigt werden.

### Im Einzelnen begründen sich die o.g. Änderungsvorschläge wie folgt:

**DxG 332:** In dieser DxG befindet sich ausschließlich das Myxödemkoma, eine akute Bewusstseinsstörung mit hoher Letalität. Für diese Erkrankung ist eine stationäre Behandlung obligat. Daher sollten für die Zuordnung dieser DxG ausschließlich stationäre Diagnosen herangezogen werden.

**DxG 647 / DxG 648:** Die Pathologische Fraktur des Humerus sowie der Tibia und Fibula erfordern in der Regel eine operative stationäre Therapie.

**DxG 687:** Prospektive Kosten sind nur bei schweren Fällen zu erwarten, die auch eine stationäre Therapie erfordern. Daher sollten für diese DxG die Aufgreifkriterien auf stationäre Diagnosen beschränkt werden.

**DxG 401:** In dieser DxG sind eine Reihe von chronischen Störungen enthalten, die im Regelfall keine stationäre Therapie erfordern (u.a. neurologische Ausfälle, die sich auf das Versorgungsgebiet einzelner hirnvorsorgenden Arterien beziehen). Diese Erkrankungen verursachen auch bei ambulant behandelten Patienten hohe Folgekosten.

### 1.2 Arzneimittelbestätigung

Alle DxGs, bei denen typischerweise eine Arzneimitteltherapie erfolgt, sollten mit Arzneimitteln bestätigt werden. Im bisherigen Klassifikationsmodell ist nur bei einem kleinen Teil der DxGs eine Bestätigung der ambulanten Diagnose durch Arzneimittelverordnungen notwendig. Die Bestätigung ambulanter Diagnosen durch Arzneimittelverordnungen bietet jedoch die Möglichkeit, durch ungerechtfertigte Diagnosekodierungen ausgelöste M-RSA-Zuweisungen im Sinne eines „upcodings“ zu vermeiden. Daher sollte bei allen Krankheiten, bei denen typischerweise Medikamente verordnet werden, eine solche Bestätigung notwendig sein.

Nur für einen kleinen Anteil der Erkrankungen ist keine Medikamentenzuordnung sinnvoll. Zum Beispiel können psychische Erkrankungen (u.a. Depression, ADHS) gemäß den Psychotherapierichtlinien alternativ zu einer medikamentösen Therapie psychotherapeutisch behandelt werden. Bei diesen Krankheiten würde eine alleinige Anerkennung von medikamentös behandelten Patientinnen die Gefahr einer Risikoselektion bergen, die sich gegen psychotherapeutisch behandelte Kinder und Erwachsene richten würde. Eine Ausnahme bildet die bipolare Depression, die bei leitliniengerechter Therapie medikamentös behandelt wird. Ebenso lassen sich neurologische Ausfälle, wie Lähmungen und die Aphasie nicht über Medikamente aufgreifen. Auch für die Schwangerschaft und die mit ihr assoziierten Erkrankungen ist ein Aufgreifen über Medikamente nicht sinnvoll: Bei allen schwangerschafts-assoziierten Erkrankungen dominieren die Entbindungskosten die auftretenden Komplika-

tionen im prospektiven Ansatz, so dass eine Identifizierung zum Beispiel von Frauen mit Eklampsie über Arzneimittelwirkstoffe diese Patientengruppe gegenüber normalen Entbindungen benachteiligen würde.

Zusätzlich sind die DxGs 37-97 (Neubildungen) nicht für eine Bestätigung durch Arzneimittel geeignet, da zusätzlich in gleicher Weise Strahlentherapie und Operationen berücksichtigt werden müssten und zudem Chemotherapeutika nicht geeignet sind, da diese überwiegend als Pseudo-PZN abgerechnet werden und dann keiner geeigneten ATC zugeordnet werden können.

Insgesamt wird nur für folgende DxGs ein Aufgreifen ausschließlich über ambulante ICDs vorgeschlagen: 37-97, 120, 147, 197, 198, 231, 250, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 264, 267, 268, 269, 275, 298, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 315, 318, 319, 331, 332, 333, 352, 374, 375, 376, 377, 379, 381, 391, 392, 407, 408, 410, 411, 417, 418, 422, 423, 428, 432, 433, 437, 614, 430, 457, 598, 599, 600, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 614, 647, 648, 655, 656, 657, 687

Bei der Anpassung der Medikamentenzuordnung muss ferner gemäß §13 Abs.1 Satz 1 SGB V darauf geachtet werden, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen werden. Dies wäre insbesondere dann der Fall, wenn nicht erstattungsfähige Medikamente oder Medikamente, für die keine Zulassung für die betreffende Indikation (off-label-use) besteht, zugeordnet werden. Dann ergäbe sich ein Anreiz zum Abschluss von Wahltarifen, die die ansonsten nicht erstattungsfähigen Medikamente einschließen. Diesbezüglich werden für die Arzneimittelzuordnung des BVA folgende Änderungen vorgeschlagen:

- Sildenafil wird mit dem Handelsnamen Viagra® für die Behandlung der erektilen Dysfunktion verwendet und ist nicht ordnungsfähig. Mit dem Handelsnamen Revatio® ist ein Präparat mit geringerer Dosierung für die Behandlung der pulmonalen Hypertonie zugelassen. Die Zuordnung zur DxG 385 (Hypertensive Herzerkrankung ohne Herzinsuffizienz), DxG 387 (essenzielle Hypertonie), DxG 388 (Maligne Hypertonie), DxG 389 (Sekundärer Hypertonus) und DxG 541 (chronische Niereninsuffizienz) werden Anreize für einen off-label-use bzw. die ungerechtfertigte Kostenübernahme für eine Therapie der erektilen Dysfunktion geschaffen.
- Viscum album, Kombinationen (ATC C02KH20), Olivenblätter, Mistelkraut, , Kombinationen (ATC C02KP30, Mistelkrautkombinationen, Schachtelhalmkraut, Birkenblätter, Wachholderbeeren und Kombinationen (ATC C03FP30) sind bei Erwachsenen als OTC-Präparate nicht erstattungsfähig. Durch die Zuordnung dieser Medikamente für die Behandlung des Hypertonus (DxGs 355, 356, 383, 385, 387, 388, 389) und

Herzinsuffizienz (DxG 358, 539) und der Niereninsuffizienz (DxG 541, 542) wird ein Anreiz für Wahltarife geschaffen, die solche Medikamente erstatten.

- Gleiches gilt für Magnesiumpyridoxal-5-Phosphatglutamat, Beat-Sitosterin und Phospholipide bei der Zuordnung zu DxG 365, DxG 364.
- Calciumpräparate der ATC-Gruppen A12AA und A12AX sowie Eisenpräparate der ATC-Gruppe B03AA, B03AB, B03AC, B03AD sind für Patienten mit Niereninsuffizienz (DxG 541, DxG 542) nicht erstattungsfähig.
- Multivitamine (ATC A11BA01) und Folsäure (ATC B03BB01) sind nur bei Dialyse, nicht jedoch bei der Niereninsuffizienz ohne Dialyse (DxG 541 und 542) erstattungsfähig. Auch hier würde durch eine Zuordnung ein Anreiz für eine nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung durch Wahltarife geschaffen.
- In der DxG 569 (Erkrankungen der Menopause und Postmenopause) in der ausschließlich die postmenopausale Osteoporose enthalten ist, werden ausschließlich Medikamente zur Hormonersatztherapie genannt. Diese sind jedoch u.a. nach den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft nur zu verordnen, wenn primär empfohlene Medikamente (Bisphosphonate, Calciumpräparate) nicht wirksam sind. Daher sollte die Medikamentenbestätigung um die Erstlinientherapie bei Osteoporose entsprechend DxG 201 ergänzt werden.
- In der DxG 356 (Erkrankung der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie): Es werden Thrombozytenaggregationshemmer genannt (z. T. nicht zugelassen), allerdings fehlt der ATC C02KX02 (Ambrisentan, seit 16.6.2008 im Handel für pulmonale Hypertonie, Kosten: ca. 3.500€ pro Monat).
- HMG 83 und 84: Viele der aufgeführten Antithrombotischen Mittel sind nicht zugelassen. Andere ja. Gleiches gilt bei den Lipidsenkern.
- HMG 15 bis 19: die neuen Kombinationen Metformin und Sitagliptin (seit 15.08.08 auf dem Markt) und Metformin und Vildagliptin (seit 01.05.2008 auf dem Markt) sollten aufgenommen werden.
- HMG 130: Es fehlen allerdings die ATC-Codes B05D (Lösungen zur Peritonealdialyse) und B05Z (Hämodialysekonzentrate und Hämliltrate)
- HMG 40: viele gelistete ATCs in Deutschland nicht im Handel, einige nicht verordnungsfähige OTC-ATCs.

- HMG 49: Hier sind einige Medikamente aufgeführt, die zum Teil nicht zugelassen sind.

## 2. Änderungen am M-RSA Klassifikationsmodell

### 2.1 Bildung einer eigenen Morbiditätsgruppe für Diabetes mit multiplen Komplikationen

Im gültigen Klassifikationsmodell wird Diabetes mellitus mit neurologischen, ophtalmologischen, nephrologischen oder peripheren zirkulatorischen Komplikationen höher bewerteten HMGs zugeordnet als Diabetes mellitus ohne Komplikationen bzw. mit nicht näher bezeichneten Komplikationen (HMG 019). Problematisch ist, dass auch Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen (ICD E10.7, E11.7, E12.7, E13.7, E14.7) in diese HMG 019 führt. Vom Berufsverband der Diabetologen und von vielen niedergelassenen Diabetologen haben wir die Rückmeldung, dass gerade die schwer kranken und kostenintensiven Diabetiker mit multiplen Komplikationen mit .7 auf der 4. Stelle kodiert werden. Dass ist im Vergleich mit einem Diabetiker, der nur Nieren oder nur Augenkomplikationen aufweist, ein Diabetiker mit Nieren und Augenkomplikationen nur mit einem Bruchteil der RSA-Zuweisungen berücksichtigt wird, ist nicht nachvollziehbar. Vor allem wenn man berücksichtigt, dass diese beiden mikrovaskulären Komplikationen korrelieren und insbesondere dann gemeinsam auftreten, wenn der Schweregrad der einzelnen Komplikation besonders hoch ist, ist die derzeitige Zuordnung unsachgemäß. Makrovaskuläre Komplikationen und mikrovaskuläre Komplikationen potenzieren sich zum Beispiel beim Verlauf einer diabetischen Nephropathie oder beim diabetischen Fußsyndrom.

Kodierrichtlinien für den ambulanten Sektor werden zur Zeit erstellt. Bisher stehen hier zum Beispiel die Kodierhinweise des WinDiab (Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen) zur Verfügung, die klar bei multiplen Komplikationen die Kodierung mit .7 auf der 4. Stelle vorgeben.

Nach den Kodierrichtlinien für den stationären Sektor ist zwar vorgesehen, dass auch bei multiplen Komplikationen die zur Behandlung führende Komplikation kodiert wird, also z.B. bei einer Aorto-femorale-Bypass-Operation bei diabetischer Durchblutungsstörung der Beine die E11.5x.

Stehen die Komplikationen alle gleichermaßen im Vordergrund, wie dies im ambulanten Sektor die Regel darstellt, ist die 4. Stelle als .7 zu kodieren:

#### **Beispiel 4 aus den Kodierrichtlinien des InEk**

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer

...

Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen. Alle vorliegenden Komplikationen werden ebenfalls behandelt.

Hauptdiagnose: E10.73. *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, mit sonstigen multiplen Komplikationen als entgleist bezeichnet*  
Nebendiagnose(n): I79.2\* *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*  
H36.0\* *Retinopathia diabetica*  
N08.3\* *Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Gleiches gilt für das Diabetische Fußsyndrom. Seit dem ICD10 GM 2009 kann der Diabetische Fuß als solcher kodiert werden. Die Diagnose Diabetischer Fuß wird kodiert mit E10-E14, **vierte und fünfte Stelle**

*..74. Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

oder

*..75. Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet.*

Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass die .7 nicht als unspezifische Diagnose zu werten ist. Nach dem gültigen Klassifikationsmodell führen diese ICD in die HMG 019. Im stationären Sektor wird die Diagnose Diabetischer Fuß dagegen auch ohne weitere OPS deutlich höher bewertet als die diabetische Gefäßkomplikation oder diabetische Neuropathie alleine.

Daher wird vorgeschlagen, dass die Diagnosen E10-E14 mit .7 auf der 4. Stelle getrennt bewertet werden und der geeigneten HMG zugeordnet werden.

## 2.2 Splittung der HMG 43 „Hämophilie“

Die klassischen männlichen Hämophiliepatienten verursachen durchschnittlichen Kosten in Höhe von rund 80 Tsd. €. Diese Versicherten werden mit dem gleichen Zuschlag wie weibliche Versicherte, die dieser HMG zugeordnet wurden, bewertet. Da die Krankheit X-chromosomal rezessiv vererbt wird und daher bei Frauen in der Regel der Gendefekt durch das zweite intakte X-Chromosom weitgehend ausgeglichen werden kann, sind Frauen bis auf wenige Ausnahmen (Vater ist Bluter, Mutter ist Gendefekträgerin, Tochter hat von beiden Eltern ein „krankes“ X-Chromosom) keine typischen Hämophiliepatienten. Dies zeigt sich auch in den deutlich niedrigeren Durchschnittskosten von rund 8 Tsd. €. Da diese Zusam-

menführung bereits im Rahmen der Zuschlagskalkulation vorgenommen wurde, ergab sich ein tendenziell zu geringer Zuschlag für die HMG 43. Mit diesem Zuschlag werden männliche Hämophiliepatienten erheblich unterbewertet, weibliche Versicherte mit entsprechender Diagnose jedoch stark überbewertet.

Daher schlägt der AOK Bundesverband vor, die HMG 43 „Hämophilie“ nach dem Geschlecht der Versicherten in zwei separate Morbiditätsgruppen zu splitten, um somit eine adäquate Berechnung der jeweiligen Zuschläge zu gewährleisten.

### **2.3 Verwendung des Kennzeichens „extrakorporale Blutreinigung“ zur Identifikation von Dialysepatienten**

Die Kodierung der Diagnose Z49.0, Z49.1 (Extrakorporale Dialyse), Z49.2 und Z99.2 führt zur Zuordnung der HMG 130: Dialysestatus. Für diese HMG wird im Abschlagsverfahren ein Zuschlag in Höhe von 4.080,55 Euro monatlich zugewiesen. Für die HMG 131 „Nierenversagen“ lediglich ein Betrag von 189,48 €. Da sehr häufig bei Dialysepatienten diese Diagnosen Z49.0, Z49.1, Z49.2 und Z99.2 bei einer entsprechenden Dialysebehandlung nicht kodiert werden, werden im bestehenden Klassifikationsmodell Dialysepatienten vielfach nicht der HMG 130 zugeordnet. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn statt der Diagnose Z49.1 die Diagnose ICD N18.0 (Terminale Niereninsuffizienz) verschlüsselt wird. Die dadurch ausgelöste Zuordnung der HMG 131: Nierenversagen führt jedoch nur zu einem vergleichsweise geringen monatlich Zuschlag in Höhe von 181 €. Wir schlagen daher vor, für die Zuordnung der HMG 130 auch das im Rahmen der SA100-Datenmeldung versichertenbezogen erhobene Kennzeichen „Extrakorporale Blutreinigung“ für die Zuordnung der HMG 130 mit heranzuziehen.

## **3. Regressionsverfahren zur Ermittlung der M-RSA Zuschläge**

### **Berücksichtigung der Ausgaben und Versicherungszeiten Verstorbener im Rahmen der Zuschlagsermittlung**

#### Derzeitige Vorgehensweise:

Die Ermittlung der Regressionskoeffizienten erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der annualisierten Leistungsausgaben bilden.

Die Annualisierung der Leistungsausgaben der Versicherten erfolgt, indem die nach Hauptleistungsbereichen gemeldeten Leistungsausgaben versichertenbezogen aufsummiert, durch die Zahl der Versichertentage im Berichtsjahr geteilt und mit der Zahl der Kalendertage des



Berichtsjahres vervielfacht werden. Dementsprechend werden z.B. für einen Versicherten, der Leistungsausgaben in Höhe von 20 Tsd. Euro und eine Versicherungszeit von 185 Tagen in der GKV aufweist, im Rahmen der Regression insgesamt 39.459 Euro annualisierten Leistungsausgaben berücksichtigt ( $20.000 \text{ €} / 185 \times 365$ ). Die WLS-Gewichte für das Regressionsverfahren werden berechnet, indem für jeden nichtverstorbenen Versicherten die Versicherungstage des Berichtsjahres durch die Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden  $185/365=0,51$ .

Die Leistungsausgaben von im Berichtsjahr Verstorbenen werden hiervon abweichend nicht annualisiert. Das heisst, es werden für einen Versicherten, der nach 185 Tagen verstorben ist, lediglich diejenigen Ausgaben angesetzt, die in diesem Zeitraum angefallen sind (= 20.000 €). Das WLS-Gewicht wird jedoch für Verstorbene = 1 gesetzt, damit wird er genauso behandelt wie ein Versicherter, der 365 Tage im Berichtsjahr versichert war, obwohl seine Kosten nicht auf Jahreskosten hochgerechnet werden.

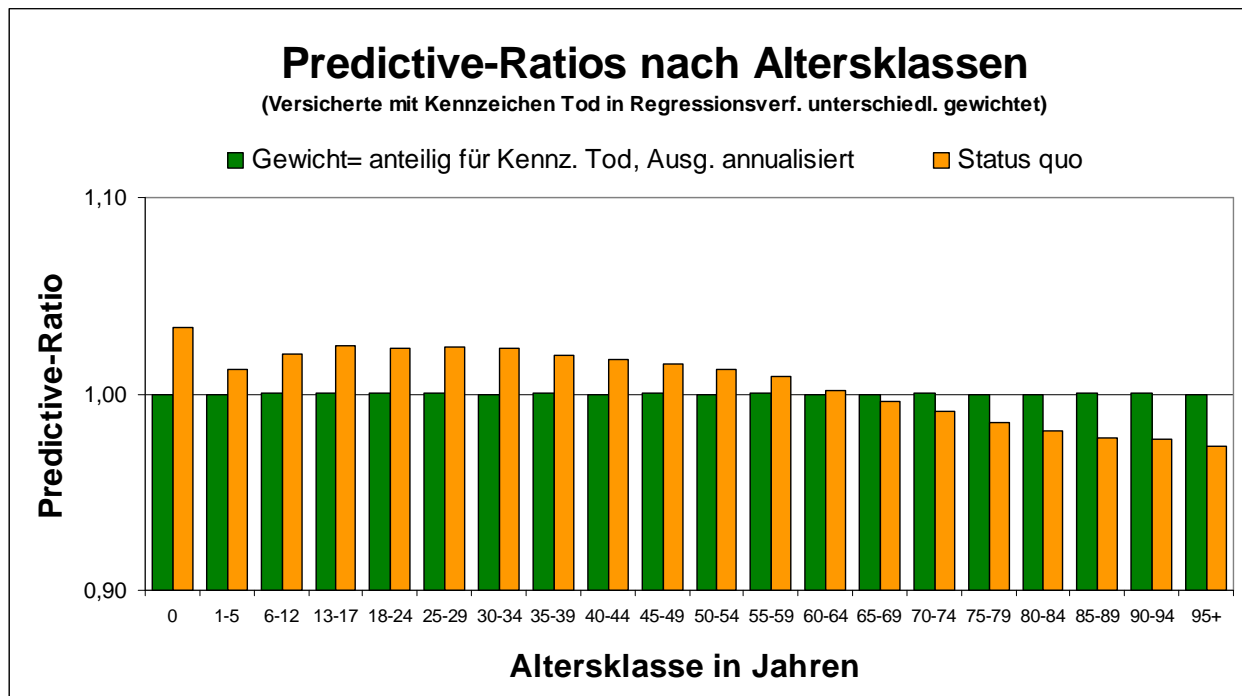
Das BVA begründet dieses Verfahren mit einer im Vergleich zu anderen Schätzmethoden höheren Erklärungskraft bzw. Prognosegüte der so durchgeführten WLS-Regression. Zudem soll eine Überschätzung der von Verstorbenen verursachten Ausgaben durch eine Hochrechnung vermieden werden.

#### Problem:

Untersucht man die Wirkungsweise des vom BVA angewandten Verfahrens empirisch, so zeigt sich, dass dieses Verfahren zu Unterschätzung der Ist-Ausgaben für jene Altersgruppen führt, die überdurchschnittlich viele Verstorbene aufweisen, wogegen die Ist-Ausgaben derjenigen Altersgruppen, die unterdurchschnittlich viele Sterbefälle aufweisen systematisch überschätzt werden (s. Grafik). Die Umverteilung der Beitragsbedarfszuweisungen erfolgt somit systematisch von alt nach jung. Für jüngere Altersgruppen werden aufgrund dieser Systematik Zuweisungen generiert, die nachweislich GKV-weit nicht benötigt werden, wogegen bei älteren Versicherten die Zuweisungen GKV-weit nicht die Versorgungskosten decken. Im Rahmen einer Modellrechnung auf Basis der M-RSA Stichprobenversicherten der AOK ergibt sich hier ein entsprechendes Umverteilungsvolumen und damit eine deutliche Fehlzuzuweisung in Höhe von ca. 0,7% des Beitragsbedarfes.



**Abb. 1: Predictive-Ratios nach Altersklassen**



Lösungsvorschlag:

Die Annualisierung der Ausgaben Verstorbener und die Berechnung der Regressionsgewichte sollen analog zu dem Verfahren bei den übrigen Versicherten erfolgen. Nur so kann eine systematische Fehlverteilung der Beitragsbedarfe zwischen den Altersgruppen vermieden werden (siehe Abb. 1).

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

  
Dorothee Schawo

Seite 10

Datum  
06.04.2009