



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Vorschlagsverfahren zur Anpassung des Modells für den Jahresausgleich 2012

BVA AZ VII2 - 5572.11 - 128/2011

Vorschläge der Techniker Krankenkasse, der KKH | Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse

Das Bundesversicherungsamt legt gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) neben den zu berücksichtigenden Krankheiten auch die Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus sowie das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2012 bis zum 30. September 2011 fest. Der Festlegung wurde ein Vorschlagsverfahren vorgeschaltet, in dem Krankenkassen, Leistungserbringer und Organisationen betroffener Versicherter Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells einbringen können. Nachfolgend sind die gemeinsamen Vorschläge der Techniker Krankenkasse, der KKH|Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse aufgeführt.

1. Zuordnung von ICD-Diagnoseschlüsseln zu Dx-Gruppen und hierarchisierten Morbiditätsgruppen

1.1 Neuordnung von Dx-Gruppen

Innerhalb der Hierarchie 5 / Erkrankungen der Leber wird eine Neuordnung der DxG149 vorgeschlagen. Im bestehenden Klassifikationssystem wird die HMG028 aus den DxG148 (Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkte (Zahnsche Infarkte) und DxG149 (Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma) gebildet. Die DxG149 beinhaltet ausschließlich die Virushepatitiden A und B. Im Gegensatz dazu umfasst die DxG148 das Leberversagen bzw. Lebererkrankungen, deren Ursachen multifaktoriell sein können. Die Erkrankung kann sowohl solitär als auch als Folge anderer Erkrankungen auftreten. Bei Versicherten, die der DxG148 zugeordnet werden, ist mit Komorbiditäten zu rechnen. Eine Virushepatitis tritt in der Regel solitär auf und entsteht durch einen viralen Infektionsweg (z.B. Blutkontakt, fäkal-oral). In der Regel heilt eine Hepatitis A folgenlos aus. In Fachkreisen wird diese Erkrankung auch als "Leberschnupfen" bezeichnet. Ein Leberkoma nach einer Hepatitis B-Infektion ist jedoch selten, da die therapeutischen Möglichkeiten sehr weit ausgereift sind. Das Entstehen eines Leberabszesses kann bakteriell, als auch traumatisch oder tumorös bedingt sein. Dadurch entsteht bei der DxG148 ein erhöhter Ressourcenverbrauch im Vergleich zur DxG149. Damit ist sowohl aus medizinischer, als auch ökonomischer Sicht keine Homogenität der HMG028 gegeben.

Es wird daher vorgeschlagen, die DxG149 in die HMG029 (Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma) zu verschieben.

1.2 Vereinigung von HMGs

Im Klassifikationssystem 2011 werden die für dieses Jahr festgelegten 80 Krankheiten in 128 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) unterteilt. Diese Differenzierung erscheint nicht in allen Fällen sinnvoll und erforderlich. Bei einigen medizinisch verwandten HMGs sind die Unterschiede in der Zuschlagshöhe so gering, dass eine Zusammenfassung vorgenommen und damit eine Vereinfachung des Klassifikationssystems erreicht werden sollte.

- Vereinigung der HMG083 Angina Pectoris / Zustand nach altem Myokardinfarkt und HMG084 Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens

Die Koronare Herzkrankheit ist Hauptursache für Angina Pectoris und auch für Herzinfarkte bzw. den Zustand nach Myokardinfarkt. Die Angina Pectoris ist das Leitsymptom, also das häufigste Beschwerdebild, der Koronaren Herzkrankheit und beruht auf der zugrundeliegenden Verkalkung der Herzkranzgefäße. Aufgrund der engen Zusammenhänge zwischen den Krankheiten ist eine Zusammenfassung in einer HMG z.B. unter der Bezeichnung "Koronare Herzkrankheit und Angina Pectoris" medizinisch gerechtfertigt. Die Differenz der Zuschlagshöhen beträgt aktuell lediglich 10 Euro pro Monat. Die Kostenhomogenität des betrachteten Versichertenkollektivs ist daher insbesondere auch im Vergleich zu Disparitäten in anderen HMGs auch bei einer Vereinigung der HMGs gewährleistet. Daher wird vorgeschlagen, die HMG083 mit der HMG084 zu vereinigen.

- Vereinigung der HMG222 Netzhautblutung und andere schwere Netzhauterkrankungen und HMG223 Diabetische Retinopathie

Die beiden HMG, die der Krankheit 67 zugeordnet sind, umfassen diverse Augenerkrankungen. Es handelt sich jeweils um Affektionen der Netzhaut (Retina). Auch wenn die Pathogenese nicht einheitlich ist, da im einen Fall die retinalen Gefäße und im anderen Fall die Retina unmittelbar betroffen sind, handelt es sich bei den zugeordneten ICD-Kodes um Netzhauterkrankungen. Diese werden auch im DIMDI-Katalog als "Affektionen der Netzhaut" zusammengefasst. Daher ist eine Zusammenlegung medizinisch begründbar. Auch eine Kostenhomogenität der beiden HMGs ist gegeben, da der Unterschied in der Zuschlagshöhe aktuell lediglich 8 Euro pro Monat beträgt. Daher wird vorgeschlagen, die HMG222 und die HMG223 zu vereinigen.

2. Anpassung der Aufgreifkriterien: Nebendiagnosen aus dem stationären Sektor

Angesichts diverser Aktivitäten von Krankenkassen zur Erhöhung der in der Satzart 500 gemeldeten Nebendiagnosen sehen wir die dringende Notwendigkeit, das Thema, das bereits in den vergangenen Jahren diskutiert wurde, erneut aufzugreifen. Das BVA als Aufsichtsbehörde aller bundesunmittelbaren Krankenkassen hat erhebliches Manipulationspotential bei Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus erkannt. Es sah sich veranlasst, mit Schreiben vom 7.12.2010 allen bundesunmittelbaren Krankenkassen eine Kooperation mit externen Dienstleistern zum Zweck der Kodieroptimierung im Krankenhaus zu untersagen. Allerdings kann

auch dies Manipulationen in diesem Bereich nicht ausreichend verhindern. Auch das Klassifikationsmodell selbst muss robust gegen solche Manipulationen ausgestaltet werden.

Da Diagnosen aus dem stationären Sektor mit wenigen Ausnahmen ohne weitere Validierungsschritte HMG-Zuschläge auslösen, ist das Klassifikationssystem hier besonders angreifbar. Bei der Meldung der stationären Diagnosen in der RSA-Satzart 500 wird zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden. Hauptdiagnosen beziehen sich auf den eigentlichen Behandlungsanlass und lassen sich klar feststellen. Die Kodierung von Nebendiagnosen dagegen unterliegt verschiedenen Einflussfaktoren und ist nicht nur auf die DRG-relevanten Diagnosen beschränkt. Eine verbindliche Vorgabe für das Krankenhaus, in welchen Fällen Nebendiagnosen zu kodieren sind und in welchen nicht, ist nicht vorhanden. Entsprechend groß sind auch die Einflussmöglichkeiten von Krankenkassen, über eine Kooperation mit dem Krankenhaus RSA-Optimierung zu betreiben. Gerade Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus sind im RSA besonders attraktiv, da sie - anders als Diagnosen aus dem ambulanten Sektor - ohne weitere Validierungsschritte RSA-Zuweisungen auslösen. Da die gemeldeten Hauptdiagnosen regelmäßig als valide angesehen werden können, sollten auch nur noch Hauptdiagnosen im Klassifikationssystem unmittelbar berücksichtigt werden. Nebendiagnosen dagegen sollten nur Zuschläge auslösen, wenn für die betreffende ICD das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" gilt. Bei den übrigen Nebendiagnosen ist davon auszugehen, dass sie - sofern sich die Krankheit tatsächlich manifestiert - auch im ambulanten Sektor kodiert werden und dann, bei Erfüllen der für Diagnosen aus der Satzart 600 geltenden Aufgreifkriterien, auch in einen Morbiditätszuschlag münden.

Beispiel: Latenter Hypertonus mit Bedarfsmedikation während des stationären Aufenthaltes durch Stress oder "Weißkittel-Effekt"

Der Hypertonus wird im Krankenhaus als Nebendiagnose kodiert und im Entlassungsbericht wird um Kontrolle und ggf. fortführende Therapie gebeten. Wenn sich im weiteren Verlauf kein Anhaltspunkt für einen Hypertonus zeigt, erfolgt bisher die Zuweisung aus dem MRSA unbegründet, da es sich zwar um eine dokumentierte, nicht aber um eine reale chronische Morbidität handelt.

Eigene Analysen haben gezeigt, dass bei ca. 15% der Versicherten, für die bei einem Krankenhausaufenthalt Hypertonie als Nebendiagnose kodiert wurde, keine entsprechende Folgediagnose aus dem ambulanten Sektor vorliegt bzw. bei Vorliegen einer solchen Diagnose die sonstigen Validierungskriterien nicht erfüllt wurden. Daher war der Zuschlag für die HMG091 (Hypertonie) nicht gerechtfertigt.

Im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Klassifikationsmodell für den Jahresausgleich 2010 wurde ein Modellvergleich durchgeführt, in dem auch für verschiedene Varianten einer

eingeschränkter Berücksichtigung von Nebendiagnosen aus dem stationären Sektor das R^2 berechnet wurde. Das nun vorgeschlagene Modell wurde damals nicht untersucht. Zudem sind Modellvergleiche, die sich auf das resultierende R^2 konzentrieren, ohnehin problematisch. Da durch eine undifferenzierte Berücksichtigung von Nebendiagnosen falsche Anreize gesetzt werden (die wiederum aufsichtsrechtlich nur schwer korrigiert werden können), muss auch dieser Aspekt in die Beurteilung der Modelle einfließen. Insgesamt ist daher festzuhalten, dass Nebendiagnosen aus dem stationären Sektor im Morbi-RSA nur dann Zuschläge auslösen sollten, wenn für diese Diagnosen im Rahmen des Klassifikationssystems das Kriterium "stationär erforderlich" gesetzt wurde.