

Anhörung zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2012

**Vorschläge der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer**

I. Grundsätzliche Anmerkungen zu den Prinzipien der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für das Ausgleichsjahr 2012

1. Wir bedauern sehr, dass der wissenschaftliche Beirat mit Erlass des BMG vom 12.11.2010 von der Aufgabe der Überprüfung der Krankheitsauswahl entbunden wurde und halten die Entscheidung auch aus pragmatischen Gründen für zu restriktiv. Wir regen an, dass eine Prüfung der in unseren vorangegangenen Stellungnahmen vorgeschlagenen Änderungen zu den Krankheitsgruppen nur bis zur nächsten Anpassung 2012 zurückgestellt wird.

Wie bereits in unserem Schreiben vom 01.04.2011 erbeten, wären folgende Zusatzinformationen als Dateien für die Vorschläge zum Ausgleichsjahr 2012 außerordentlich hilfreich:

- Eine Gegenüberstellung „Jahresausgleich 2010“ gegenüber „Jahresausgleich 2011“ gegenüber „Jahresausgleich 2012“ auf ICD-Ebene im Excelformat würde die Bearbeitung sehr erleichtern.
- Die 349 in die Prüfung eingegangenen Krankheiten wurden nur mit Stand Februar 2010 mit den jeweils dahinter liegenden ICD-Kodes veröffentlicht. Es erscheint wünschenswert, wenn diese Tabelle mit den jeweiligen Änderungen aktualisiert und die DxG-Zuordnung sowie die verabschiedete HMG-Zuordnung enthalten würde.
- Die Nummerierung der Krankheiten sollte über Verweise eindeutig zuzuordnen sein. Der Wechsel der Nummern in den verschiedenen Übersichten des BVA beeinträchtigt die Transparenz und führt zu Unklarheiten und ggf. Missverständnissen.

Das für März 2011 angekündigte Gutachten des wissenschaftlichen Beirates zu den Wirkungen des Morbi-RSA sowie zu den Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA ist bisher nicht verfügbar, könnte aber für die Kommentierung von Krankheitsauswahl, Risikogruppengröße und Hierarchieanpassungen sehr hilfreich sein.

2. Die zusätzliche Berechnung weiterer Gütemaße, erstmals des CPM und des MAPE, erlaubt die bessere Beurteilung der verschiedenen Modellergebnisse. Dass darüber hinaus bei der sehr komplexen Hierarchie 11 auch die Pearsonschen Korrelationskoeffizienten angegeben sind, hat die Einschätzungsmöglichkeit gerade im Zusammenhang von Komorbiditäten ebenfalls erheblich verbessert.

II. Spezielle Anmerkungen

II.1 Zu den Anpassungen der Aufgreifkriterien

Dass die Nebendiagnosen aus dem Krankenhausbereich bei der Klassifikation jetzt wie ambulante Diagnosen behandelt werden, halten wir unter Validitätsaspekten für sehr konsistent. Der dadurch verursachte Rückgang der Modellgüte wird fast vollständig durch die anderen Anpassungsmaßnahmen kompensiert. So ist das neue Klassifikationsmodell weniger manipulationsanfällig bei gleicher Vorhersagekraft im Vergleich mit der bisherigen Modellausgestaltung.

II.2 Zu den Anpassungen des Klassifikationsmodells

Hierarchie 02: „Neubildungen“

In dieser Hierarchie legen wir für das Jahr 2012 besonders großen Wert auf eine detaillierte Überprüfung der gesamten Krankheitsauswahl. Es handelt sich um sehr kostenaufwändige Patienten, die allein über die kodierten Diagnosen nicht kostenhomogen voneinander getrennt werden können. Während in manchen Fällen Carcinome kurativ lokal behandelt werden können, erfordern diese in anderen Fällen eine kostenintensive und lang dauernde Therapie (z.B. sind die Mehrzahl der malignen Melanome über eine lokale Excision kurativ zu behandeln, ein kleiner Teil jedoch muss aufwändig operativ und chemotherapeutisch behandelt werden). Die bisherige Aufteilung in viele kleine Krankheitsgruppen ist unseres Erachtens noch nicht zielführend und sollte für das Ausgleichsjahr 2012 erneut überprüft werden (vgl. dazu unseren Vorschlag vom 01.04.2011).

Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“

Die differenzierte Anpassung im Bereich der rheumatoiden Erkrankungen stellt nicht nur aus statistischen Gründen eine eindeutige Verbesserung dar, sondern erscheint aus medizinisch-klinischer Sicht ausgesprochen sinnvoll.

Für die neue HMG229 „schwerwiegende Verlaufsformen rheumatoider Erkrankungen“, die an spezifische Medikamente gebunden ist und hierarchisch über allen anderen HMGs mit rheumatoiden Erkrankungen (und ohne Medikamentenaufgreifkriterium) steht, sollte eventuell die Entscheidung zugunsten von Modell 3b noch einmal überdacht werden, um keinen Manipulationsanreiz für die Verordnung von höheren Glucocorticoiddosen (die DDD von Steroiden liegt relativ hoch) auszulösen, selbst wenn das Modell 2b bezüglich R^2 , CPM und MAPE dem Modell 3b leicht unterlegen ist. Denn durch die Verordnung von Glucocorticoiden (bei DDD183) käme ein Patient bei gleichzeitig einmaliger Kodierung einer rheumatoiden Erkrankung in die HMG229 (übrigens auch dann, wenn die Glucocorticoidverordnung wegen einer anderen Erkrankung erfolgt). Diese Auslösung der HMG229 halten wir nicht unbedingt für sachgerecht.

Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“

Dass die aplastischen Anämien zukünftig auch aus dem Bereich der ambulanten Diagnosen berücksichtigt werden, ist wichtig und richtig. Gerade im Zuge der zukünftigen Ausgestaltung von §116b SGB V werden diese Erkrankungen voraussichtlich zunehmend ambulant behandelt. Es erscheint geboten, hier die medizinischen Gründe zu priorisieren und den Verlust der Zielgenauigkeit in Kauf zu nehmen.

Die Verlegung der nicht näher bezeichneten Thrombozytopenie von der HMG210 in die HMG046 kompensiert einen Teil des Verlustes der Zielgenauigkeit wieder, so dass die angepasste Hierarchie 08 insgesamt eine Verbesserung darstellt.

Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

Ausdrücklich möchten wir uns für die aufwändige und detaillierte Anpassungsarbeit im Bereich der Hierarchie 11 bedanken. Dieser extrem wichtige Versorgungsbereich mit zunehmenden Prävalenzen in den einzelnen Risikoklassen ist besonders komplex und daher besonders schwierig zu bearbeiten. Dass dieses Jahr erstmals hier die Pearsonschen Korrelationskoeffizienten ausgewiesen wurden, hat die Bewertung der Anpassungen erheblich erleichtert und viel zur Transparenz beigetragen.

Sowohl die Neuaggregation der verschiedenen Erkrankungen als auch die Neuordnung in jetzt insgesamt drei miteinander verbundene Hierarchiestränge halten wir für eine erhebliche Verbesserung, die auch in einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit sichtbar wird.

Zugleich möchten wir betonen, dass die Krankheitsauswahl mit den verschiedenen ICD-Zuordnungen gerade in diesem schwierigen Bereich zu Beginn des Jahres 2012 überarbeitet werden müsste.

Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“

Die drei beabsichtigten Anpassungen in der Hierarchie 14 (Alterssplit bei den Muskeldystrophien und Medikamentensplit beim Parkinson und bei der Multiplen Sklerose) sind besonders geeignet, um die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells für das Jahr 2012 zu verbessern. Insbesondere beim Parkinson und bei der Multiplen Sklerose dürften die Änderungen in den Zuweisungen aufgrund der nicht unerheblichen Prävalenz spürbare Auswirkungen besitzen.

Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

Die Argumentation, dass die Diagnosen I46.0 *Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung* und I49.0 *Kammerflattern und Kammerflimmern* nicht an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ geknüpft werden können, weil dies den stationären Kodierrichtlinien widerspricht, ist im Kern nicht nachvollziehbar. Selbstverständlich dürfte es auf Grund der klaren Regelung in den DKR eine Rarität sein, dass die Codes als Hauptdiagnose verschlüsselt werden, denn bei überlebenden Patienten ist die Ursache dieser beiden Diagnosen als Hauptdiagnose anzugeben. Jedoch können beide Diagnosen als Nebendiagnose verschlüsselt werden, wobei sie nach der neuen Regelung für Nebendiagnosen ohne das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ den Filterbedingungen für ambulante Diagnosen unterliegen würden. Wenn im ambulanten Bereich einer der beiden

Kodes verschlüsselt wird, wird dieser Patient (wenn er überlebt) immer stationär eingewiesen. Durch das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ würde die Zuweisung der Risikoklasse eingeschränkt auf die wirklich relevanten Patienten. Es wäre für eine Festlegung der Filterbedingung genauer zu prüfen, wie hoch die Unterschiede der Leistungsausgaben der Patienten unter Berücksichtigung des m2Q-Kriteriums für „Herzstillstand“ und „Kammerflattern/Kammerflimmern“ im Folgejahr sind im Vergleich zu den Leistungsausgaben der Patienten, bei denen beide Diagnosen an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gebunden wären.

In der Hierarchie der Herzerkrankung hat das BVA erneut den von uns eingebrachten Vorschlag zur Kodierung des Zustands nach Herzinfarkt abgelehnt mit der Begründung, es würden nur behandlungsrelevante Krankheitsbilder erfasst. Nach den Vorgaben des DIMDI zur Kodierung von Behandlungsanlässen dürfen **unabhängig vom Zusatzkennzeichen** ausschließlich Diagnosen angegeben werden, die im aktuellen Abrechnungsquartal behandlungsrelevant sind. Ambulante Abrechnungsd Diagnosen sind behandlungsrelevant unabhängig vom kodierten Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit. Für jeden Arzt beschreibt der Sachverhalt „Zustand nach akutem Herzinfarkt“ und „alter Herzinfarkt, gesichert“ die gleiche aktuell behandlungsrelevante anamnestiche Information, sie wird im mRSA nun weiterhin unterschiedlich bewertet.

Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

Der Vorschlag zur weiteren Differenzierung der Mukoviszidose-HMG über einen Medikamentensplit wurde vom BVA nicht geprüft, „um unerwünschte Anreize zu verhindern“. Dabei bleibt jedoch die Frage, ob nicht ein ähnlicher Aufbau wie bei den rheumatoiden Arthritiden sinnvoll wäre, also eine HMG „schwerwiegende Mukoviszidose“ mit einer dahinter liegenden Liste teurer Präparate (wobei wie für die Hierarchie 7 auch hier verschiedene Medikamentenlisten geprüft werden könnten), und darunter hierarchisiert die HMG „Mukoviszidose > 11 Jahre“ und die HMG „Mukoviszidose < 12 Jahre“. Dabei wäre zu prüfen, ob das Aufgreifkriterium Arzneimittel dann für die HMG „Mukoviszidose > 11 Jahre“ noch nötig ist. Das Problem, dass die bei der Mukoviszidose indizierten teuren Präparate oft nur auf der ATC-Siebenstellerebene identifiziert werden können, verstärkt auf Fünfstellerebene einen möglichen Manipulationsanreiz. Dieses Problem besteht jedoch für das gesamte Aufgreifkriterium Arzneimittel auf ATC-Fünfstellerebene.

Dass der Code J46 Status asthmaticus zukünftig auch als Diagnose aus dem ambulanten Datensatz akzeptiert wird und nicht mehr nur an das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ gebunden ist, ist unter dem Aspekt der Zuweisungsrelevanz positiv zu bewerten. Die J46 ist ein deutliches Beispiel für die oft unpräzisen ICD-Texte im systematischen Verzeichnis wie auch für die mangelnde Präzision des ICD-Diagnosenthesaurus mit seinen weit über 70.000 Einträgen.

Die Neuaggregation der ICD-Kodes im Bereich Asthma und COPD und die Anpassung der Hierarchien ist medizinisch eine systematische Verbesserung. In wie weit der sehr unspezifische (aber auch sehr seltene) Code J99.8 *Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten* in die HMG108 „akutes schweres Asthma >17 Jahre, postinflammatorische Lungenfibrose“ gehört, sollte noch näher untersucht werden.

Die J44.99 *Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet* wurde in der entsprechenden Excelliste und in der entsprechenden pdf-Datei versehentlich in die DxG 848 gruppiert und führt so in die HMG236 „schwerwiegende COPD / Emphysem“. In den Erläuterungen wird die J44.99 jedoch korrekt über die DxG 849 der HMG237 „leichte- und mittelgradige COPD“ zugewiesen, in der alle anderen COPD-Kodes mit dem Zusatz „*FEV1 nicht näher bezeichnet*“ liegen; eine Korrektur der Excellisten und pdf-Dateien ist daher nötig. Von zunehmender Relevanz wird zukünftig die genaue Kodierung des Obstruktionsgrades werden.

Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“

Das absolut eindeutige Aufgreifkriterium „Dialysekennzeichen“ zur Zuweisung in die HMG130 „Dialysestatus“ garantiert in diesem hochpreisigen Segment eine hohe Verlässlichkeit gegen versehentliche Kodierfehler und ist daher sehr zu begrüßen. Es ist die Frage, ob die HMG130 (und damit die DxG 821 und 850) unter dieser Voraussetzung überhaupt noch das zusätzliche Aufgreifkriterium Arzneimittel benötigt (ein Dialysepatient, der ansonsten keinerlei Dauermedikation erhält, dürfte eine sehr seltene Ausnahme darstellen). Damit würde sich langfristig auch eine Harmonisierung der Arzneimittelvalidierung der HMG130 und der HMG131 erübrigen.

Die Maßnahme, die HMG136 in die HMG132 zu integrieren ist ein pragmatisches Verfahren mit Hierachieverletzungen umzugehen und kann zusätzlich stabilisieren.

Die Krankheitsauswahl gerade im Bereich „Erkrankungen der Harnwege“ sollte für 2012 unbedingt überprüft und ggf. angepasst werden.

Kostenerstatter

Die Entscheidung, die Kostenerstattergruppe (§13 SGB V) nach 10 Altersgruppen zu differenzieren, ist ein erster sinnvoller und pragmatischer Ansatz, die offensichtlich erheblichen Kostenunterschiede zu berücksichtigen.

II.3 Zu den Anpassungen des Berechnungsverfahrens

Hier möchten wir ausschließlich zum Punkt „Annualisierung der Verstorbenen“ Stellung nehmen. Die Diskussion wird seit mehreren Jahren geführt und es gibt gute Gründe sowohl FÜR als auch GEGEN eine Annualisierung. Wir teilen jedoch die Beurteilung des BVA, dass eine weitere Diskussion zu diesem Punkt erst im Kontext mit dem noch nicht veröffentlichten Evaluationsbericht 2009 des wissenschaftlichen Beirats geführt werden kann.