

Stellungnahme zum BVA-Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV

Ansprechpartner aus dem AOK-Bundesverband:

Dorothee Schawo Tel.	0228 843 414
Dr. Gerhard Schillinger	0228 843 646
Werner Schneider	0228 843 426

Bonn, den 20.06.2008

Vorbemerkungen

Mit den Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV vollzieht das BVA eine zentrale Weichenstellung für die Höhe der risikoadjustierten Fondszuweisungen ab 2009. Diese Entscheidung beeinflusst die wettbewerblichen Existenzgrundlagen der Krankenkassen und - vermittelt über wettbewerbliche Anreize und die finanziellen Spielräume der Krankenkassen - das Versorgungsgeschehen in Deutschland. Der erheblichen finanziellen, gesundheitspolitischen und wettbewerblichen Tragweite dieser Entscheidung wird der BVA-Vorschlag eines Klassifikationsmodells nicht gerecht. Das primäre Ziel der RSA-Weiterentwicklung, die Anreize zur Risikoselektion zu verringern, damit der Kassenwettbewerb auch tatsächlich zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Versorgung der Versicherten führen kann, hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18.07.2005 (Az 2 BvF 2/01) deutlich bekräftigt. Dieses Ziel wird über das vom BVA vorgeschlagene M-RSA-Verfahren nicht erfüllt.

Bereits mit dem RSA-Reformgesetz von 2001 hatte der Gesetzgeber auf der Basis mehrerer im Vorfeld initiierten wissenschaftlicher Gutachten ein Stufenverfahren vorgesehen, das mit der Einführung des Risikopools begann (erste Stufe 2002), mit der Einbeziehung speziell ausgewählter chronischer Krankheiten in den RSA fortgesetzt wurde (zweite Stufe ab 2002/2003) und seine Endstufe ab 2007 mit der direkten Morbiditätsorientierung des RSA abschließen sollte. Grundlage für die Ausgestaltung der direkten Morbiditätsorientierung sollte ein weiteres vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenes Gutachten sein, das 2004 vorgelegt wurde (Gutachter 2004) und die Übernahme eines bestimmten in Boston/USA entwickelten Klassifikationsmodells auf Basis von stationären Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen empfiehlt (Gutachternvorschlag 2004: RxGroups + IPHCC). Dabei gingen die Gutachter davon aus, dass das vorgeschlagene Klassifikationsmodell die im bisherigen RSA noch falsch gesetzten Risikoselektionsanreize beseitigt und statt dessen „die im Kassenwettbewerb gesetzten Anreize zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung unterstützt.“¹

Die von nahezu allen wissenschaftlichen Experten getragene Einsicht in die Notwendigkeit der unmittelbaren Morbiditätsorientierung eines zur Verbesserung von Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit² geeigneten RSA lag sowohl der RSA-Reform von 2001³ als auch der Gesundheitsreform von 2007 zu Grunde: Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die ausschlaggebende Vorschrift (§ 268 SGB V) - wenn man von der Krankheitsbegrenzung und der Verschiebung von 2007 auf 2009 absieht - nicht verändert. Auch in den Begründungen der RSA-relevanten Gesetzes- und Verordnungsregelungen sind keine Hinweise auf eine veränderte Zielsetzung der RSA-Weiterentwicklung zu finden. Soweit § 268 Abs. 1 SGB V neben dem Ziel „*Anreize zu Risikoselektion (zu) verringern*“ noch ergänzt, dass der RSA „*keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen*“ setzen dürfe, handelt es sich im Verhältnis dieser beiden Vorgaben zueinander nicht um zwei gleichrangige Ziele der RSA-Weiterentwicklung, sondern um ein Hauptziel - Vermeidung von Risikoselektion - und eine Nebenbedingung, die bei der Umsetzung dieses Hauptziels zu berücksichtigen ist. Die RSAV-Regelungen lassen eine Präferenz des Verordnungsgebers für die Umsetzung des Klassifikationsvorschlags aus dem BMG-Gutachten 2004 erkennen.

¹ IGES/Lauterbach/Wasem, Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn, Februar 2005; insb. S. 225 ff.

² Bundesverfassungsgericht 2005: „Nach weit verbreiteter Auffassung im nationalen wie internationalen gesundheitsökonomischen Schrifttum lassen sich mit einem Finanzausgleichskonzept mit direkter Morbiditätsorientierung die gesetzten Ziele am besten erreichen“ (Rz. 263); siehe im übrigen auch Randziffern 235, 237, 262

³ vgl. RSA-Reformgesetz vom 10.12.2001 (BGBl. I S. 3465)

Das BVA folgt leider nicht dem Gutachternvorschlag 2004. Vielmehr schlägt es ein hiervon in den zentralen Elementen abweichendes sogenanntes All-Encoutermodell (HCC-Modell) vor, das für die o.g. Zielerreichung nicht geeignet ist. Die zentralen Mängel dieses BVA-Vorschlags sind:

- Das Modell bildet zu wenig Morbiditätsgruppen und damit Morbiditätszuschläge. Die sehr grobe Zusammenfassung von Morbiditätsgruppen wird dem tatsächlichen Krankheitsgeschehen nicht gerecht. Dadurch entstehen für sehr leichte und wenig kostenintensive Erkrankungen systematisch zu hohe und für schwere, chronische Erkrankungen deutlich zu niedrige Morbiditätszuschläge. Krankenkassen mit vielen "leichten Krankheitsfällen" (also geringen Ausgaben) erhalten hierdurch gleich hohe M-RSA-Zuweisungen wie Krankenkassen mit vielen "schweren" und kostenintensiven Krankheitsfällen.
- In § 29 Nr. 1 RSAV ist vorgeschrieben, dass die „Morbiditätsgruppen ... auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen“ zu bilden sind. Im BVA-Vorschlag werden die Krankheiten der Versicherten im ambulanten Bereich jedoch in aller Regel auf der Basis ambulanter Diagnosen identifiziert. Die Identifizierung auf der Basis von Arzneimitteln - wie sie in der RSAV vorgegeben ist - erfolgt nur in einem sehr kleinen Ausnahmebereich. Auch hierdurch entstehen Fehlzuordnungen von Versicherten, die dem Schweregrad ihrer Krankheit nicht gerecht werden.
- Neben der Art der Versorgung im ambulanten Bereich vernachlässigt der BVA-Vorschlag zudem, ob ein Versicherter ausschließlich ambulant oder auch – in aller Regel deutlich kostenintensiver – stationär behandelt worden ist. Für die Höhe der Morbiditätszuschläge spielt dies im BVA-Modell i.d.R. keine Rolle. Hierdurch verletzt der M-RSA das Gebot der Versorgungsneutralität: Versicherte mit kostenintensiver stationärer oder teurerer Arzneimitteltherapie bleiben i.d.R. schlechte Risiken mit negativen Deckungsbeiträgen. Gesunden Versicherten und Versicherten mit leichten Erkrankungen werden weiterhin zu hohe Fondsmittel zugewiesen.
- Beim BVA-Modell kommt der Qualität ambulanter Diagnosekodierungen eine zentrale Bedeutung zu. Bisherige empirische Untersuchungen zur Qualität ambulanter Diagnosen haben deutliche Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlkodierungen ergeben. Im Jahr der Einführung des M-RSA 2009 sind zugleich erhebliche Änderungen durch die Reform der Ärztevergütung zu erwarten, die sich – gegenwärtig unkalkulierbar – zusätzlich auf das Kodierverhalten der Ärzte auswirken können. Um der hieraus resultierenden Gefahr von Verwerfungen in den risikoadjustierten Fondszuweisungen zu vermeiden, muss die Diagnosesicherheit optimiert werden. Dies ist über die Identifizierung der Versicherten mittels Arzneimittelwirkstoffen gewährleistet.

Der AOK-Bundesverband schlägt deshalb eine Modifizierung des BVA-Vorschlags auf der Basis des Modells der Gutachter 2004 vor.

Im einzelnen:

1. Unterschiede zwischen BVA-Vorschlag und dem Gutachtervorschlag 2004 (IPHCC+RxGroups)

Bei dem Vorschlag des BVA zum Klassifikationsmodell handelt es sich um ein sogenanntes All-encounter-Modell. Hierbei werden den ambulant und stationär behandelten Patienten die gleichen Morbiditätsgruppen und damit gleich hohe Zuschläge zugewiesen, obgleich diese beiden Patientengruppen deutlich unterschiedliche Kostenrisiken aufweisen. Das Gutachtermodell 2004 unterscheidet dagegen zwischen Morbiditätsgruppen, die einerseits anhand von stationären Diagnosen (HCCs) und andererseits auf Grund der Verordnung von Arzneimittelwirkstoffgruppen (RXGs) im ambulanten Bereich zugeordnet werden. Für jede dieser Morbiditätsgruppen werden separate Zuschläge ermittelt, die miteinander kombinierbar sind (sogenanntes Kombinationsmodell). Auch bei dem in den Niederlanden eingesetzten Klassifikationsmodell handelt es sich um ein Kombinationsmodell, das neben anderen Zuschlägen auch Zuschläge auf Basis von Krankenhausdiagnosen und Arzneimitteln miteinander kombiniert. Die BMG-Gutachter haben 2004 ein All-encounter-Modell (HCC-Modell) zwar untersucht, aber dieses auf Grund der unzureichenden Zielgenauigkeit nicht für die Anwendung beim Morbi-RSA vorgeschlagen. Das HCC-Modell war dem IPHCC+RxGroups-Modell bzgl. der statistischen Kriterien (u.a. R², Predictive Ratio nach Kostengruppen bzw. Krankheiten) mit Abstand unterlegen.

Das vom BVA vorgeschlagene Klassifikationssystem stellt eine Modifikation des HCC-Modells dar, das von den BMG-Gutachtern nicht für die Anwendung beim M-RSA vorgeschlagen wurde.

Nach Anwendung des Krankheitsfilters für 80 Krankheiten hat das BVA 102 diagnosenbasierte Morbiditätsgruppen auf der Grundlage des HCC-Modells (ursprünglich 184 HCCs) gebildet, die bis auf wenige Ausnahmen sowohl mittels stationärer Diagnosen als auch mittels ambulanter Diagnosen zugewiesen werden können. Nach Anwendung der Hierarchien entstehen faktisch 50 Morbiditätsgruppen (HMGs), die einem Versicherten zugewiesen werden.

Das IPHCC+RxGroups-Modell dagegen hat in der Originalversion 184 stationäre HCCs und 164 RxGroups. Filtert man dieses Modell in Hinblick auf die 80 Krankheiten, so verbleiben von diesen Morbiditätsgruppen noch 108 HCCs und 133 RXGs, die miteinander kombiniert werden können. Der Unterschied zwischen der Anzahl der HMGs des BVA-Vorschlags und den gefilterten HCCs des IPHCC+RxGroups-Modells, beruht auf der Verschiebung von DXGs sowie der Zusammenlegung von HCCs des Ursprungsmodells zu einer HMG, die seitens des BVA vorgenommen wurden. So sind z.B. im Original-IPHCC+RxGroups-Modell getrennte HCCs für Asthma und die obstruktive chronische Lungenerkrankung vorhanden. Dies ist auf Grund der unterschiedlichen Kostenintensitäten und Behandlungsnotwendigkeiten auch sinnvoll. Im vom BVA vorgeschlagenen Modell gibt es dagegen sowohl für stationäre als auch für ambulant identifizierte Patienten mit Asthma bronchiale und COPD einen einheitlichen Morbiditätszuschlag. Durch die gemeinsamen Morbiditätsgruppen für ambulant und stationär behandelte Patienten werden die Differenzierungsmöglichkeiten von Patienten hinsichtlich der Schwere und Kostenintensität gegenüber dem IPHCC+RxGroups-Modell erheblich eingeschränkt.

Die separate Berücksichtigung stationärer Diagnosen führt nicht zu Fehlanreizen. Dies verhindert der prospektive Ansatz des Klassifikationsmodells, da die hohen zeitgleichen Kosten eines stationären Aufenthaltes die Durchschnittskosten des stationären Aufenthaltes im Folgejahr regelmäßig um ein Vielfaches übersteigen. Die Berücksichtigung der stationären Aufenthalte führt daher zu einer Berücksichtigung des höheren Kostenrisikos dieser Versicherten im Folgejahr, ohne einen Fehlanreiz für stationäre Behandlungen zu setzen.

2. Die Beschränkung der Morbiditätsgruppen und –zuschläge wird den medizinisch gebotenen Versorgungsnotwendigkeiten nicht gerecht

Dass die Notwendigkeit einer stationären Behandlung in der Regel mit einer höheren Krankheitschwere verbunden ist und damit häufig zu höheren prospektiven Behandlungskosten (u.a. Wiedereinweisungen) führt, wird im BVA-Modell vernachlässigt. Dies führt dazu, dass durch die Ermittlung eines gemeinsamen Morbiditätszuschlags die Zuweisungen für stationär behandelte Patienten zu niedrig sind. Dies schlägt sich in der statistischen Überprüfung auch in einem relativ niedrigen R² des HCC-Modells von nur 6%, bezogen auf die Prognose von prospektiven Krankenhausaufgaben, im Vergleich zum IPHCC+RxGroups-Modell mit immerhin 9% nieder (vgl. BMG-Gutachten 2004 von IGES, Lauterbach und Wasem).

Beispiele: Zuweisungen für Versicherte deren HMG aus der stationären Behandlung resultiert in Relation zu den Ist-Kosten der Versicherten im Folgejahr (jeweils Versicherte mit nur einer HMG)

HMG	Verhältnis Zuweisungen zu Ist-Kosten	
	BVA-Modell	IPHCC+RxGroups (auf 80 Krankheiten beschränkt)
Asthma / COPD (HMG108)	0,80	1,00
Koronare Herzerkrankungen (HMG84)	0,52	0,72
Rheumatoide Arthritis u. entzündl. Bindegewebserkrankungen (HMG38)	0,43	0,85

3. Das BVA-Modell führt zu systematischen Fehlzusweisungen, die bei etlichen Krankheiten erhebliche Ausmaße annehmen

Die durch das BVA-Modell ausgelösten Risikozuschläge sind für leichte Erkrankungen systematisch zu hoch und für schwere, kostenintensive Erkrankungen systematisch zu niedrig. Diese Fehlzusweisungen lassen sich an zahlreichen Beispielen deutlich machen.

Auch im ambulanten Bereich berücksichtigt das vom BVA vorgeschlagene Klassifikationsmodell die Unterschiede bezüglich der Schwere der ambulant behandelten Erkrankungen nicht ausreichend. Das vom BVA vorgeschlagene Klassifikationsmodell identifiziert die Krankheiten der Versicherten im ambulanten Bereich auf Basis ambulanter Diagnosen, die zum Teil durch die Verordnung von Arzneimitteln bestätigt werden müssen, und nicht auf Basis von Arzneimitteln. Die im ambulanten Bereich bestehende unterschiedlich hohe Krankheitsschwere und damit einhergehende unterschiedliche Kostenintensität der Patienten - diese reicht von Patienten, die überhaupt keiner spezifischen Therapie bedürfen, bis hin zu Patienten, die schwerwiegend betroffen sind und hohe Kosten sowohl hinsichtlich der Medikation als auch hinsichtlich der Hospitalisierungsraten aufweisen -, kann nur durch Berücksichtigung von Morbiditätszuschlägen, die auf Arzneimittelwirkstoffgruppen beruhen, abgebildet werden. Die unterschiedliche Krankheitsschwere spiegelt sich auch in den betreffenden Leitlinien wider, die häufig eine stufenweise Eskalation der medikamentösen Therapie - abhängig vom Schweregrad der Erkrankung und dem Ansprechen auf die Therapie - vorschlagen.

So besteht z.B. für Asthma bronchiale international ein Konsens über eine Stufentherapie, die sich an der Krankheitsschwere orientiert. Leicht betroffene Patienten kommen oft mit einem einfachen Notfallspray aus und verursachen nur geringe Kosten. Bei notwendiger Dauertherapie besteht diese gemäß den Leitlinien aus einer Basistherapie mit inhalativen Kortikosteroiden. Diese werden in einer nächsten Stufe mit inhalativen langwirksamen Beta-Sympathomimetika kombiniert. Bei sehr schwer betroffenen Patienten kommen orale Methylxanthine und orale Kortikosteroide zum Einsatz. Die Medikation dieser Patienten stellt somit ein Marker für die Krankheitsschwere dar, welcher sinnvollerweise durch das IPHCC+RxGroups-Modell genutzt wird.

Gleiches gilt für die COPD. Die Hospitalisierungsquote für Patienten mit COPD liegt bei etwa 5 %. Bei stationär behandelten COPD-Patienten besteht ein Risiko von 30 %, innerhalb des nächsten Jahres erneut hospitalisiert zu werden. In gleicher Weise ist bei Patienten mit schwerer und sehr schwerer COPD die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthaltes deutlich erhöht. Auch bei der COPD folgt die Therapie einem Stufenkonzept, das sich an der Krankheitsschwere orientiert und durch auf Arzneimittelverordnungen basierenden RXGs abgebildet werden kann. Durch die Verwendung des Kombinationsmodells IPHCC+RxGroups lässt sich somit die Krankheitsschwere für den ambulanten Bereich und den stationären Bereich deutlich zielgenauer als mit dem BVA-Modell darstellen.

Abb. 2.2.3 Eskalation und Deeskalation der Therapie*

Erste Wahl	Alternativen (in Ausnahmefällen**)
1 ICS in niedriger Dosis	Leukotrienantagonisten (als Monotherapie nur für Belastungsasthma zugelassen)
2 ICS in mittlerer Dosis	ICS in niedriger Dosierung plus Leukotrienantagonisten
3 ICS in mittlerer Dosierung + lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	ICS in mittlerer Dosierung + Leukotrienantagonisten (besonders bei Kleinkindern)
4 ICS in hoher Dosierung + lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	ICS in hoher Dosierung + Leukotrienantagonisten oder ICS in hoher Dosierung + Theophyllin
5 ICS in hoher Dosierung + lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika + Theophyllin	ICS in hoher Dosierung + Leukotrienantagonisten + langwirksame Beta-2-Sympathomimetika + Theophyllin
6 Systemische Glukokortikoide	

ICS = Inhalatives Kortikosteroid


* Quelle: Modifiziert nach der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Asthma, Deutsche Atemwegsliga 2005

** Es handelt sich hier nicht um Regelalternativen, sondern um Ausweichmöglichkeiten in begründeten Fällen

Aus: Andreas Hellmann, Bernhard Faderl, Wolfgang Petro, Andreas von Maxen, Klaus Wahle Therapie bei Asthma: Ziele und individuelle Planung, in: Hausarztthandbuch, MedKom-Verlag 2007

Abb. 2.5.4 Stufenplan für die Langzeittherapie der COPD

Ab einem Schweregrad	Maßnahme
Schweregrad 0 (Risikogruppe)	<ul style="list-style-type: none"> Tabakentwöhnung Vermeidung von Risikofaktoren Infektophylaxe, ggf. Influenza-/Pneumokokkenimpfung
Schweregrad I	Zur Bedarfsmedikation <ul style="list-style-type: none"> Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika
Schweregrad II	Ggf. zusätzlich zur Dauertherapie <ul style="list-style-type: none"> lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder lang wirksame Anticholinergika Rehabilitation
Schweregrad III	Ggf. zusätzlich in begründeten Fällen <ul style="list-style-type: none"> Theophyllin inhalative Kortikosteroide In begründeten Einzelfällen <ul style="list-style-type: none"> orale Kortikosteroide zur Dauertherapie
	<ul style="list-style-type: none"> O₂-Langzeittherapie Heimbeatmung Operation



Aus: Andreas Hellmann, Bernhard Faderl, Wolfgang Petro, Andreas von Maxen, Klaus Wahle Therapie bei COPD: Ziele und individuelle Planung, in: Hausarztthandbuch, MedKom-Verlag 2007

Die Krankheitsschwere lässt sich sowohl bei COPD als auch bei Asthma aus der verwendeten Medikation und der Krankenhauseinweisung ableiten. Diese wird durch das IPHCC+Rxgroups-

Modell berücksichtigt, während das BVA-Modell undifferenzierte, einheitliche Morbiditätszuschläge zuweist.

Asthma	Behandlung:	BVA-Modell	IPHCC+RxGroups
leichte Form	- inhalatives Steroid	872 €	175 €
mittelschwere Form	- inhalatives Steroid - Beta-Sympathometikum Summe:	872 €	175 € 318 € 493 €
Schwere Form	- inhalatives Steroid - Beta-Sympathometikum - Methylxanthine Summe:	872 €	175 € 318 € 778 € 1.271 €
COPD			
Leichte Form	- Rauchverzicht	872 €	0 €
mittelschwere Form	- Beta-Sympathometikum - inhalative Anticholinergika Summe	872 €	318 € 820 € 1.138
Schwere Form	- Beta-Sympathometikum - inhalative Anticholinergika - inhalatives Steroid - Methylxanthine - Krankenhausbehandlung Summe	872 €	318 € 820 € 175 € 778 € 862 € 2.953 €

Der arterielle Hypertonus hat hinsichtlich der Kosten eine erhebliche Streubreite. Die Einstellung folgt einem Stufenkonzept, bei dem die Therapie zunächst als Monotherapie erfolgt und dann weitere Wirkstoffklassen bei unzureichender Einstellung hinzugenommen werden. Diese verschiedenen Schweregrade lassen sich durch die RxGs darstellen.

Ebenso haben Tumorerkrankungen eine sehr hohe Streubreite hinsichtlich der verursachten Kosten. Je nach Tumorstadium und Grading genügt die Entfernung des Tumors. Im prospektiven Ansatz entstehen dann nur geringe krankheitsspezifische Kosten. Patientinnen und Patienten, bei denen eine weitere Therapie notwendig ist, lassen sich durch die adjuvante Chemotherapie identifizieren. Durch Verwendung des RxG-Groupers lassen sich so die sehr kostenintensiven Patienten identifizieren und angemessen berücksichtigen, die mit adjuvanter Chemotherapie und/oder den sehr teuren Biologika behandelt werden.

Patienten, die aufgrund einer angeborenen metabolischen Störung mit teuren Enzymen behandelt werden, die teilweise mehrere hunderttausend Euro Jahresbehandlungskosten ausmachen, können durch die Verwendung des IPHCC+RXG-Modells anhand ihrer Arzneimittelwirkstoffe identifiziert werden und bei der Zuweisung entsprechend adäquat berücksichtigt werden. Gleiches gilt für Patienten, die auf Grund einer Überfunktion der Hypophyse zum Beispiel Somatostatin oder auf Grund einer Unterfunktion Wachstumshormone erhalten.

Andere kostenintensive schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen (HMG 22)	Behandlung:	BVA-Modell	IPHCC+RxGroups
Störungen des Fructosestoffwechsels	- strenge fructosearme Diät	2.393 €	0 €
Morbus Gaucher	- Aglucerase; Imiglucerase, Miglustat	2.393 €	221.223 €
Agromegali und hypophysärer Hochwuchs	- Somatostatin	2.393 €	22.734 €
hypophysärer Kleinwuchs (HMG 21)	- Wachstumshormon	3.975 €	17.344 €

Die Beispiele zeigen, dass das BVA-Modell erhebliche Schwächen hinsichtlich der Berücksichtigung der unterschiedlichen Schweregrade einer Erkrankung im Vergleich zum Gutachter-Modell aufweist. Dies bedeutet, daß mit dem BVA-Modell weiterhin erhebliche Anreize zur Risikoselektion bestehen, die gerade mit einem M-RSA beseitigt werden sollen. Bei einer qualitativ gesicherten Therapie von chronisch und schwerkranken Patienten, die üblicherweise mit höheren Ausgaben verbunden ist, werden Krankenkassen benachteiligt. Es lohnt sich dagegen, viele Versicherte mit leichter und wenig kostenintensiver Erkrankungsschwere zu versichern, weil die Deckungsbeiträge dieser Versicherten mit dem BVA-Modell regelmäßig deutlich positiv ausfallen werden.

4. Das Gutachtermodell 2004 ist umsetzbar und vermeidet Fehlanreize

Das Kostenrisiko der Krankheitsschwere lässt sich mit dem IPHCC+RxGroups-Modell deutlich besser abbilden. Dabei ist die Abbildung der Krankheitsschwere anhand von Arzneimittelwirkstoffgruppen wenig strategieanfällig, da „...es nicht anzunehmen [ist], dass Ärzte wider besseren Wissens unsachgemäße Indikationen für eine intensivere medikamentöse Behandlung stellen, mit der sie ihre Patienten erheblich gefährden können“ (Prof. Dr. Gerd Glaeske, Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen der GKV. Gutachterliche Expertise 2005; S. 10 – in dieser Expertise begründet der Autor die Unwahrscheinlichkeit von Fehlanreizen bzgl. intensiverer oder teurerer Arzneimitteltherapie ausführlich; zudem erläutert er, dass eine Zuordnung von ATC-Codes zu RxGroups mit einzelnen Nachjustierungen ohne weiteres möglich ist).

Die unzureichende Differenzierung der Zuschläge nach den Schweregraden der Erkrankungen – vor allem für die ambulant identifizierten Kranken – sind eine Schwäche der All-encounter-Modelle. Dies führt letztendlich dazu, dass bei diesen Modellen im Vergleich zu Kombinationsmodellen wie dem IPHCC-RxGroupsModell die Zuweisungen in Relation zu den Ist-Kosten für Versicherte mit prospektiven Leistungsausgaben mit weniger als 2.500 € stärker überschätzt werden, während sie für Versicherte mit Leistungsausgaben mehr als 2.500 € die Kosten stärker unterschätzen. Dies wurde auch schon von den Gutachtern IGES, Lauterbach und Wasem festgestellt.

Wendet man das BVA-Modell und ein auf die 80 Krankheiten beschränktes IPHCC+RxGroups-Modell auf die gleiche simulierte GKV-Population an, so zeigt sich, dass das BVA-Modell die prognostizierten Kosten für Versicherte mit Folgekosten unterhalb von 2.500 € um rd. 4 Mrd. € stärker überschätzt als das IPHCC+RxGroups-Modell. Diese stärkere Überschätzung führt dazu, dass für kränkere Versicherte (mit Kosten > 2.500€) 4 Mrd. € weniger unter Fondsbedingungen zugewiesen würden als beim Gutachter-Modell.

Die vom IGES/Lauterbach/Wasem vorgeschlagene **Abschaffung des Risikopools** lässt sich nur mit der höheren Zielgenauigkeit des IPHCC/RxG-Modells begründen. So können durch die RxGroups sehr teure Diagnosen wie Morbus Gaucher, Adenosin-desaminasemangel, Blutererkrankung, hypophysärer Kleinwuchs, die teilweise jährliche Behandlungskosten im 5-stelligen Euro-Bereich aufweisen, aufgegriffen und mit einem angemessenen Zuschlag ausgeglichen werden. Demgegenüber kann ein Klassifikationsmodell mit einem gemeinsamem Zuschlag für sehr unterschiedlich kostenintensive metabolischen Störungen (u.a. Fruktoseunverträglichkeit) keinen adäquaten Ausgleich bieten.

Das BVA begründet sein Abweichen vom Gutachtervorschlag mit der durch das Inkrafttreten des Gesetztes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) eingeführten Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten:

„Eine Einführung des vorgeschlagenen Kombinationsmodell (IPHCC-RxGroups) ist unter den Bedingungen einer beschränkten Krankheitsauswahl nicht möglich. Die Verwendung der Arzneimittelkomponente, mit der eigenständige Risikozuschläge ermittelt werde, setzt eine eindeutige Zuordnung von Arzneimitteln zu Krankheiten voraus, die in der Regel nicht gegeben ist. Im Lichte der neuen gesetzlichen Vorgaben kann die im oben genannten Forschungsbericht gegebene Empfeh-

lung zugunsten der IPHCC+RxGroups des halb nicht unverändert übernommen werden. Die Morbiditätserfassung im ambulanten Bereich kann nicht allein über Arzneimittel erfolgen. Der Krankheitsfilter macht erforderlich auch hier Diagnosen zur Klassifizierung heranzuziehen“ (Zitat aus dem BVA-Entwurf).

Der Argumentation des BVA, dass unter der Bedingung der Beschränkung des MRSA auf 50 bis 80 Krankheiten das IPHCC-RxGroups-Modell nicht umsetzbar ist, kann nicht gefolgt werden. Eine Filterung des IPHCC+RxGroups-Modells kann nach dem gleichen Verfahren - jedoch in umgekehrter Richtung - erfolgen, wie die vom BVA für einige wenige DXGs vorgenommene Bestätigung der ambulanten Diagnose durch Arzneimittelwirkstoffe (s. Beispiel unten). Allerdings erfordert dies eine Zuordnung der Arzneimittel zu den DXGs, entsprechend der Vorgabe nach § 31 Abs 1 Satz 3 RSAV.

Beispiel:

Bestätigung der ambulant ermittelten DXGs mit Arzneimitteln beim BVA-Modell:

einem Versicherten wurde die DXG460 „Asthma bronchiale“ zugeordnet

Zuordnungsliste der ATC-Codes zu der DXG460 des BVA:
 DXG460 + inhalative Cortisone (RXG128)
 DXG460 + inhalative Beta-Mimetika (RXG127)
 DXG460 + orale Mittel gegen Asthma (RXG126)
 DXG460 + orale Cortisone (RXG107)

Prüfung, ob für den Versicherten Arzneimittel aus der Zuordnungsliste verordnet wurden.

wenn ja:
 gilt die **DXG460** durch
 Arzneimittel bestätigt
 und wird im MRSA **berücksichtigt**

wenn nein:
 die **DXG460** wird **nicht** im
 MRSA **berücksichtigt**

Anwendung des Krankheitsfilters auf eine RXG:

einem Versicherten wurde die RXG127 „inhalative Beta-Mimetika“ zugeordnet

Zuordnungsliste der DXGs zur RXG127:
 RXG127 + DXG460 Asthma bronchiale
 RXG127 + DXG461/452 Status asthmaticus
 RXG127 + DXG451/459 Emphysem / chron. Bronchitis
 RXG127 + DXG449/450 cystische Fibrose

Prüfung, ob für den Versicherten eine DXG aus der Zuordnungsliste vorhanden ist.

wenn ja:
 gilt die **RXG127** durch
 DXG bestätigt und wird
 im MRSA **berücksichtigt**

wenn nein:
 die **RXG127** wird **nicht** im
 MRSA **berücksichtigt**

Die vom BVA angeführte Notwendigkeit einer eindeutigen Zuordnung eines Arzneimittels zu Krankheiten ist auch unter der Bedingung der Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten entbehrlich, da die RXGs auf Basis derjenigen DXGs bestätigt werden können, in die lediglich die Diagnosen der 80 ausgewählten Krankheiten eingegangen sind. Somit wird eine RXGs im M-RSA immer nur in Verbindung mit einer zugelassen Krankheit berücksichtigt. Sofern einem Versicherten aufgrund einer ausgeschlossenen Krankheit eine RXG zugeordnet wurde, kann diese nicht durch eine DXG bestätigt werden: Sie wird somit auch nicht im M-RSA berücksichtigt. Die Filterung des IPHCC+RxGroups-Klassifikationssystem ist somit konform zur Beschränkung des M-RSA auf die 50 bis 80 Krankheiten umsetzbar.

5. Die Gefahr von Fehlkodierungen ambulanter Diagnosen im BVA-Modell wird auf der Basis von Arzneimittelwirkstoffen verringert

Das Gutachten des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) hat sich ausführlich mit der Qualität der Datengrundlagen für morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumen befasst. Im Ergebnisteil des Gutachtens finden sich an mehreren Stellen deutliche Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlkodierungen im ambulanten Sektor, die relevante Auswirkungen auf die Ausgestaltung des weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs (Klassifikationsmodell) haben dürften.

Überkodierung:

Das BIPS-Gutachten vergleicht die Prävalenz ausgewählter Erkrankungen mit der wissenschaftlich veröffentlichten Prävalenz. Hierbei zeigt sich bei einigen ICDs eine deutlich zu häufige Kodierung:

- Diabetes mellitus Typ 2 ist über alle untersuchten Alters- und Geschlechtsgruppen mit 10,3% (Frauen) bzw. 9,7% (Männer) annähernd doppelt so häufig kodiert wie aus wissenschaftlich veröffentlichten Prävalenzdaten für den Beobachtungszeitraum (4 bis 5,6%) zu erwarten wäre (Tabelle 18.11, Teil 2).
- Die Herzinsuffizienz wird mit 2,7% (Männer) bzw. 4,5% (Frauen) ebenso deutlich häufiger kodiert, als dies die wissenschaftlichen Studien erwarten lassen (1 bis 2%) (Tabelle 18.11, Teil 2).

Hierzu korrelieren auch Ergebnisse beim Abgleich von Diagnosen mit Leistungsdaten:

- Im Beobachtungszeitraum (1/2002 bis 1/2003) wurden bei 72% der Patienten mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege keine Lungenfunktionsuntersuchungen durchgeführt (Teil 2, Tabelle 9.2.1.a), was entweder für eine Überkodierung der Erkrankungen oder aber für eine relevante Unterversorgung sprechen würde.
- 51,7% der Patienten mit einer kodierten koronaren Herzerkrankung erhielten im Beobachtungszeitraum weder einen Betablocker noch ASS noch ein Nitrat (Tabelle 20.16, Teil 2). Dies spricht für eine erhebliche Überkodierung.
- 31,3% der Patienten mit Asthma bronchiale erhielten weder ein inhalatives Sympathikomimetikum noch ein inhalatives Corticosteroid, noch Kombinationen (Tabelle 20.5.17, Teil 2). Auch dies weist auf eine erhebliche Überkodierung hin, da eine Unterversorgung in diesem Ausmaß in Deutschland nicht wahrscheinlich ist.

Unterkodierung:

- Die vaskuläre Demenz wird nur in jedem zweiten aus publizierten Studien zu erwartenden Fällen auch als ICD kodiert.
- Auch die Adipositas wird nur etwa in jedem zweiten zu erwartenden Fall kodiert.
- Bei dem vom BIPS-Gutachten durchgeführten kumulativen Vergleich der 10 häufigsten verordneten Medikamente bei Patienten mit einer solitären Diagnose finden sich häufig Medikamente, die mit dieser Erkrankung nicht im Zusammenhang stehen. Dies spricht für eine Unterkodierung der mit diesen Medikamenten behandelten Krankheiten.
- Bei 10,3% der Verordnungen von Insulin findet sich in der Diagnosekodierung keine passende Erkrankung. Auch dies spricht für Unterkodierung.

Fehlkodierung:

Lediglich bei 69,4% der Patienten mit kodiertem Typ-1-Diabetes wurden Insuline verordnet. Gleichzeitig lag die Verordnung von oralen Antidiabetika, die für die Therapie von Typ-1-Diabetes nicht geeignet sind, an dritter Stelle der am häufigsten verordneten Medikamente (Tabelle 20.6.7 und Tabelle 20.6.8, Teil 2). Dies lässt auf eine relevante Fehlkodierungsrate schließen.

Fazit: Aus dem Ergebnisteil des BIPS-Gutachtens zeigen sich deutliche Hinweise auf relevante Über-, Unter- und Fehlkodierungen im ambulanten Sektor. Es ist davon auszugehen, dass sich die Qualität der ambulanten seit dem Untersuchungszeitraum 2002/2003 allenfalls in Grenzen verbessert hat. Diese Kodierprobleme sind derart gravierend, dass von ihnen ein spürbarer Einfluss auf die Identifizierung der Versicherten im BVA-Klassifikationsmodell zu erwarten ist. Aufgrund dieses Unsicherheitsfaktors ist - bis auf wenige Ausnahmen – deshalb eine Optimierung der Diagnosesicherheit durch Identifizierung der Versicherten über Arzneimittel zwingend. Die rechtliche Vorgabe in § 31 Abs. 2 letzter Satz RSAV ist zur Verbesserung der Diagnosesicherheit somit sachlich begründet.

6. Vorschlag: Ergänzung des BVA-Klassifikationsmodells

Um die Zielgenauigkeit des MRSA zu erhöhen und damit die Möglichkeiten der Risikoselektion zu beschränken muss das BVA-Klassifikationsmodell wie folgt ergänzt werden:

- a) Das vom BVA vorgeschlagene Klassifikationsmodell mit 102 HMGs wird ausschließlich auf den Bereich der stationären Diagnosen angewandt.**
- b) Für den ambulanten Bereich werden die um die 80 Krankheiten gefilterten RxGs (Verfahren s. oben) unter Berücksichtigung von medizinisch begründeten Mindestverordnungsmengen (DDD) herangezogen.**

Eine Zuordnungstabelle für diese DxGs befindet sich im Anhang. Gemäß der gutachterlichen Expertise von Herrn Prof. Dr. Glaeske aus 2005 ist das IPHCC+RxGroups-Modell für die Anwendung beim M-RSA in der GKV geeignet und die Strategieanfälligkeit (Fehlansätze) als gering einzuschätzen. „Ein solcher ökonomischer Anreiz besteht auch nicht bei Einführung einer morbiditätsorientierten Vergütung, wenn – wie vorgesehen – im RSA und bei der Vergütung sich deutlich unterscheidende Klassifikationssysteme eingesetzt werden“ (vgl. Glaeske a.a.O. S. 10 ff.).
- c) Ausschließlich ambulante Diagnosen werden nur für Diagnosegruppen zu Grunde gelegt, für die eine Arzneimitteltherapie nicht zweckmäßig ist.**

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 psychotherapeutische 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 schwangerschaftsassozierten Erkrankungen dominieren die Entbindungskosten die auftretenden Komplikationen im prospektiven Ansatz, so dass eine Identifizierung zum Beispiel von Frauen mit Eklampsie über die RxGs diese Patientengruppe gegenüber normalen Entbindungen benachteiligen würde.

Für diejenigen Krankheiten, die ambulant nicht anhand von Arzneimittelverordnungen identifiziert werden können oder alternative gleichwertige Therapieoptionen existieren, sollen gesonderte ambulante HMGs unter Anwendung der vom BVA vorgeschlagenen Mindestens-2-Quartals-Regelung gebildet werden. Insgesamt wird deshalb für folgende DxGs ein Aufgreifen über eine ambulante HMG vorgeschlagen: 250, 255, 256, 264, 267, 268, 275, 298, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 310, 311, 315, 318, 319, 331, 333, 352, 376, 377, 379, 381, 391,

392, 407, 408, 410, 411, 417, 418, 430, 536, 598, 599, 600, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609,
610, 611, 612

Ablaufplan zum Vorschlag der Ausgestaltung des Klassifikationssystem

Vorschlag zur Ausgestaltung des Klassifikationsmodells:

