

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • 44781 Bochum

Bundesversicherungsamt
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

- vorab per Mail -



**Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Organisationseinheit 4**

Strasse
PLZ & Ort
Tel. 0234 304 - 0
www.kbs.de

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom
VII2 - 5572.11 - 922/2008

Unser Zeichen/Unsere Nachricht vom
Dez. IV.4/Ku062001

Ihr Ansprechpartner
Hans Kulig
Tel. 0234 304 - 44000
Fax 0234 304 - 944000

ulrich.paschek@kbs.de

Bochum, 20. Juni 2008

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

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

mit Schreiben vom 13. Mai 2008 bzw. vom 29. Mai 2008 (Änderungsbekanntmachung) hat das BVA Entwürfe zur endgültigen Festlegung betreffend

- der dem RSA zukünftig zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen
- den Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen
- das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
- das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

vorgelegt. Wir nehmen hierzu wie folgt Stellung:

1. Vom BVA festgelegte Morbiditätsgruppen

Das BVA hat sich für die Bildung von Morbiditätsgruppen, die aus klinisch verwandten Dx-Gruppen bestehen, entschieden. Arzneimittel werden bei der Zuschlagsberechnung indirekt berücksichtigt, indem die Klassifizierung eines Versicherten anhand einer gesicherten ambulanten Diagnose zum Teil abhängig gemacht wird von der Verschreibung bestimmter Medikamente. Die Zuordnung von ambulanter Diagnose (bzw. der entsprechenden Dx-Gruppe) und den für die Klassifizierung ausschlaggebenden Medikamenten soll dabei auf Basis des ATC Codes der 4. Ebene des ATC-Klassifikationssystems vorgenommen werden. Die medizinische Plausibilität der vorgelegten Zuordnungen kann in der Kürze der gegebenen Frist allerdings nicht nachgeprüft werden. Für eine erste Orientierung wäre die Information hilfreich, welchen Anteil die ausschlaggebenden Medikamente an allen verschriebenen Medikamenten für die Stichproben-Versicherten aus den entsprechenden DxG's ausmachen.

Das BVA begründet die Bevorzugung dieses Modells gegenüber dem Alternativmodell - also getrennte Variablen für Diagnosen und Arzneimittel - mit einer besseren Schätzgenauigkeit sowohl

IK 1099 0500 3

SEB AG Bochum
Konto 1 173 334 400, BLZ 430 101 11

Commerzbank AG Bochum
Konto 1 065 200, BLZ 430 400 36

Deutsche Bank AG Bochum
Konto 1 608 645, BLZ 430 700 61

Dresdner Bank Bochum
Konto 8 020 188, BLZ 430 800 83

Deutsche Bundesbank Bochum
Konto 43 001 610, BLZ 430 000 00

Sparkasse Bochum
Konto 1 300 474, BLZ 430 500 01

Postbank: Niederlassung Dortmund
Konto 2 886 462, BLZ 440 100 46

auf individueller Ebene (R-Quadrat) als auch auf kollektiver Ebene (predictive ratio). Dem Wortlaut des § 29 RSAV, Risikozuschläge auch aufgrund von Arzneimitteln zu ermitteln, trägt das BVA mit seinem Modell auf diese Weise Rechnung, da keine Vorgabe zur Verwendung explizit definierter Arzneimittelgruppen (nach dem Vorbild der RxGroups) vorgesehen ist.

Die vom BVA definierten Morbiditätsgruppen sind angelehnt an das HCC-Modell, welches international erprobt ist, von IGES/Wasen/Lauterbach ebenfalls untersucht und für geeignet befunden wurde und welches zusätzlich zu den stationären auch ambulante Diagnosen verwendet. Bei der Definition der Morbiditätsgruppen geht das BVA in zwei Schritten vor. Zunächst werden die Dx-Gruppen, und zwar nur jene, die zu den ausgewählten Krankheiten gehören (vgl. Erläuterungen Tz. III. a)), zu Morbiditätsgruppen zusammengefasst. Jede Morbiditätsgruppe besteht dabei aus mehreren klinisch verwandten Dx-Gruppen, die einen vergleichbaren Behandlungsaufwand erwarten lassen. In einem zweiten Schritt erfolgt eine Hierarchisierung dieser Morbiditätsgruppen. Dabei lässt sich das BVA von einigen allgemeinen, weitgehend naheliegenden Prinzipien leiten, die seinerzeit auch von den Entwicklern des DCG-HCC-Klassifikationsmodells angewendet wurden.

Kritisch sehen wir dabei allerdings das Vorhaben des BVA, unspezifische Codierungen in weniger schwere Morbiditätsgruppen einzugruppieren, um auf diese Weise möglichst genaues Codieren zu fördern (vgl. Erläuterungen zum Entwurf III d): „5. Anreize zum genauen/spezifischen Codieren: Unspezifische Codierungen sollen in weniger schwere HMG eingruppiert werden, um so möglichst genaues Codieren zu fördern.“). Die Codierung ist Aufgabe der Leistungserbringer, auf die die Krankenkasse keinen oder nur geringen Einfluss ausüben kann. Aus diesem Grund darf eine Krankenkasse auch nicht durch geringere Risikozuschläge bestraft werden.

Bei der Definition der Alters- und Geschlechtsgruppen folgt das BVA weitgehend den Vorschlägen der DxCG-Entwickler. Allerdings möchte das BVA auch Neugeborene sowie neu in die GKV aufgenommene Versicherte des Berichtsjahres bei der Klassifikation berücksichtigen. Aus diesem Grunde bezieht sich das Alter nicht, wie man von einem prospektiven Ansatz erwarten könnte, auf das Vorjahr, sondern auf das Berichtsjahr. Wir halten diese Vorgehensweise für sachgerecht.

Insgesamt hält die Knappschaft das vom BVA vorgelegte Modell hierarchischer Morbiditätsgruppen für geeignet, Risikozuschläge im Rahmen des neu zu gestaltenden RSA zu ermitteln.

2. Algorithmus der Zuordnung von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen

Zunächst ist festzustellen, dass es sich bei den vom BVA definierten Morbiditätsgruppen nicht um bloße Zuschlagskategorien von Dx-Gruppen handelt. Denn dies würde bedeuten, dass ein Versicherter mit bestimmten stationären oder ambulanten Diagnosen einer relevanten Dx-Gruppe automatisch einen Risikozuschlag erhält. Tatsächlich aber ist die Zuteilung eines Zuschlages im Fall einer ambulanten Diagnose zum Teil an bestimmte Bedingungen bzgl. der verordneten Medikamente geknüpft. Diese Bedingungen sind implizit in dem Aufgreifalgorithmus formuliert.

a) Das M2Q-Kriterium

Wörtlich heißt es dazu in den Erläuterungen unter Tz. III. a: „Versicherte werden nur dann zur Gruppierung zugelassen, wenn sie mindestens eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose aufweisen oder wenn mindestens zwei gesicherte ambulante Diagnosen derselben Krankheit in unterschiedlichen Quartalen dokumentiert wurden“. Offenbar ist die Formulierung „zur Gruppierung zugelassen“ nicht gleichbedeutend mit der Erteilung eines Risikozuschlages, da die Regeln des Aufgreifalgorithmus eine solche Zuteilung verhindern können. Im Entwurf der Festlegungen wird außerdem auch eine Sonderregelung für Versicherte mit weniger als 92 Versichertentagen im Jahr formuliert. Danach können deren gesicherte ambulante Diagnosen stets für die Gruppierung des Versicherten genutzt werden. Aus Sicht der Knappschaft lässt diese Regelung aber den Fall

zu, dass die Klassifizierung von zwei Versicherten mit exakt den gleichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen lediglich von der Anzahl ihrer Versichertentage abhängt. Es wird dabei unterstellt, dass bei Versicherten mit weniger als 92 Versichertentagen eine weitere ambulante Diagnose aufgetreten wäre, falls dieser länger in der GKV versichert gewesen wäre.

b) Stationäre Diagnosen

Das Vorliegen einer stationären Diagnose führt laut Entwurf immer zur Einordnung des Versicherten in eine HMG. Allerdings werden z. B. im DRG-System auch Nebendiagnosen zugelassen (vgl. 2) a)). Allerdings wird beispielsweise im DRG-System für Nebendiagnosen der Grad der Komorbidität bzw. Komplikation nach CCL-Werten differenziert, vom CCL-Wert 0 für „keine Komplikation oder Komorbidität“ bis hin zum CCL-Wert 4 für „äußerst schwerwiegende Komplikation oder Komorbidität“. Dabei stellt sich für uns die Frage, ob folglich die Höhe des Risikozuschlags für eine Nebendiagnose nicht ebenfalls nach dem CCL-Wert zu differenzieren ist. Insbesondere bei einem CCL-Wert 0 sollte unseres Erachtens eine Nebendiagnose gar nicht für die Gruppierung verwendet werden, da sie nichts mit dem stationären Aufenthalt des Versicherten zu tun hat. Für den stationären Aufenthalt eines Versicherten mit einer nicht relevanten Hauptdiagnose und einer relevanten Nebendiagnose mit CCL-Wert 0 sollte kein Zuschlag anfallen. Da die derzeitige Datensituation eine derartige Differenzierung nicht zulässt, sollte für künftige Anpassungen eine Modifikation in Erwägung gezogen werden, um zielgerechte Beitragsbedarfszuweisungen zu erreichen.

c) Ambulante Diagnosen

Die Unterlagen des BVA sind nicht eindeutig: Aufgrund der Formulierung im Entwurf muss die nachstehende Fallunterscheidung je DxGruppe nur im Falle ambulanter Diagnosen vorgenommen werden, während die graphische Darstellung des Aufgreifalgorithmus in den Erläuterungen die Vermutung nahelegt, eine solche Unterscheidung werde auch bei stationären Diagnosen vorgenommen. Wir gehen davon aus, dass die graphische Darstellung in diesem Punkt ungenau ist. Bei der anderen Interpretation würde die Zuschlagsfähigkeit eines stationären Aufenthaltes von der Gabe bestimmter Medikamentenmengen abhängig gemacht.

Ambulante Diagnosen, die zu einer DxG mit obligatorischer stationärer Behandlung gehören, bleiben unberücksichtigt. Dem liegt offenbar der Gedanke zugrunde, den Risikozuschlag dann über die entsprechende stationäre Diagnose zu ermitteln. Dies ist aus unserer Sicht zulässig, solange auch tatsächlich eine solche stationäre Diagnose vorliegt. Denn in die Ermittlung der Risikozuschläge gehen alle Leistungsausgaben ein, auch die Ausgaben für Medikamente. Liegt eine solche nicht vor, können allerdings bis dato hohe Arzneimittelkosten angefallen sein, für die die Kasse dann keinen Ausgleich erhielte. Abgesehen von einer möglicherweise medizinisch sinnvollen Forderung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt halten wir einen Klassifikationsabschluss in diesem Fall nicht für sachgerecht.

Ambulante Diagnosen, die zu einer DxG ohne obligatorische stationäre Behandlung, jedoch mit Arzneimittelzuordnung gehören, werden differenziert nach der Art des Krankheitsgeschehens. Trägt die DxG das Merkmal „akutes Krankheitsgeschehen“, so wird die ambulante Diagnose nur berücksichtigt, wenn mindestens 10 DDD's der der DxG zugeordneten Arzneimittel vorliegen. Beim Merkmal „chronisches Krankheitsgeschehen“ müssen mindestens 183 DDD's verordnet sein. Dabei handelt es sich um Alles-oder-nichts-Festlegungen: bei nur 9 DDD's bzw. nur 182 DDD's wird für die ambulante Diagnose kein Risikozuschlag gezahlt. Warum aber eine einzige DDD darüber entscheiden soll, ob das Krankheitsgeschehen als chronisch eingestuft wird, ist nicht unmittelbar einsichtig. Ebenso wenig ist die Vorgehensweise für den Fall geklärt, dass sich die Menge von mindestens 183 DDD's auf zwei Jahre verteilt (Jahreswechselproblematik). Hier sind leicht Konstellationen denkbar, bei denen ein Versicherter mit deutlich mehr als 183 DDD's für beide Jahre keinen Zuschlag erhält, ein Versicherter aber mit 183 DDD's innerhalb eines Jah-

res aber sehr wohl. Aus diesen Gründen sollte unseres Erachtens darüber nachgedacht werden, die Alles-oder-nichts-Regel durch eine Abstufung des Risikozuschlages in Abhängigkeit von der Anzahl der DDD's zu ersetzen.

Ein weiteres Problem kann sich für den Fall ergeben, dass aus der Anwendung des M2Q-Kriteriums zwei Dx-Gruppen (einer Krankheit) resultieren, die mit Arzneimitteln validiert sind und bei denen eine Mindestdosis von 183 DDD's erforderlich ist. Wir verstehen die Vorgabe des BVA in der Weise, dass für jede der beiden Dx-Gruppen mindestens 183 DDD's zugeordneter Arzneimittel verordnet sein müssen und nicht etwa für beide DxGruppen insgesamt. Damit würden allerdings für eine Krankenkasse finanzielle Nachteile entstehen, wenn der behandelnde Arzt die ja per Definition derselben Krankheit zugeordneten Diagnosen mit einem einzigen Medikament behandelt, anstatt mit den vorgegebenen zwei Medikamenten.

Völlig unstrittig ist aus unserer Sicht die Gruppierung nach ambulanten Diagnosen mit einer DxG ohne obligatorische stationäre Behandlung und ohne Arzneimittelzuordnung. Denn diese DxG's gehören ja nach der Vorauswahl schon zu den zu berücksichtigenden Krankheiten, werden aber selten oder gar nicht mit Arzneimitteln therapiert.

Insgesamt verstehen wir die Ausführung über die Gewährung eines Risikozuschlages für eine ambulante Diagnose laut BVA-Festlegungsentwurf als einen Prozess in vier Stufen:

- Stufe 1: Prüfung des Auftretens zweier gesicherter ambulanter Diagnosen ein und derselben Krankheit in unterschiedlichen Quartalen (unter Berücksichtigung der Sonderregelung für Versicherte mit weniger als 92 Versichertentagen).
- Stufe 2: Ermittlung der zugehörigen Dx-Gruppen. Dies kann auch nur eine Dx-Gruppe sein. Streichen der nicht relevanten Dx-Gruppen.
- Stufe 3: Streichen von DxG's mit obligatorischer stationärer Behandlung, Prüfung der Zuschlagsrelevanz über die Arzneimittelverordnung, Beibehalten von DxGruppen ohne obligatorische stationäre Behandlung und ohne Arzneimittelzuordnung
- Stufe 4: Ermittlung des Risikozuschlages oder der Risikozuschläge für die nach Stufe 3 verbleibenden DxG's mit dem Modell der hierarchisierten Morbiditätsgruppen. Dabei verstehen wir die Ausführungen des BVA in der Weise, dass es je MG nur maximal einen Zuschlag geben kann, auch wenn mehrere DxG's einer MG vorliegen. Anschließend werden je nach Vorgabe der Hierarchien einige MG's bei der Zuschlagsermittlung unberücksichtigt gelassen.

3. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren

Mit der WLS-Regression („Weighted Least Squares“) verwendet das BVA dasselbe Verfahren wie bei der Bestimmung der mit den einzelnen Dx-Gruppen verbundenen Mehrkosten. Die Notwendigkeit der Normierung auf Versichertentage führt zur Hochrechnung der Leistungsausgaben eines Versicherten auf das gesamte Jahr sowie zur Einführung von WLS-Gewichten. Mit den Gewichten werden die Regressionskoeffizienten, die sich auf das jeweilige Risikomerkmal beziehen, auf die individuelle Anzahl der Versichertentage hochgerechnet. Die bisherige Systematik der Verhältniswerte wird beibehalten, indem anschließend die Regressionskoeffizienten durch den auf das Berichtsjahr bezogenen 100 %-Wert der Stichprobe dividiert werden (vgl. Tz. 4). Der so gewonnene Gewichtungsfaktor gibt das Verhältnis des Regressionskoeffizienten zu den jährlichen Durchschnittsausgaben der Stichprobe an.

Das gewählte Regressionsmodell ist auf Basis der vorgegebenen HMG's weitgehend kanonisch vorgegeben. Da es einen R-Quadrat-Wert von 19,1 % (ohne HLB5) aufweist, wird die gesetzliche Vorgabe von mindestens 12 % (BT-Drucksache 16/3100) eingehalten.

4. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

Aus der Bewertung der Gewichtungsfaktoren mit Geldbeträgen ergeben sich die versichertenindividuellen Risikozuschläge. Hierbei sind die Gewichtungsfaktoren, die sich als Resultat der Regressionsanalyse aus der GKV-Stichprobe ergeben (vgl. Tz. 3), auf die GKV-Versicherten insgesamt hochzurechnen. Hierzu werden die ermittelten Gewichtungsfaktoren mit einem geeigneten Korrekturfaktor multipliziert. Der Korrekturfaktor muss unseres Erachtens so beschaffen sein, dass der hiermit korrigierte Gewichtungsfaktor mal dem 100%-Wert aus der GKV-Gesamtheit den Risikozuschlag ergibt. Hieraus ergibt sich notwendig für den Korrekturfaktor der Quotient aus dem 100 %-Wert GKV-Gesamt und 100 %-Wert aus der GKV-Stichprobe. Das BVA wählt hier eine andere Darstellung, die aber offensichtlich zum gleichen Ergebnis führt.

5. Fazit

Aus der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen ergibt sich bisher keine Dokumentation über die Arbeit der am Festlegungsentwurf beteiligten Beiratsmitglieder. Insofern müssen von uns folgende Punkte als gegeben hingenommen werden:

- Der Vorzug des vorgelegten Modells der Morbiditätsgruppen aufgrund besserer R-Quadrat- und PR -Werte
- Die korrekte Zuordnung von Arzneimitteln zu Dx-Gruppen bei der Validierung ambulanter Diagnosen
- Die korrekte Bildung der hierarchisierten Morbiditätsgruppen

Unter diesen Prämissen lässt sich zusammenfassend folgendes Fazit ziehen:

Vom mathematisch-statistischen Standpunkt aus gesehen ist das Vorgehen des BVA transparent. Dabei gehen wir davon aus, dass die Gewichtungsfaktoren in jedem Jahr aktualisiert und gegebenenfalls neue Erkenntnisse bezüglich der Morbiditätsgruppen und des Aufgreifalgorithmus Berücksichtigung finden. Uns ist bewusst, dass das Modell nicht auf Anhieb perfekt sein kann, sondern dass es sich beim Morbi-RSA um ein lernendes System handelt.

Bezüglich des Aufgreifalgorithmus haben wir einige Verständnisfragen formuliert, die zum Teil auf den aus unserer Sicht nicht immer eindeutigen Formulierungen im Entwurf und den zugehörigen Erläuterungen beruhen, zum Teil aber auch darauf, dass einige Vorgehensweisen nicht unmittelbar nachvollziehbar sind. Wir gehen aber davon aus, dass sich die offenen Fragen noch im weiteren Prozess klären lassen.

Mit freundlichen Grüßen
Die Geschäftsführung
I. A.

Held
Abteilungsleiter