



Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg

Bundesversicherungsamt  
Herrn Dr. Göppfarth  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
  
53113 Bonn

Techniker Krankenkasse  
Hauptverwaltung

Finanzcontrolling

Bramfelder Str. 140  
22305 Hamburg

Für Rückfragen:  
Thomas Thierhoff  
FC.3 / B3.06  
Tel. 040 / 6909-2702  
Fax 040 / 6909-2035  
E-Mail:  
Thomas.Thierhoff@tk-online.de

Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich  
Ihr AZ VII 2 - 5572.11 - 164/O9

14. April 2009

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

zur Vorbereitung der Festlegungen für das Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich hat das Bundesversicherungsamt dazu aufgerufen, Hinweise zur Gruppierungslogik zu übermitteln und Anpassungen der Gruppierungssystematik vorzuschlagen.

Diese Gelegenheit nehmen die Techniker Krankenkasse, die KKH | Allianz, die Hanseatische Krankenkasse, die Handelskrankenkasse und die Gmünder Ersatzkasse hiermit gemeinsam wahr.

Für das Ausgleichssystem im Rahmen des Gesundheitsfonds wird laut Sozialgesetzbuch gefordert, dass einerseits die Morbidität der Versicherten unmittelbar berücksichtigt wird, andererseits aber vom Klassifikationssystem keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen gesetzt werden dürfen. Letztlich wird damit das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung in der Gesetzlichen Krankenversicherung betont. Diese Anforderung kann jedoch nur nachvollziehbar erfüllt werden, wenn das Klassifikationssystem ausreichend transparent und kontrollierbar ist. Auch vor dem Hintergrund des neuen Insolvenz- und Haftungsrechts in der Gesetzlichen Krankenversicherung gewinnt eine verlässliche Planbarkeit der Zuweisung eine noch höhere Bedeutung als in der Vergangenheit. An diesen Anforderungen muss sich das Klassifikationssystem messen lassen.

In der tatsächlichen Anwendung des Klassifikationssystems in den ersten Monaten des Gesundheitsfonds hat sich neben der fehlenden Planbarkeit auch die Komplexität und die Manipulationsanfälligkeit des derzeitigen Systems gezeigt.

Techniker Krankenkasse  
Bramfelder Str. 140  
22305 Hamburg

Tel. 040-6909-0  
Fax 040-6909-1800  
www.TK-online.de

Commerzbank AG  
BLZ 200 400 00  
Konto 221035900

Vorstand  
Prof. Dr. Norbert Klusen (Vorsitzender)  
Helmuth Doose (stellv. Vorsitzender)  
Vorsitzende des Verwaltungsrates  
Harald Schulte, Peter K. Thomsen

## Manipulationsanfälligkeit

Die vielfachen Beispiele für manipulative Eingriffe in die RSA-Basisdaten sind bekannt. Exemplarisch genannt seien hier nur die Beeinflussung der Diagnosestellung im Rahmen des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung zwischen der AOK Bayern und dem Bayerischen Hausärzterverband oder die Anschreibeaktion der AOK Niedersachsen zur Nachcodierung von Diagnosen, die auch von der zuständigen Landesaufsicht in Niedersachsen gestützt wurde. Die Manipulationsanfälligkeit der RSA-Basisdaten aus dem ambulanten Bereich ist auch darauf zurückzuführen, dass in diesem Sektor zwar Kodierrichtlinien vorhanden sind, diese jedoch auf den ursprünglichen Zweck der Dokumentation ärztlichen Handelns für Abrechnungszwecke (in einem auf Kopfpauschalen basierten Abrechnungssystem!) ausgerichtet sind. Die Kodierrichtlinien stellen folgerichtig auf den (nicht konkret definierten Begriff) Behandlungsanlass ab, während für den RSA im ambulanten Sektor Chronizität erforderlich ist, um das M2Q-Kriterium zu erfüllen. Zudem sind die Kodierrichtlinien für Zwecke des RSA zu unspezifisch formuliert. Um auch für den morbiditätsorientierten RSA ausreichend valide Daten zu generieren, sind jedoch wesentlich spezifischere Vorgaben erforderlich, deren Einhaltung zudem ex post auch kontrollierbar sein müsste.

Die Erfahrungen der letzten Monate haben gezeigt, dass das M2Q-Kriterium eine Manipulation der Basisdaten nicht verhindert, sondern im Gegenteil gezielte Anreize für Eingriffe in die Daten setzt. Vielfach kann durch die geeignete "Ergänzung" von fehlerhaften Diagnosedaten allein für ein Quartal eine zusätzliche Zuweisung generiert werden, da durch die "Ergänzung" das M2Q-Kriterium erfüllt wird. Eine Ausweitung des M2Q-Kriteriums zu einem M4Q-Kriterium, also gleiche Diagnosen in allen 4 Quartalen, könnte die Hürden für die Manipulation zumindest kurzfristig etwas höher legen, da dann die erforderliche Zahl der Eingriffe in die Datenbasis höher und ggf. angesichts der zusätzlich erforderlichen Honorierung zu hoch wird.<sup>1</sup> Die Ausweitung des M2Q-Kriteriums auf ein M4Q-Kriterium führt zu einer statistisch belegbaren höheren Zielgenauigkeit der Zuweisungen. Empirische Analysen zeigen eine deutliche Steigerung des  $r^2$  beim Übergang des M2Q-Kriteriums auf ein M4Q-Kriterium. Auch bei einer solchen Hilfslösung bleibt jedoch der oben angeführte Widerspruch zwischen RSA-Anforderungen und Kodierrichtlinien bestehen, so dass eine grundsätzliche Überarbeitung auch durch ein M4Q-Kriterium nicht entbehrlich wird.

## Manipulierbarkeit der ambulanten Diagnosen wird durch unzureichende Validierung mit Arzneimittelverordnungen nicht wirksam unterbunden

Derzeit ist nur für 66 Dx-Gruppen, also für nicht einmal ein Viertel der für den morbiditätsorientierten RSA vom Bundesversicherungsamt benannten Dx-Gruppen mit ambulanten Diagnosen, überhaupt eine Validierung durch Arzneimittelverordnungen vorgesehen. Angesichts der hohen

<sup>1</sup> Solange Schwangerschaft im Krankheitskatalog für den morbiditätsorientierten RSA enthalten ist, müsste dafür jedoch eine Sonderregelung installiert werden, da bei einer Dauer der Schwangerschaft von 9 Monaten das M4Q-Kriterium in der Regel aus dem ambulanten Sektor heraus nicht erfüllt werden kann.

Beeinflussbarkeit der ambulanten Diagnosen kann dies nur als unzureichend bezeichnet werden. Für verlässliche Ergebnisse in der Klassifikation ist es unabdingbar, dass alle ambulanten Diagnosen über entsprechende Arzneimittel validiert werden. Dazu kommt, dass selbst bei den Dx-Gruppen, für die eine Arzneimittelvalidierung durchgeführt wird, diese Validierung ihren Zweck nicht erfüllen kann. Die zur Validierung herangezogenen Arzneimittel sind vielfach zu unspezifisch, um sie für eine Validierung heranzuziehen.

Offensichtlich ist die Lückenhaftigkeit der Arzneimittelvalidierung am Beispiel Diabetes Typ II ohne Komplikationen. Obwohl bei dieser Diagnose bekanntermaßen Grauzonen in der Kodierung bestehen, wird gerade hier auf die Validierung durch Arzneimittelwirkstoffe verzichtet. Dies führt dazu, dass bei Diabetes Typ II ohne Komplikationen, also einer Diagnose, die vom Wissenschaftlichen Beirat des BVA mit guten Gründen von der gesonderten Berücksichtigung im morbiditätsorientierten RSA ausgeschlossen wurde, jegliche Validierung fehlt!

Aber auch die durchgeführten Validierungen sind vielfach zu unspezifisch. Im RSA in den Niederlanden führen nur solche Arzneimittel zu einem Morbiditätszuschlag, die eindeutig einer ausgleichsfähigen Krankheit zuzuordnen sind. Auch das Bundesversicherungsamt hat zwar laut Erläuterungen zum Klassifikationssystem aus 2008 ein ähnliches Vorgehen vorgesehen. So wurden laut den Erläuterungen bei der Auswahl von Arzneimitteln in erster Linie solche Arzneimittel ausgewählt, die die Grunderkrankung therapieren sollen, während Begleitsymptome und Folgeerkrankungen bezogen auf die Arzneimittel unberücksichtigt bleiben sollten. Als Beispiel für diese Vorgehensweise wurde vom BVA die DxG Diabetes Typ 2 mit Nierenbeteiligung genannt, wo nur Antidiabetika benannt wurden, Arzneimittel zur Behandlung renaler Komplikationen jedoch unberücksichtigt bleiben. Allerdings ist offensichtlich, dass damit trotz Abgleich von Diagnose und Arzneimittel weder die spezifische Diagnose validiert werden kann noch die Rechtfertigung für eine Zählung in der hierarchisch höherwertigen Morbiditätsgruppe überprüft wird.

Zusätzlich seien weitere Beispiele für eine nicht aussagekräftige Diagnosevalidierung durch unspezifische Arzneimittel angeführt:

- Beispiel für die Benennung von Arzneimitteln, die nur in Kombination mit anderen Arzneistoffen bzw. Maßnahmen zugelassen sind - dies gilt u.a. für DxG 201, wo der Einsatz von Calciumpräparaten zur Validierung von Osteoporose genutzt wird. Die Berücksichtigung kann allerdings nicht erfolgen, wenn nur solche Präparate verschrieben wurden bzw. nicht überprüft wird, ob weitere therapeutische Maßnahmen umgesetzt wurden.
- Beispiel für die Benennung von Wirkstoffen, deren Anwendung nicht direkt auf das Krankheitsbild einwirkt: Dies trifft zu auf Diazoxid in DxG 98, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113: Diazoxid ist zugelassen gegen Hypoglykämie - es bleibt dabei fraglich, warum dieser Arzneistoff standardmäßig zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 Anwendung finden sollte.
- Beispiel für die Benennung von Arzneimitteln, die für verschiedene Anwendungsgebiete zugelassen sind und daher für den Zweck einer eindeutigen Validierung einer Diagnose ausscheiden: Dies trifft zu auf Acetylsalicylsäure in DxGruppen 197, 198, 356, 363, 364, 365, und 366 (Verschiedene Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Lunge und

des Herzens): Dieses Arzneimittel ist nicht eindeutig mit einer Diagnose zu verknüpfen und wird auch allgemein als unspezifisches Schmerzmittel verwendet. Ähnliches gilt für die vom BVA zur Validierung benannten Antibiotika. Eine eindeutige Zuordnung eines Antibiotikums zu einer Indikation ist nicht möglich, da deren Einsatz vom Erregerspektrum abhängt und nicht von der Indikation. Dies trifft beispielsweise für Amoxillin zu, mit dem die DxG 183 - Osteomyelitis - validiert werden soll. Der Einsatz von Amoxicillin erfolgt bei einer Reihe an anderen Erkrankungen, z.B. bei Infektionen des Hals-Nasen-Ohren-Bereiches (Otitis media, Sinusitis, Tonsillitis, Pharyngitis), der oberen und unteren Atemwege (einschließlich Pertussis), der Niere und der ableitenden Harnwege, der Geschlechtsorgane (einschließlich Gonorrhoe), der Gallenwege, des Magen-Darm-Traktes, der Haut und Weichteile. Eine direkte Zuordnung zur beanspruchten DxG kann daher nicht hergestellt werden.

Beispiel für die Benennung von Arzneimitteln, die auch auf Indikationen anwendbar sind, die nicht in die Krankheitsliste für den Morbi-RSA aufgenommen wurden: Dies trifft zu auf Betablocker zur Validierung von DxG 382 ff., die aber auch zur Migräneprophylaxe anwendbar sind. Ebenso trifft es zu auf Corticoide zur Validierung von DxG 460, die aber für diverse Indikationen anwendbar sind. Solche Arzneimittel können keine sinnvolle Validierung für qualitativ fragwürdige ambulante Daten darstellen. Über Arzneimittel, die für eine völlig andere Krankheit ausserhalb des RSA-Krankheitskatalogs verordnet wurden, könnten dann auch falsch gemeldete Diagnosen validiert werden und zu einem ungerechtfertigten Morbiditätszuschlag führen.

Auch Homöopathika, die üblicherweise keine Zulassung im Sinne des Arzneimittelgesetzes haben, können nicht zu einer Validierung herangezogen werden. Gleiches gilt für ATC, zu denen es in Deutschland keine oder keine zugelassenen Fertigarzneimittel gibt. Ebenso dürfen anders als derzeit praktiziert keine Arzneimittel zur Validierung einer Diagnose herangezogen werden, die für die zu überprüfende Diagnose lediglich im off label use gebraucht werden, aber für andere Indikationen zugelassen sind.

Aus den vielfältigen Beispielen zeigt sich, dass bei einer Berücksichtigung ambulanter Diagnosen für den morbiditätsbasierten RSA die derzeitige Validierung der Diagnosen durch Arzneimittel grundlegend zu überarbeiten ist. Die Validierung muss für alle Diagnosen erfolgen und nicht nur für eine Teilmenge. Zudem ist eine spezifische Zuordnung von Arzneimitteln zu Diagnosen erforderlich, die zielgenau auf die zu validierenden Diagnosen ausgerichtet ist und nicht wie momentan auch "Fehlvalidierungen" aufgrund zu unspezifischer Arzneimittel zulässt.

## Komplexität des Klassifikationssystems

Die unnötige Komplexität des derzeitigen Systems lässt sich an mehreren Beispielen illustrieren: Die 106 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) sind in 25 Hierarchien eingeteilt, in denen wiederum 34 Über-Unterordnungsstränge abgebildet werden. Diese Differenzierung ist jedoch nicht mit nennenswerten Differenzen in den berechneten Zuschlagshöhen und tatsächli-

chen Kosten der eingruppierten Versicherten zu rechtfertigen, so dass der derzeitige Grad an Ausdifferenzierung des Klassifikationssystems zu komplex erscheint und überprüft werden sollte, diverse HMG dauerhaft zu streichen.

- Beispiel 1

In der Berechnung der Zuschläge mit Daten aus 2006/2007 nicht signifikante HMG

HMG 024

HMG 136

- Beispiel 2

HMG, bei denen aufgrund der Datenbasis 2006/2007 die zunächst berechnete Zuschlagshöhe nicht mit der hierarchischen Trennung in Einklang gebracht werden konnte

HMG 029

HMG 082

HMG 162

- Beispiel 3:

Aufgrund zu starker Ausdifferenzierung der HMG nur geringe Differenz der Zuschlagshöhe

So werden für Diabetes mellitus bei weniger als 30 Euro Unterschied in der Zuschlagshöhe 3 HMG gebildet (HMG 016, HMG 017, HMG 018)

HMG015	Diabetes mit renalen Manifestationen	240,6231
HMG016	Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen	180,0496
HMG017	Diabetes mit akuten Komplikationen	168,5401
HMG018	Diabetes mit ophtalmologischen Manifestationen	152,0741
HMG019	Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	66,1797

Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen werden derzeit für 3 Euro Unterschied in der Zuschlagshöhe 2 unterschiedliche HMG gebildet

HMG038	Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegeweberkrankungen	130,1503
HMG039	Spinalkanalstenose	127,1059

Bei Ischämischer Herzkrankheit wird für 11 Euro Unterschied in der Zuschlagshöhe in 2 HMG untergliedert (HMG 083 und HMG 084)

HMG081	Akuter Myokardinfarkt	119,7361
HMG082	Instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzerkrankungen	119,7361
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	63,2095
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	52,6096

Weitere Beispiele finden sich in HMG 041 und HMG 042 - 17 Euro Unterschied sowie in HMG 090 und HMG 091 - 7 Euro Unterschied.

Die Beispiele zeigen, dass das derzeitige Hierarchiegebilde unnötig komplex ist und dass eine Vereinfachung die Zielgenauigkeit des Systems nicht beeinträchtigt.

## Fazit

Angesichts der bekanntgewordenen Beeinflussung der Datenbasis durch einzelne Kassen bestehen erhebliche Zweifel, ob ein Klassifikationssystem unter Einbeziehung der ambulanten Diagnosen den Anforderungen gerecht werden kann. Die vielfältigen Eingriffs- und Manipulationsmöglichkeiten zeigen, dass derzeit die RSA-Ergebnisse auf der Prozessebene entschieden werden - objektiv messbare Kriterien treten zu Gunsten von operativen Eingriffen in die Datenbasis in den Hintergrund. Dies kann den Ansprüchen an ein System zur Verteilung von mehr als 150 Milliarden Euro pro Jahr nicht genügen. Daher ist zu prüfen, welches Klassifikationssystem die Anforderungen an Planbarkeit, Manipulationsresistenz und Kontrollierbarkeit besser erfüllt als das derzeitige Klassifikationssystem.

Solange weiterhin ambulante Diagnosen verwendet werden, ist zumindest das Klassifikationsmodell so auszugestalten, dass eine Beeinflussbarkeit der Ergebnisse durch die Kassen ausgeschlossen wird oder zumindest wirksam kontrolliert werden kann. Auch die Validierung der Diagnosen durch Arzneimittel muss systematisch so überarbeitet werden, dass für alle ambulanten Diagnosen eine Validierung erfolgt und zudem nur spezifisch für die jeweilige Krankheit zugelassene Arzneimittel berücksichtigt werden.

Für Rückfragen und weiterführende Diskussionen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Thierhoff  
Techniker Krankenkasse  
Leiter Finanzcontrolling

Techniker Krankenkasse  
Bramfelder Str. 140  
22305 Hamburg

Tel. 040-6909-0  
Fax 040-6909-1800  
www.TK-online.de

Commerzbank AG  
BLZ 200 400 00  
Konto 221035900

Vorstand  
Prof. Dr. Norbert Klusen (Vorsitzender)  
Helmuth Doose (stellv. Vorsitzender)  
Vorsitzende des Verwaltungsrates  
Harald Schulte, Peter K. Thomsen