

AOK-BUNDESVERBAND GbR | POSTFACH 11 02 46 | 10832 BERLIN

An das  
Bundesversicherungsamt  
Referat VII 2 - Risikostrukturausgleich  
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

- vorab per Email -

GESPRÄCHSPARTNER

Herr Schillinger

Herr Paulus

DURCHWAHL

030/34646-2646

030/34646-2417

ABTEILUNGSTELEFAX

030/34646-2724

030/34646-2722

E-MAIL

Gerhard.Schillinger@bv.aok.de

Timm.Paulus@bv.aok.de

ZEICHEN / DOKU

FI 2 PAU

DATUM

12.04.2010

## **Strukturiertes Vorschlagsverfahren zum Klassifikationsmodell im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich 2011**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 03. März 2010 hat das Bundesversicherungsamt im Vorfeld der Anhörung zum des Klassifikationsmodells im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich u. a. die Spitzenorganisationen auf Bundesebene gebeten, Vorschläge für eine Weiterentwicklung einzureichen. Wie im vergangenen Jahr soll durch die Beteiligung externer Experten so eine Steigerung der Zielgenauigkeit und Stärkung der Manipulationsresistenz des aktuellen Klassifikationsmodells erreicht werden.

### **Vorbemerkung**

Parallel zum strukturierten Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells wird die Krankheitsauswahl für das Jahr 2011 angehört. Damit besteht eine gewisse Unklarheit, welche Krankheiten für 2011 berücksichtigt werden. Die Auswahl der Krankheiten für 2011 wirkt sich unmittelbar auch auf die Vorschläge für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2011 aus. Unsere Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells beziehen sich daher zunächst auf das bestehende 2010 Klassifikationsmodell, dessen Forbestand – losgelöst von den erforderlichen medizinischen Anpassungen in Folge der Krankheitsauswahl 2011 – wir für 2011 annehmen. Wegen der Vorläufigkeit der Krankheitsauswahl 2011 behalten wir uns vor, weitere Anpassungsvorschläge zum Klassifikationsmodell 2011 gesondert nachzureichen - sinnvoller Weise im Rahmen des angekündigten Anhörungsverfahrens zum Klassifikationsmodell 2011.

## 1. Erweiterung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel

Hinsichtlich einer umfangreicheren Bestätigung von ambulanten Diagnosen durch Arzneimittel verweisen wir auf unsere Vorschläge vom 6.4.2009.

Bezogen auf die für das Klassifikationsmodell 2010 festgelegten DxGs erscheint uns ein Verzicht auf die Bestätigung der ambulanten Diagnose durch Arzneimittel nur für folgende DxGs möglich.

37 – 97, 120, 147, 231, 250, 255 – 260, 264, 267 – 269, 275, 298, 299, 301 – 311, 315, 318, 319, 331 – 333, 352, 374 – 377, 379, 381, 391, 392, 407, 408, 411, 411, 418, 422, 423, 428, 430, 432, 437, 457, 598 – 600, 603 – 614, 647, 648, 655 – 657, 687, 763 und 817 - 820.

Für alle anderen DxGs sind typische Arzneimittel als Aufgreifkriterien zu formulieren.

## 2. Berücksichtigte Arzneimittel

Zur Bestätigung der ambulanten Diagnosen werden verschiedenfach Medikamente berücksichtigt, für die für die betreffende Indikation keine Zulassung besteht oder die nicht erstattungsfähig sind. Wir möchten anregen, solche Präparate nicht für das Versichertenklassifikationsmodell zu berücksichtigen. Hierzu möchten wir auf unsere Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells 2010 vom 6.4.2009 verweisen.

## 3. Änderung des Aufgreifkriteriums „Stationäre Diagnose erforderlich“

Im Klassifikationsmodell zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird richtiger Weise zwischen Diagnosen unterschieden, die für die Versichertenklassifikation zwingend eine stationäre Behandlung voraussetzen und solchen, bei denen eine Behandlung auch ambulant erfolgt und daher eine ambulante Diagnose gem. Aufgreifkriterien für die Versichertenklassifikation ausreichend ist. Auf diese Weise kann sowohl die Neutralität des Klassifikationsmodells in Bezug auf den Versorgungssektor (ambulant, stationär) als auch die geforderte Differenzierung in Bezug auf die Schwere der Erkrankung (Hospitalisierung) operationalisiert werden. Vor diesem Hintergrund schlagen wir folgende Anpassung des Aufgreifkriteriums „stationäre Diagnose“ vor.

- Die Versorgung der chronisch resp. Insuffizienz (hier: ICD J96.1) erfolgt in vielen Fällen ambulant. Dennoch wird eine stationäre Diagnose für die Versichertenklassifikation zwingend gefordert. Aufgrund der Bedeutung der ambulanten Versorgung schlagen wir vor, auch ambulante Diagnosen für die Versichertenklassifikation zuzulassen.

#### 4. Änderung der Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen

Die Morbiditätsgruppen werden gebildet, um innerhalb der definierten Krankheitsbilder unterschiedliche Schweregrade abzubilden, denen unterschiedlich hohe Versorgungskosten zugeordnet werden können. Diese Differenzierung ist sinnvoll, da sie die Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs verbessert. In Bezug auf einzelne Diagnosen kann die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen nach diesen Gesichtspunkten verbessert werden:

- HMG014 „Andere Neubildungen“  
Die chronische myeloproliferative Krankheit (ICD D47.1) ist medizinisch der chronisch myeloischen Leukämien zuzuordnen. Daher schlagen wir vor, für die Versichertenklassifikation diese Diagnose nicht für die HMG014 sondern für die HMG004 „Myeloische Leukämie“ zu berücksichtigen.
- HMG023 „Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen“  
Die Behandlung von Morbus Pompe und Morbus Hunter (ICDs E74.0 und E76.1) ist mit kostenintensiven medikamentösen Therapien verbunden. Um die Kostenhomogenität sowohl innerhalb der HMG023 als auch innerhalb der Hierarchie der Metabolische Erkrankungen besser abzubilden, schlagen wir vor, die Diagnosen E74.0 und E76.1 der HMG021 zuzuordnen.
- HMG046 „Sonstige Gerinnungsstörungen“  
In dieser HMG befindet sich die Diagnose D68.31 (Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII), die der Hämophilie gleichzusetzen ist. Wir schlagen daher vor, die Diagnosen D68.31 bei Dauermedikation der HMGs 035 zuzuordnen.

#### 5. Nicht morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Abweichend von den nach § 266 SGB V berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden für das Klassifikationsmodell 2010 Leistungsausgaben für Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht, Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, Zahlungen nach ISchGKVLV, Betriebliche Gesundheitsförderung, Schutzimpfungen, Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sowie der Medizinischer Dienst als sog. nicht morbiditätsbezogene Leistungsausgaben betrachtet und nicht nach den Kriterien des Morbi-RSA für die Gesundheitsfondszuweisungen berücksichtigt. Die Abgrenzung des Jahres 2010 ist aus Sicht des AOK-Bundesverbands in Bezug auf die Schutzimpfungen für das 2011 nicht mehr ohne Überprüfung anwendbar. Die Durchführung und Abrechnung von Impfungen ist durch

regionale Vereinbarungen geregelt, die bereits heute in vielen Fällen eine versichertenbezogene Abrechnung bestimmter Impfstoffe außerhalb des Sprechstundenbedarfs vorsehen. Diese Regelungen finden weiter Verbreitung. Daher wird vorgeschlagen, die Schutzimpfungen nicht mehr pauschal den sog. nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zuzuordnen. Eine Überprüfung des Fehlens eines Versicherten- und Morbiditätsbezug von Leistungen der Schutzimpfungen ist u. E. im Vorfeld der Festlegung des Klassifikationsmodell 2011 erforderlich.

## 6. Berechnungsverfahren der Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen

Mit Festlegung des Klassifikationsmodells 2010 wurde durch das Bundesversicherungsamt auch das Verfahren zur Berechnung von Angleichungsfaktoren festgelegt. Ziel war es, unterjährige Schwankungen der Zuweisungshöhe in Abhängigkeit von den aktuell verwendeten Datengrundlagen zu minimieren. Aus Sicht des AOK-Bundesverbands ist das vom Bundesversicherungsamt festgelegt vorgehen allerdings nur dann sinnvoll, wenn die berücksichtigten Morbiditätsinformationen einen zeitlich größeren Abstand zu den Versicherungszeiten aufweisen, als dies im Schlussausgleich des prospektiv ausgestalteten Morbi-RSA der Fall ist. Dies ist regelmäßig im Rahmen der 2. Strukturanpassung sowie für den 1. Grundlagenbescheid zu beobachten. Für die Weiterentwicklung der Durchführung der Strukturanpassungen schlagen wir vor:

- Das gem. Klassifikationsmodell 2010 skizzierte Verfahren fixer AGG-, EMG- und HMG-Anteile wird für die 2. Strukturanpassung, in der bislang keine Aktualisierung der Morbiditätsinformationen erfolgt, angewendet. Dabei werden möglichst aktuelle Regressionsergebnisse zugrunde gelegt. Dieses Verfahren findet auch Anwendung für die Berechnung der Grundlagenbescheide I 2011, soweit hier ebenfalls noch keine aktualisierten Morbiditätsinformationen berücksichtigt werden.
- Das Verfahren wird für alle Strukturanpassungen mit Aktualisierung der Morbiditätsinformationen so angepasst, dass die Veränderungen zwischen den Morbiditätsgruppen AGG, EMG und HMG entsprechend empirischer Erkenntnis für die Zuschlagsberechnung berücksichtigt werden. Hierbei können Kompensationsquoten berücksichtigt werden. Damit wird sichergestellt, dass die GKV-Morbiditätsentwicklung bereits im Rahmen des Abschlagsverfahrens und nicht erst im Jahresausgleich nach § 41 RSAV berücksichtigt wird. Die Zielgenauigkeit des Verfahrens kann damit verbessert werden.

Für weitere Erläuterungen möchten wir auf unsere Stellungnahme zum Klassifikationsmodell 2010 vom 28.8.2009 verweisen.

## 7. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Zuschläge

Die Ermittlung der Regressionskoeffizienten erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der annualisierten Leistungsausgaben bilden. Die Annualisierung der Leistungsausgaben der Versicherten erfolgt, indem die gemeldeten Leistungsausgaben durch die Zahl der Versichertentage im Berichtsjahr geteilt und mit der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres vervielfacht werden. Durch Annualisierung der Leistungsausgaben kann dann in der Regression für alle Versicherten einheitlich das WLS-Gewicht von 1 angesetzt werden. Das Verfahren der Annualisierung der Leistungsausgaben wird allerdings nicht für Versicherte angewendet, die im Berichtsjahr verstorben sind. Abweichend von allen anderen Versicherten werden Verstorbene zwar ebenfalls mit dem WLS-Gewicht von 1 (= 365 Versicherungstage im Jahr) in der Regression berücksichtigt, die zugeordneten Leistungsausgaben werden aber nicht auf den Zeitraum eines vollen Jahres hochgerechnet. Diese Sonderregelung für die Berücksichtigung von Leistungsausgaben verstorbener Versicherten im Regressionsverfahren mindert die Erklärungskraft des Regressionsmodells deutlich, da die prognostizierten Folgekosten von Krankheiten systematisch unterschätzt werden. Dies gilt insbesondere für Krankheiten mit einer hohen Letalität oder Krankheiten, die in Altersgruppen mit höherer Sterblichkeit verhäuft auftreten. Daraus folgt, dass die krankheitsbezogenen Zuweisungen für alle Versicherten – unabhängig davon, ob sie im Berichtsjahr versterben oder nicht – systematisch fehlgeschätzt werden. Daher hat der Wissenschaftliche Berat mit seinem Beschluss vom 16.9.2009 richtiger Weise festgestellt, dass diese Sonderbehandlung von Leistungsausgaben verstorbener Versicherter im Regressionsverfahren nicht zielführend ist und sich deutlich für die Gleichbehandlung aller unterjährig versicherten Personen im Regressionsverfahren ausgesprochen.

Zur Erläuterung: Betrachtet man beispielsweise die HMG „rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen“, die mit zunehmendem Alter häufiger auftritt, so führt das bestehende Verfahren dazu, dass die prognostizierten Folgekosten dieser Patienten unterschätzt werden. Ursächlich hierfür ist, dass durch die Nicht-Annualisierung der Leistungsausgaben für Verstorbene die Leistungsausgaben künstlich reduziert werden. Dies geschieht dadurch, dass die bis zum Tod angefallen Leistungsausgaben im Regressionsverfahren mit einer Versicherungszeit gewichtet werden, die größer ist als die tatsächliche Lebenszeit des Versicherten im Berichtsjahr: Werden im Beispiel eines nach 100 Tagen verstorbenen Versicherten 3.000 Euro Leistungsausgaben aufgewendet, so entspricht dies 30 Euro pro Tag. Im Regressionsverfahren werden diesem Versicherten nun aber 365 Versicherungstagen (WLS = 1) zugeordnet. Die Leistungsausgaben reduzieren sich auf 8,22 Euro pro Tag. Auf diese Weise wird die abhängige Variable Leistungsausgaben künstlich beeinflusst. Jede künstliche Beeinflussung der abhängigen Variable führt aber zur Minderung der Erwartungstreue des Modells. Auch für eine

Krankheit wie Multiple Sklerose, die im Unterschied zur rheumatoiden Arthritis stärker jüngere Altersgruppen betrifft, führt das bestehende Verfahren zu Fehlprognosen der Folgekosten. In der Konsequenz werden für Versicherte, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, systematisch geringere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt. Dabei ist festzuhalten, dass hiervon alle an Multipler Sklerose oder an Rheuma erkrankte Patienten betroffen sind – unabhängig davon, ob sie im Berichtsjahr versterben oder nicht.

Überträgt man diese Wirkungsweise des bestehenden Verfahrens von einzelnen Krankheiten auf die Gesamtpopulation der GKV, so zeigt sich, dass die Nicht-Annualisierung der Leistungsausgaben von Verstorbenen zu Unterschätzung der Ist-Ausgaben für jene Altersgruppen führt, die überdurchschnittlich viele Verstorbene aufweisen, wogegen die Ist-Ausgaben derjenigen Altersgruppen, die unterdurchschnittlich viele Sterbefälle aufweisen systematisch überschätzt werden. Die Umverteilung der Zuweisungen erfolgt somit systematisch von alt nach jung. Für jüngere Altersgruppen werden aufgrund dieser Systematik Zuweisungen generiert, die nachweislich GKV-weit nicht benötigt werden, wogegen bei älteren Versicherten die Zuweisungen GKV-weit nicht die Versorgungskosten decken. Für weitere Erläuterungen möchten wir auf unser Schreiben zum Klassifikationsmodell 2010 vom 6.4.2009 verweisen.

Der AOK-Bundesverband schlägt daher vor, dass bei Verstorbenen die Annualisierung der Leistungsausgaben und die Berechnung der Regressionsgewichte analog zu dem Verfahren bei den übrigen unterjährig Versicherten erfolgen. Es wird dringend empfohlen, dem gleichlautenden Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats vom 16.09.2009 zu folgen und die Sonderregelung zur Berücksichtigung von Leistungsausgaben Verstorbener im Regressionsverfahren außer Kraft zu setzen. Abschließend möchten wir klarstellen, dass hierdurch nicht die Zuweisungen speziell für verstorbene Versicherte erhöht werden, sondern die Erwartungstreue des Klassifikationsmodells für alle Versicherten verbessert wird. Davon, dass Krankenkassen nach Abschaffung der bestehenden Sonderregelung für Tote mehr Zuweisungen erhalten, als Leistungsausgaben anfallen, kann keine Rede sein. Wie durch § 266 SGB V gesetzlich vorgeschrieben, werden die Zuweisungen weiterhin den durchschnittlichen Leistungsausgaben entsprechen (standardisierte Leistungsausgaben). Besondere Zuweisungen für Tote werden durch die Verfahrensänderungen nicht ausgelöst.

## Fazit

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes besteht die Möglichkeit, die Zielgenauigkeit und Robustheit gegen Manipulationen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs weiter zu erhöhen. Dies kann insbesondere durch eine erweiterte Validierung der ambulanten Diagnosen durch entsprechende Arzneimittel sowie die Beseitigung der Sonderbehandlung von verstorbenen Versicherten im Regressionsverfahren erreicht werden.

Seite 7

Datum  
12.04.2009

Wir möchten Sie bitten, unsere Vorschläge dem Wissenschaftlichen Beirat weiterzuleiten und für die Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2011 zu berücksichtigen. Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag



Dorothee Schawo