



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Anhörung zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressions- und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2011

Ihr AZ VII2 - 5572.11 - 639/2010

Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der KKH | Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesversicherungsamt legt gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) neben den zu berücksichtigenden Krankheiten auch die Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus sowie das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2011 bis zum 30. September 2010 fest.

Die Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 erfolgte bereits zum 30. Juni 2010 und ist Grundlage des am 30. Juli 2010 versandten Festlegungsentwurfes für die zu berücksichtigenden Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus, das Regressions- und Berechnungsverfahren. Zum Festlegungsentwurf nehmen wir wie folgt Stellung:

1. Vorbemerkungen

In einem Vorschlagsverfahren konnten dem Bundesversicherungsamt (BVA) Vorschläge zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells und des Berechnungsverfahrens unterbreitet werden. Die eingegangenen Vorschläge wurden vom BVA und dem wissenschaftlichen Beirat ausgewertet. Nicht alle Vorschläge konnten aufgrund der zur Verfügung stehenden Zeit ausreichend geprüft werden. Das BVA möchte die Bewertung einiger vorgebrachter Vorschläge bis zum Jahresausgleich 2009 zurückstellen, da erst zu diesem Zeitpunkt die erforderlichen Daten für eine umfassende empirische Überprüfung vorliegen. Wir begrüßen diese Vorgehensweise. Sie entspricht unserer Forderung, weitreichende Änderungen erst nach dem Jahresausgleich 2009 durchzuführen, da erst dann das Klassifikationsmodell in seiner vollen Wirkung bewertet werden kann.

Das BVA hat mit seinem Schreiben neben dem Festlegungsentwurf, den Erläuterungen sowie den Tabellen zu den ICD-Zuordnungen, Aufgreifkriterien und ATC-Codes auch die Verfahrensbeschreibung, wie sie in der Anlage 6.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vorgesehen ist, zur Verfügung gestellt. Die Offenlegung der Berechnungsschritte der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2011 durch die Verfahrensbeschreibung lt. Anlage 4 ist als positiv zu bewerten. Die Nachvollziehbarkeit und Bewertung dieser Verfahrensbeschreibung ist - wie auch gegenwärtig bei der Anlage 6.1 - leider nur eingeschränkt möglich, da hierzu teilweise die Rahmendaten fehlen und die Verfahrensbeschreibung an einigen Punkten Interpretationsspielraum lässt, bzw. konkreterer Formulierung bedarf. Wir regen daher an, für die Berechnungsschritte, die auf aggregierten Daten erfolgen, den gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbänden Berechnungstools z.B. in Form von Excel-Dateien zur Verfügung zu stellen.

2. Bewertung des Festlegungsentwurfes

2.1 Zu Kapitel II.5: Nebendiagnose aus dem Krankenhaus

In diesem Abschnitt wird der Vorschlag, bei Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus dieselben Aufgreifkriterien vorzugeben wie bei ambulanten Diagnosen, vom BVA abgelehnt, da keine Hinweise zu Upcodingmaßnahmen im Krankenhaus vorliegen. Angesichts der durch die Presse bekannt gewordenen Nachkodierungsmaßnahmen bei Krankenhausdiagnosen (SPIEGEL-ONLINE, Vorabmeldung vom 26.06.2010), über welche das BVA mit Schreiben vom 30.06.2010 vom vdek informiert wurde, können wir die Argumentation des BVA nicht nachvollziehen. Aus der Pressemitteilung geht eindeutig hervor, dass eine Krankenkasse für die Nachkodierung von Krankenhausnebendiagnosen für den morbiditätsorientierten Risiko-

strukturausgleich einer Beratungsfirma sowie den beteiligten Krankenhäusern selbst ein hohes Honorar bezahlt hat. Damit liegen dem BVA bereits spezifische Hinweise zu Upcoding-Aktivitäten im Krankenhausbereich vor. Wir bitten das BVA daher, vor diesem Hintergrund die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Nebendiagnosen aus dem Krankenhaus zu überprüfen, wobei die Reduktion von Manipulationsanreizen im Vordergrund stehen sollte und nicht die Erhöhung der Schätzgenauigkeit (R^2).

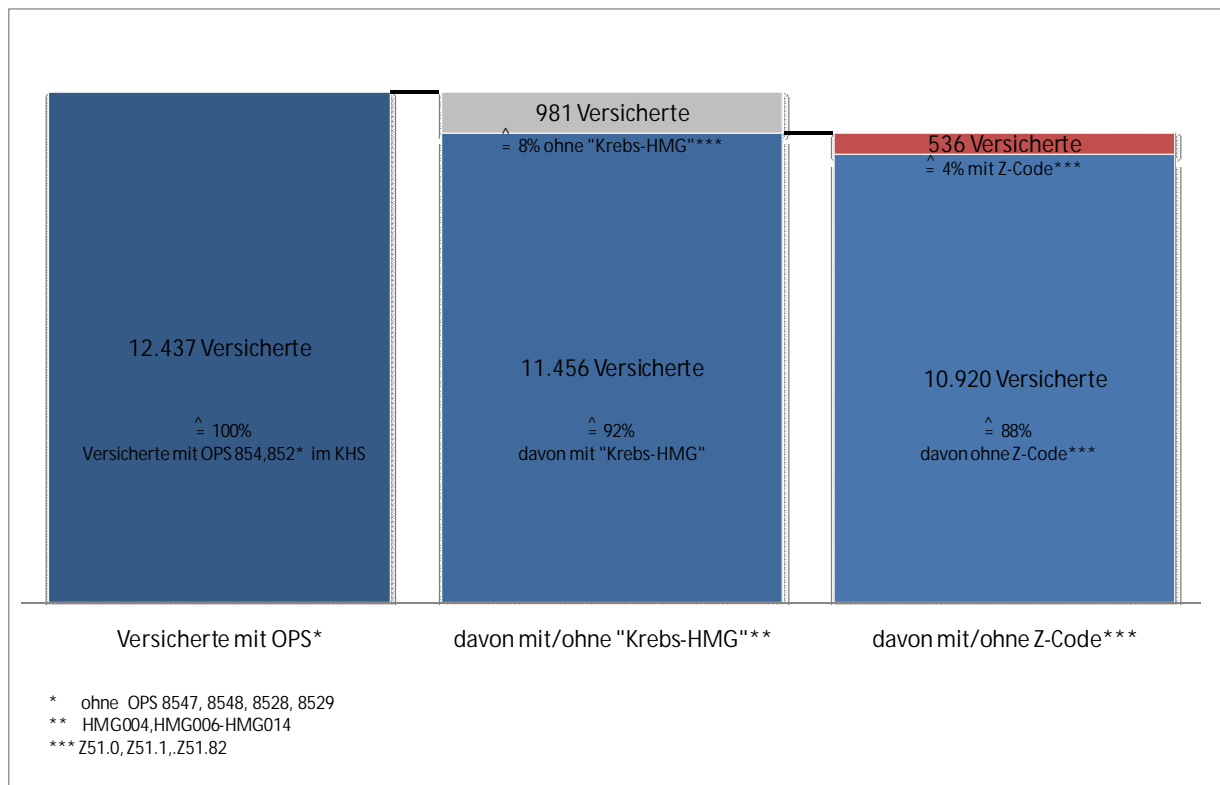
2.2 Zu Kapitel III: Änderungen des Klassifikationsmodells

Das Bundesversicherungsamt hat bei der Anpassung der Zuschlagskategorien und der Hierarchien ein besonderes Augenmerk auf die Hochkostenproblematik gelegt, um eine höhere Zielgenauigkeit der Zuschläge zu erreichen. Hierbei hat sich das BVA neben der medizinischen Bewertung an dem statistischen Bestimmtheitsmaß (R^2) orientiert. Dieses Vorgehen ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, dennoch sollte hierbei die Reduktion von Manipulationsanreizen stärker im Focus stehen.

Der Anpassungsvorschlag für die Hierarchie 02 "Neubildungen" sieht für den ICD-Code Z51.0 eine eigene HMG180 'Strahlentherapie' vor und für die ICD-Codes Z51.1 und Z51.82 die HMG181 'Chemotherapie'. Die Grundsystematik der Kodierung von Krankheiten und der durchgeführten Maßnahmen sieht vor, dass Krankheiten / Diagnosen nach den ICD-Codes und die durchgeführten Maßnahmen nach den Operationsschlüssel (OPS) verschlüsselt werden. Dieser Systematik folgend kann davon ausgegangen werden, dass die Kodierung von Maßnahmen wie z.B. Strahlen- oder Chemotherapie im Krankenhaus nicht über den ICD-Code abgebildet wird, sondern über den OPS.

Eigene Auswertungen zeigen, dass in den Krankenhausabrechnungsdaten aus dem Jahr 2008 für 12.437 TK-Versicherte entweder der OPS 8-52 "Strahlentherapie" oder der OPS 8-54 "Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie" dokumentiert worden ist, wobei bei der Selektion die OPS 8-527 "Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie", OPS 8-528 "Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie", OPS 8-547 "Andere Immuntherapie" sowie der OPS 8-548 "Hochaktive antiretrovirale Therapie [HAART]" nicht mit berücksichtigt worden sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass der überwiegende Teil dieser Versicherten bösartige Neubildungen aufweisen. Bei nur 4,3% der Versicherten wurden zum einen ebenfalls die Diagnosen Z51.0, Z51.1 oder Z51.82 dokumentiert und zum anderen lag eine HMG-Eingruppierung für die HMG004 oder HMG006-HMG014 vor, sodass nur 536 der

12.437 Versicherten trotz der erfolgten Behandlung in die HMG180 bzw. HMG181 hätten eingruppiert werden können.



Die Auswertung zeigt, dass die Diagnosen Z51.0, Z51.1 oder Z51.82 nicht stringent verwendet werden und sich daher nicht für eine eigene HMG eignen.

Die Eingruppierung dieser Diagnosen in separate HMG mit eigenen Zuschlägen würde zu erheblichen Fehlanreizen führen. Krankenkassen könnten versuchen, die Kodierpraxis der Krankenhäuser dahingehend zu beeinflussen, dass Versicherte mit einem entsprechenden OPS die für den Zuschlag erforderliche Diagnose erhalten.

Wenn die Krankheitsauswahl die Einbindung der ICD-Codes Z51.0, Z51.1 und Z51.82 in das Klassifikationsmodell zwingend erforderlich macht, sollte dies über die bereits bestehenden HMG zu den Neubildungen erfolgen, da die Bildung von eigenen HMG auf der Grundlage dieser Diagnosen mit enormen Fehlanreizen verbunden wäre.

Bei der Hierarchie 18 "Gefäß- und Kreislauferkrankungen" wurde die neue HMG099 'Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße', welche die unspezifischen ICD-Codes I73.9 'Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet' sowie I79.8 'Sonstige Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten' enthält, gegenüber der spezifischeren HMG106 'Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichneten Krankheiten der Arterien und Arteriolen' als höherwertig eingestuft. Spezifische Kodierungen sollten in der Hierarchie über unspezifischen Kodierungen stehen,

da die Reduktion von Manipulationsanreizen z.B. durch unspezifisches Kodieren grundsätzlich höher zu bewerten ist als ein höheres R^2 .

Die HMG223 'Diabetische Retinopathien' sollte aufgelöst und die Diagnose H36.0* in die HMG017 'Diabetes mit sonstigen Komplikationen' integriert werden. Nach dem Anpassungsvorschlag des BVA würde die HMG223 ausschließlich durch die Diagnose H36.0* (DxG488 'Diabetische Retinopathie') ausgelöst. Die Diagnose H36.0* ist eine Stern-Schlüsselnummer und darf nicht als alleinige Schlüsselnummer verwendet werden, sondern nur zusammen mit einer primären Schlüsselnummer, welche durch ein angehängtes Kreuz gekennzeichnet wird. Diabetische Retinopathie wird nach dem Kreuz-Stern-System E10.30+, E11.30+, E12.30+, E13.30+ oder E14.30+ und der Diagnose H36.0* verschlüsselt. Die primären Diagnosen führen bereits in die HMG017 'Diabetes mit sonstigen Komplikationen' und in die HMG020 'Typ I Diabetes mellitus'. Die Diagnose H36.0*, welche nur der Spezifizierung der Primärdiagnose dient, würde nach diesem Vorschlag zu einem weiteren Zuschlag führen. Damit kann *eine* Erkrankung (Diabetische Retinopathie) bei spezifischer Kodierung maximal *drei* Zuschläge auslösen. Durch diesen Vorschlag würden bei Krankenkassen Anreize ausgelöst, das Diagnoseverhalten der Ärzte hinsichtlich der weiteren Spezifikation zu beeinflussen. Das Klassifikationsmodell sollte diese Anreize unterbinden und deshalb robust gegenüber derartigen diagnostischen Spezifikationen sein.

2.3 Zu Kapitel IV.23: Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte

Aufgrund der kontroversen öffentlichen Diskussion zu den Vorschlägen zur Berechnung der Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte halten wir die Beibehaltung der derzeitigen Verfahrensregelung für unausweichlich. Wir begrüßen daher die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes, sich nicht dem Votum des wissenschaftlichen Beirates anzuschließen und keine Änderung vorzunehmen.

2.4 Zu Kapitel IV.24: Angleichungsfaktoren

Mit dem Anpassungsvorschlag, das Berechnungsverfahren zu den Angleichungsfaktoren einer empirischen Überprüfung auf der Grundlage der Ergebnisse des Jahresausgleiches 2009 zu unterziehen, wurde unsers Erachtens die korrekte Verfahrensweise gewählt. Ausdrücklich begrüßen möchten wir das Vorhaben des Bundesversicherungsamtes, zukünftig bei der Berechnung der Grundlagenbescheide auf aktuellere Datenmeldungen

zurückzugreifen, da mit diesem Verfahren die Problematik der 'doppelten Prospektivität' eingedämmt wird.

2.5 Zu Kapitel IV.25: Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug

Da sich gegenüber dem Anhörungsverfahren für das Klassifikationsmodell 2010 keine Änderungen hinsichtlich des Versicherten- und Morbiditätsbezuges der Konten 407, 467, 482, 513, 514, 5155, 5163, 5164, 5165, 5186, 5187, 5188, 527 und 590 ergeben haben, sollte das im Klassifikationsmodell 2010 angewandte Verfahren beibehalten werden.

Lediglich bei den Zuweisungen für zahnärztliche Leistungsausgaben, welche zukünftig nicht mehr wie im bisherigen RSA nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente erfolgen, sollte eine pauschale Zuweisung je Versicherten für die Leistungsausgaben des Kontos 5160 - 5162 'Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)' vorgenommen werden, da es sich hier um Zuweisungen für Gruppenprophylaxe ohne Versicherten- und Morbiditätsbezug handelt.

3. Redaktionelle Hinweise

Einige Punkte des Festlegungsentwurfes beziehen sich vermutlich noch auf die Festlegung für das Ausgleichsjahr 2010 und sollten auf das Ausgleichsjahr 2011 angepasst werden.

Unter 1.1.1. 'Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten' beziehen sich die Termine für die Technischen Anpassungen noch auf die Jahre 2010 und 2011. Der letzte Satz sollte daher geändert werden in:

Technische Anpassungen aufgrund von Aktualisierungen des ICD-Verzeichnisses sowie der Arzneimittelklassifikation werden gemäß § 31 Abs. 4 Satz 6 und 7 RSAV nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen jeweils im März der Jahre 2011 und 2012 durchgeführt und bekannt gegeben.

Unter 2.1.1. 'Zuordnungsprinzipien' sollte der Verweis auf die Kapitel aktualisiert werden. Der erste Satz sollte daher geändert werden in:

Jede Zuordnung zu einer der im Abschnitt „Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen“ unter 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 genannten Gruppen gilt als Risikomerkmale.