

**Festlegungen von Morbiditätsgruppen, Zuordnungs-
algorithmus, Regressionsverfahren und Berech-
nungsverfahren nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Aus-
gleichsjahr 2010**

Entwurf des Bundesversicherungsamtes vom 31. Juli 2009

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
28.08.2009**

Vorbemerkung

Nach § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt die Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungungsverfahren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2010 bis zum 30. September 2009 festzulegen.

Die BPTK begrüßt ausdrücklich das empirisch gestützte Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2010. Dabei gewährleiten die ausführlichen Erläuterungen zu dem vorliegenden Festlegungsentwurf, einschließlich der Darstellung und Diskussion der eingegangenen Stellungnahmen, ein hohes Maß an Transparenz und erlauben es, die Empfehlungen des Beirats nachzuvollziehen. Vor dem Hintergrund der späten Berufung des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt sowie der zahlreichen Anregungen und Vorschläge in den eingegangenen Stellungnahmen ist es nach unserer Einschätzung evident, dass in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht alle Vorschläge einer empirischen Überprüfung unterzogen werden konnten. Die Prioritätensetzung auf eine Überprüfung der Aufgreifkriterien sowie der Überprüfung von neun ausgewählten Hierarchien erscheint uns dabei nachvollziehbar. Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang die Ankündigung des Beirats, die weiteren Vorschläge im Zuge der Analysen für die folgenden Anpassungen des Klassifikationsmodells nach dem 30. September zu überprüfen.

Hinsichtlich der Grundausrichtung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs befürwortet die BPTK ausdrücklich, dass das Bundesversicherungsamt bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2010 an dem „All-encounter-Modell“ festhält. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um die gebotene Versorgungsneutralität des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu gewährleisten. Dadurch, dass bei den meisten Diagnosegruppen (DxGs) sowohl durch stationäre als auch durch ambulante Diagnosen Zuschläge ausgelöst werden, können Fehlanreize für stationäre Aufenthalte vermieden werden. Auch der weitgehende Verzicht auf Arzneimittelwirkstoffe zur Validierung von ambulanten Diagnosen ist sachgerecht und verhindert, dass einseitige Anreize für pharmakologische Be-

handlungen zum Nachteil von evidenzbasierten nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen gesetzt werden.

Änderungen der Aufgreifkriterien

Die Modellvergleiche einschließlich der Modellkombinationen zur generellen Anpassung der im Klassifikationssystem angewandten Aufgreifkriterien stützen aus unserer Perspektive die Ersetzung des M2Q-Kriteriums durch das Aufgreifkriterium Arzneimittel bei denjenigen DxG mit einer obligaten Arzneimittelzuordnung. Dabei ist die leichte Reduktion der Vorhersagequalität durch eine striktere Ausgestaltung des Aufgreifkriteriums im Sinne einer quartalsgleichen Diagnosestellung vor dem Hintergrund einer vermutlich erhöhten Diagnosesicherheit in dem Kombinationsmodell (4+2) hinnehmbar.

Aufgreifkriterium Arzneimittel: Betrachtung bereinigter Behandlungstage mit Arzneimittelverordnung

Der Vorschlag des Beirates, bei der Prüfung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel künftig von definierten Tagesdosen auf bereinigte Behandlungstage umzustellen, erscheint geeignet, möglichen Fehlanreizen in Bezug auf das Ordnungsverhalten im Bereich der Arzneimitteltherapie entgegenzuwirken. Die dadurch bedingte minimale Absenkung der Vorhersagequalität des Modells lässt sich damit rechtfertigen.

Änderung des Kriteriums „Arzneimitteltherapie erforderlich“

Die BPTK begrüßt die Überarbeitung der Anlage 3, insbesondere die Streichung einzelner ATC-Codes aus den DxGruppen 239, 262 und 263 aufgrund fehlender Zulassungen bei diesen Indikationen. Zugleich möchten wir an dieser Stelle auf unsere Stellungnahme vom 15. April dieses Jahres verweisen, in der wir auf den aus unserer Sicht bestehenden Überarbeitungsbedarf hinsichtlich des Aufgreifkriteriums Arzneimittel auch bei den DxGruppen 262 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) und 263 (Bipolare affektive Störungen) hingewiesen haben. Wir würden es begrüßen, wenn unsere diesbezüglichen Vorschläge bei der nächsten Anpassung des Klassifikationssystems einer empirischen Überprüfung unterzogen werden.

Änderungen des Klassifikationsmodells: Hierarchie 9 – Kognitive Erkrankungen

Der Beirat hat u. a. vor dem Hintergrund der Stellungnahme der BPTK für die Krankheit „Demenz“ empirisch geprüft, inwieweit die Anwendung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel“ bei den DxGruppen 244, 245, 248 und 249 den gewünschten Effekt einer Separierung klinisch relevanter, kostenintensiver Fälle erfüllt. Die Analysen des Beirats zeigen deutlich, dass dieser Effekt in Übereinstimmung mit medizinischen Überlegungen für die DxGruppen 244, 245 und 248 nicht nachweisbar ist. Ganz im Gegenteil zeigen die Auswertungen insbesondere für die DxGruppen 244 und 248, dass sich bei einer Verdreifachung der Zahl der berücksichtigungsfähigen Versicherten, die den jeweiligen DxGruppen zugeordnet werden können, die Beta-Gewichte sogar noch erhöhen. Lediglich bei der DxGruppe 249 zeigen sich deutliche Hinweise darauf, dass das Aufgreifkriterium Arzneimittel zur Separierung klinisch relevanter Fälle auch tatsächlich eine Beschränkung auf die kostenintensiven Fälle bewirkt. Vor diesem Hintergrund befürwortet die BPTK grundsätzlich die Schlussfolgerung, künftig für die DxGruppen 244, 245 und 248 die Arzneimittelprüfung auszusetzen und die DxG249 zusammen mit der DxG250 in eine neue HMG 047 umzugruppieren.

Allerdings sehen wir bei der Umgruppierung das klassifikationslogische Problem, dass mit den Diagnosen F00.0 und F00.1 sowie den Diagnosen G30.0 und G30.1 medizinisch identische Diagnosen unterschiedlichen DxGruppen (DxG248 bzw. DxG249) zugeordnet werden, die wiederum mit der vorgeschlagenen Umgruppierung zwei verschiedenen Morbiditätsgruppen (HMG 047 bzw. HMG 049) mit deutlich unterschiedlichen Zuschlägen zugeordnet sind. Dies könnte ein substantielles Missbrauchsrisiko für vermehrte Up- bzw. Right-Coding-Maßnahmen implizieren. Für die Krankenhausbehandlung von Patienten mit einer Alzheimer-Krankheit bzw. einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit ist die Kodierung sowohl der G30.0 bzw. G30.1 als auch der F00.0 bzw. F00.1 vorgeschrieben. Das Kodierverhalten in der vertragsärztlichen Versorgung dürfte dagegen sehr heterogen ausfallen und von den unterschiedlichen facharztspezifischen Konventionen geprägt sein.

Vor dem Hintergrund des beschriebenen erhöhten Manipulationsrisikos empfehlen wir daher eine Zuordnung der DxGruppe 249 zur HMG 049 bei gleichzeitigem Ver-

zicht auf eine Arzneimittelprüfung auch für diese DxGruppe, auch wenn dies mit einer geringeren Kostenhomogenität für die DxG249 und damit für die HMG 049 einhergeht. Schließlich wäre es kaum zu rechtfertigen, dass beispielsweise ein Versicherter mit der Diagnose G30.1 aber ohne Arzneimitteltherapie keiner Morbiditätsgruppe zugeordnet werden kann, während ein vergleichbar erkrankter Versicherter ohne Arzneimitteltherapie, bei dem in mindestens zwei Quartalen die Diagnose F00.1 kodiert wurde, den Zuschlag entsprechend der HMG 049 auslöst. Gleiches gilt für den Fall eines Versicherten mit der Diagnose F00.1 in mindestens zwei Quartalen und einer vergleichbaren Arzneimitteltherapie, welcher der untergeordneten HMG 049 anstelle der HMG 047 zugeordnet würde. Gegebenenfalls sollte einer entsprechenden Entscheidung zum Klassifikationssystem eine detaillierte Analyse der Zuordnung auf der Ebene der einzelnen ICD-Codes vorangestellt werden, um eine sachgerechte Klassifikation der verschiedenen Diagnosen und Diagnosegruppen der Krankheit Demenz zu erreichen.

Änderungen des Klassifikationsmodells: Hierarchie 11 – Psychische Erkrankungen

Die Analysen des Beirats zur Krankheit „Depression“ zeigen auf transparente Weise, dass die unspezifischen Diagnosen einer depressiven Störung in dem bisherigen Klassifikationssystem einen wesentlichen Anteil an den Zuordnungen von Versicherten zu der Morbiditätsgruppe „Depression und wahnhafte Störungen“ (HMG 058) haben. Zugleich existieren für diese Diagnosen keine verbindlichen und operationalisierbaren Diagnosekriterien. Vielmehr handelt es sich hierbei um häufig verwendete diagnostische Restkategorien, die in der vertragsärztlichen Versorgung insbesondere bei subklinischem bzw. leicht ausgeprägtem Beschwerdebild der Patienten vergeben werden. Dies zeigen auch die Auswertungen zu den neu gebildeten DxGruppen DxG264u und DxG249u, welche die aus den ursprünglichen DxGruppen 264 und 269 ausgelagerten unspezifischen Diagnosen einer depressiven Störung enthalten. Bei diesen Versicherten handelt es sich im Vergleich zu den Versicherten mit einer spezifischen Diagnose einer Depression um die deutlich kostengünstigeren Fälle. Insofern ist der Vorschlag des Beirats angemessen, die Diagnosegruppe 264u und 269u einer untergeordneten Morbiditätsgruppe (HMG047) zuzuordnen. Hierdurch lässt sich eine wesentliche Verbesserung der Trennschärfe erzielen, die zumindest

für die HMG 058 auch zusätzlich mit verbindlichen Kodierrichtlinien unterlegt werden könnte und sollte.

Mittelfristig wäre allerdings zu prüfen, ob nicht der vollständige Ausschluss der unspezifischen Diagnosen – auch bei anderen Krankheiten – der sinnvollere Weg ist, um die Manipulationsanfälligkeit des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleichs weiter zu reduzieren. Dies würde zumindest für all diejenigen unspezifischen Diagnosen gelten, für die sich unter medizinischen Gesichtspunkten keine validen Kodierrichtlinien bestimmen lassen.

Hinsichtlich des in dem Festlegungsentwurf diskutierten Vorschlags der BARMER Ersatzkasse, die Krankheiten „Bipolare affektive Störung“ und „Anorexia nervosa“ und „Bulimia nervosa“, welche der HMG 055 zugeordnet werden, in zwei gesonderte Morbiditätsgruppen aufzutrennen, schließt sich die BPTK diesem Vorschlag aufgrund medizinischer Überlegungen an. Weder in Bezug auf die Ätiopathogenese noch auf die Behandlungsansätze bestehen zwischen den beiden Krankheiten bedeutsame Gemeinsamkeiten. Wenngleich die Analysen des Beirats nahelegen, dass die beiden Krankheiten aufgrund einer bestehenden Kostenhomogenität sinnvoll in einer Morbiditätsgruppe zusammengefasst werden können, halten wir zumindest eine regelmäßige Überprüfung dieser Zuordnung zur selben HMG für geboten.

Für die aktuelle Anpassung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2010 jedoch befürwortet die BPTK den vorliegenden Anpassungsvorschlag zu der Hierarchie „Psychische Erkrankungen“ vollumfänglich.

Regressionsverfahren

Für den Fall von Hierarchieverletzungen der Regressionskoeffizienten regt die BPTK an, dass die Inkonsistenz eines höheren Regressionskoeffizienten einer in der Hierarchie untergeordneten Morbiditätsgruppe im Vergleich zum Regressionskoeffizienten einer dominierenden Morbiditätsgruppe nicht, wie vom BVA vorgeschlagen, automatisch dadurch geheilt wird, dass die beiden Morbiditätsgruppen vereinigt und als einheitliches Risikomerkmale in der Regression berücksichtigt werden. Vielmehr sollte zunächst die Zusammensetzung der betroffenen HMG, ggf. bis hin zur Zuordnung ein-

zelner ICD-10 Diagnosen zu den jeweiligen DxGruppen, auf mögliche Fehlzuordnungen geprüft werden, die zu einer stärkeren Kostenheterogenität innerhalb einzelner HMG geführt haben könnten. Erst, wenn sich die hierarchischen Inkonsistenzen im Regressionsmodell durch entsprechende Modifikationen bei der Bildung der Morbiditätsgruppen nicht beseitigen lassen, sollte zur Herstellung der Konsistenz der Hierarchie für die Berechnung der Koeffizienten eine Zusammenlegung von zwei HMG vorgenommen werden.

Verbesserung der Diagnosevalidität und Verringerung der Manipulationsanfälligkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Vor dem Hintergrund des in den vergangenen Monaten diskutierten Missbrauchsrisikos durch einseitige so genannte Rightcoding- bzw. Upcoding-Maßnahmen befürwortet die BPtK eine systematische Verbesserung der heutigen Kodierpraxis durch die Implementierung von verbindlichen Kodierrichtlinien. Dies ist voraussichtlich ein wesentlicher Schritt in Richtung einer einheitlichen Diagnose- und Kodierpraxis, die alle Arztgruppen und die Gruppe der Psychotherapeuten einschließt und bei den Versicherten aller Krankenkassen gleichermaßen zum Tragen kommen kann. Diese Kodierrichtlinien sollten möglichst zum 1. Januar 2010 in Kraft treten und somit zumindest für das Ausgleichsjahr 2011 ihre Wirkung entfalten. Auch unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung der Diagnostik würden hiervon die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung profitieren. Allerdings besteht bei der Entwicklung verbindlicher Kodierrichtlinien für eine Reihe von Krankheiten die Schwierigkeit, dass verbindliche und operationalisierbare Diagnosekriterien für die unspezifischen Diagnosen nach ICD-10 nicht existieren und kaum entwickelt werden können. Der BPtK erscheint es daher für diesen Problembereich am ehesten zielführend, systematisch die ICD-Codes der unspezifischen Diagnosen bei den jeweiligen DxGruppen nicht mehr im Klassifikationssystem zu berücksichtigen. Das vom Beirat analysierte Beispiel der unspezifischen Diagnosen einer depressiven Störung liefert einen Hinweis darauf, dass die unspezifischen Diagnosen insbesondere bei den weniger schweren bzw. chronischen Krankheitsverläufen kodiert werden.