



WISSENSCHAFTLICHES  
INSTITUT DER TK  
FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ  
IM GESUNDHEITSWESEN

## **Morbi-RSA und Onkologie**

Impulsreferat zum derzeitigen Sachstand

### **Dr. Frank Verheyen**

Direktor WINEG (Wissenschaftliches Institut der TK für  
Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen)

7. Lilly Deutschland Jahres-Symposium zur Versorgung von  
Krebspatienten

6./7. Februar 2009, Berlin

## Was ist der (Morbi-)RSA?

- **Ziel:** kassenübergreifender Finanzausgleich
- **Einführung:** mit dem Gesundheitsstrukturgesetz zum 1.1.1994
- **Anlass:** freie Kassenwahl der Versicherten (ab 1.1.1996)
- **RSA alt:** Ausgleichskriterien sind die Höhe beitragspflichtiger Einnahmen, Alter, Geschlecht, EM-Rentner, DMP-Teilnahme
- **RSA neu:** das GKV-WSG regelt die Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten RSA, der Bestandteil des Zuweisungsverfahrens aus dem Gesundheitsfonds ist
  - è Krankenkassen erhalten neben einer Grundpauschale u.a. auch Morbiditätszuschläge je nach Versichertenstruktur (Coding!)

## Zuschlagsverfahren des Morbi-RSA:

§ Definition von 152 Zuschlägen:

- Sockelbeträge, die über Alter und Geschlecht definiert werden und sich gegenseitig ausschließen
  - è **40** Alters-/Geschlechtsgruppen (AGG)
- additive Zuschläge bezüglich Erwerbsminderungsstatus
  - è **6** Erwerbsminderungsgruppen (EMG)
- additive **Krankheitszuschläge** auf Basis der Krankheitsauswahl des BVA
  - è **106 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG)**

§ Die 106 HMGs bilden nicht gesamtes Krankheitsspektrum ab (80 Krankheitsgruppen)!

§ Die Zuschlagswerte werden über ein Regressionsverfahren ermittelt

§ Jedem Versicherten wird genau ein Sockelbetrag, bei Erwerbsminderungsrentnern (EMR) ein EMR-Zuschlag und je nach Vorliegen ausgewählter Krankheiten kein, ein oder mehrere Krankheitszuschläge zugeordnet

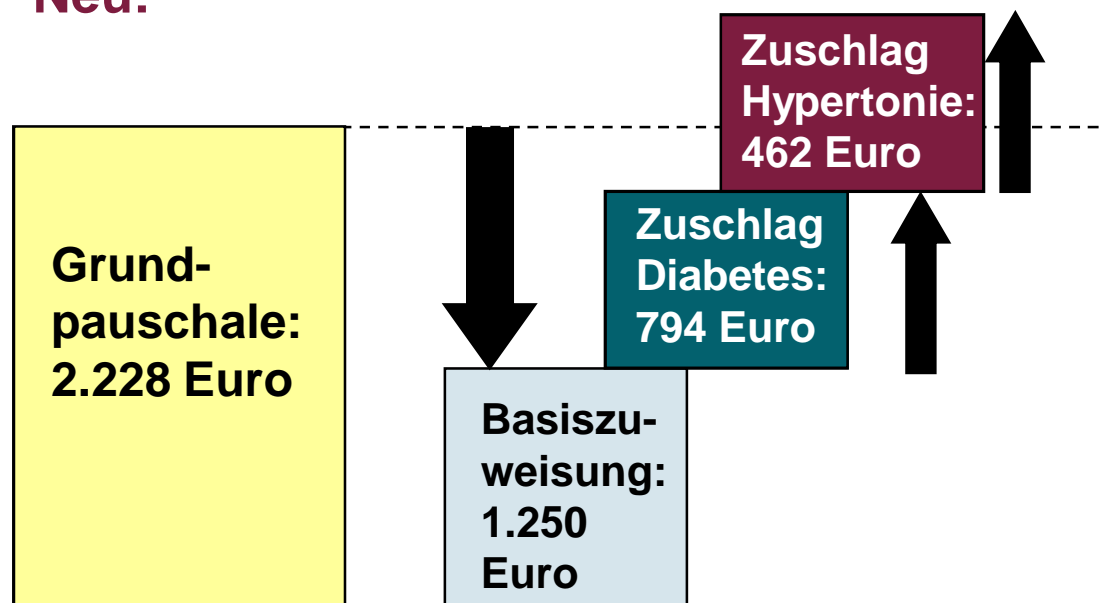
# Neue RSA-Berechnungssystematik

Beispiel: Frau, 62 Jahre, Diabetes und Hypertonie

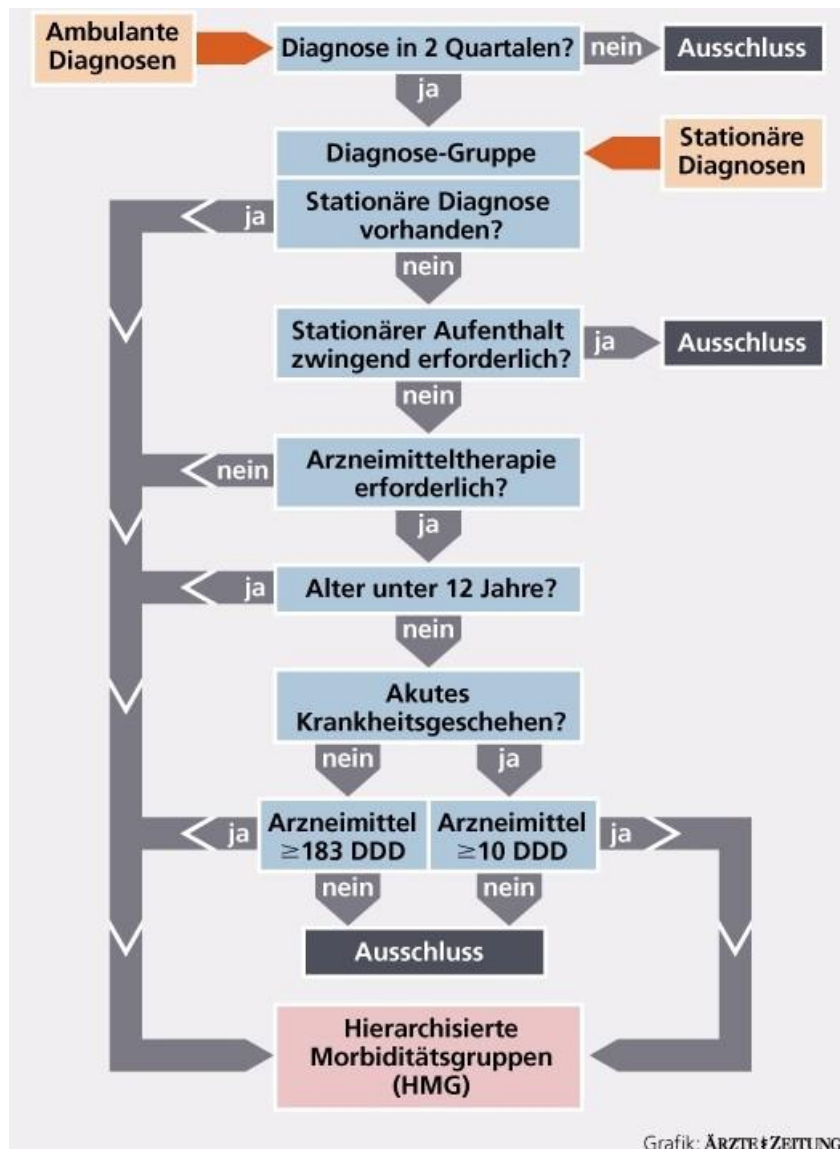
**Bisher:**

Beitragsbedarf Frau, 62 Jahre: ca. 1.600 Euro

**Neu:**



## Der Morbi-RSA: ein hochkomplexes Verfahren



### Stationäre Diagnosen:

Für stationär gestellte Diagnosen ist keine zusätzliche Validierung nötig; sie lösen in jedem Fall einen Zuschlag aus.

### Ambulante Diagnosen:

Ambulant gestellte Diagnosen müssen gesichert (G) sein; Diagnosen mit „Zustand nach...“ (Z) lösen keinen Zuschlag aus.

### M2Q-Kriterium:

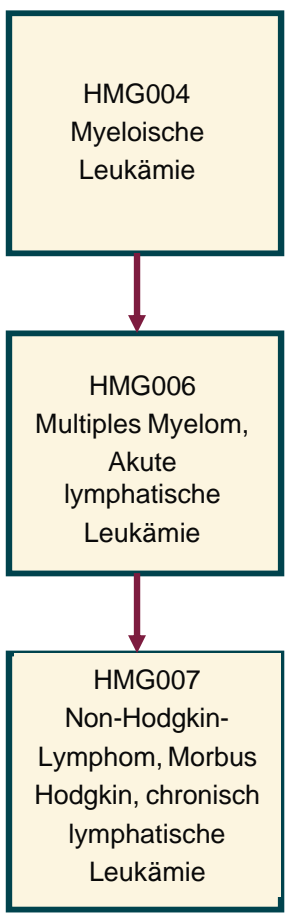
Bei ambulanten Krankheiten muss der Arzt diese in zwei unterschiedlichen Quartalen eines Jahres diagnostiziert und dokumentiert haben.

### AM-Therapie:

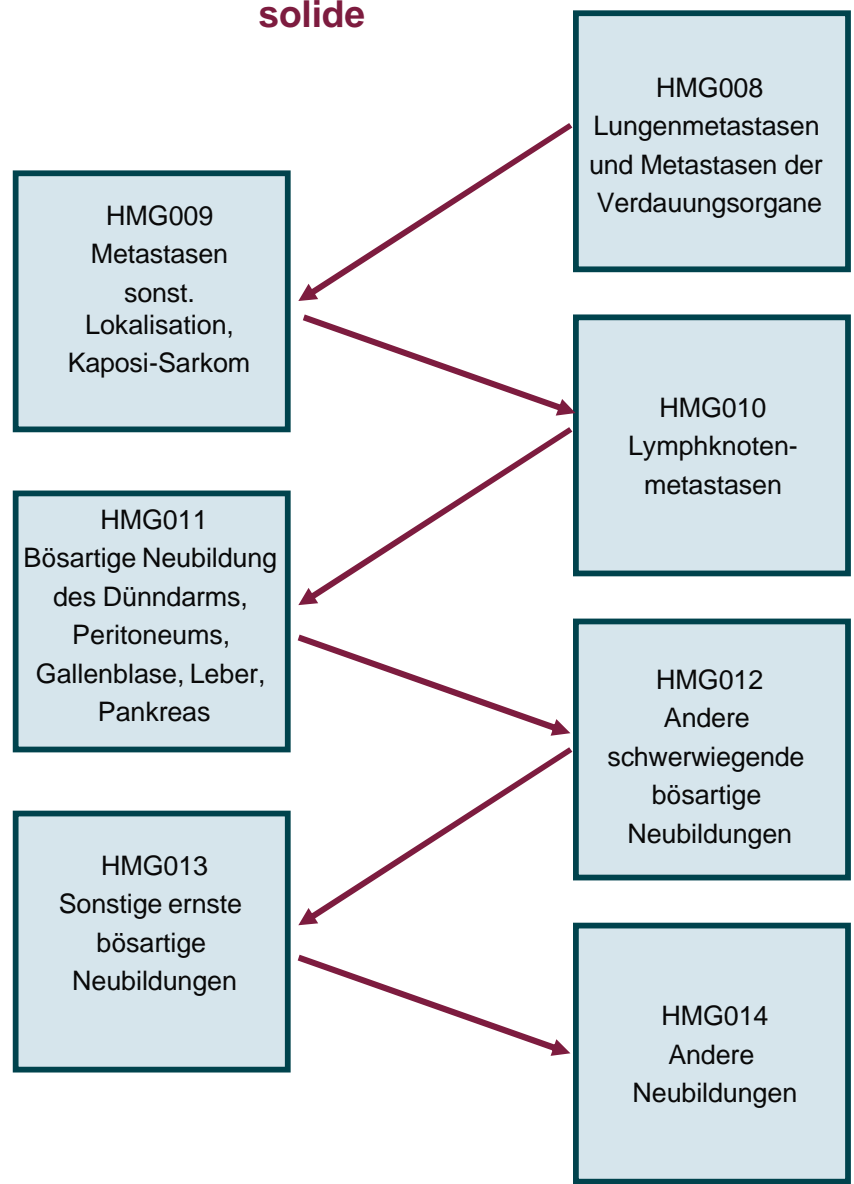
In der Onkologie löst die Diagnosestellung immer einen Zuschlag aus, auch wenn sie ambulant gestellt wurde; es ist keine zusätzliche Validierung über AM-Therapie nötig.

# Hierarchie 2: Neubildungen

## hämatologisch



## solide



Quelle: BVA

## Zuschläge für HMG's der Hierarchie 2 (Neubildungen)

HMG004	Myeloische Leukämie	17.896,03 €
HMG006	Multiples Myelom, Akute lymphatische Leukämie	8.759,11 €
HMG007	Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie	3.768,96 €
HMG008	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungs-organe	17.166,70 €
HMG009	Metastasen sonst. Lokalisation, Kaposi-Sarkom	12.506,46 €
HMG010	Lymphknotenmetastasen	9.279,27 €
HMG011	Bösartige Neubildung des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas	7.610,54 €
HMG012	Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen	5.351,25 €
HMG013	Sonstige ernste bösartige Neubildungen	2.403,63 €
HMG014	Andere Neubildungen	799,73 €

## Beispiel für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds:

50-jährige Frau mit Diabetes und einer entzündlichen Darmerkrankung

Merkmal	Gruppierung	Zu-/Abschläge (pro Jahr)
für alle GKV-Versicherten	Grundpauschale	2227,68€
weiblich, 50-54 Jahre	AGG 11	-1202,48€
Diabetes mellitus	Krankheit 17, HMG019	794,16€
chronisch entzündliche Darmerkrankung	Krankheit 23, HMG033	1569,60€

è Es ergibt sich ein Gesamtzuschlag von **3388,96€**

Voraussetzung: der Arzt hat die Krankheiten in zwei unterschiedlichen Quartalen diagnostiziert und dokumentiert (M2Q-Kriterium)

## Beispiel für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds:

60-jähriger Mann mit Prostatakarzinom

Merkmal	Gruppierung	Zu-/Abschläge (pro Jahr)
für alle GKV-Versicherten	Grundpauschale	2227,68€
männlich, 60-64 Jahre	AGG 33	- 825,60€
Sonstige ernste böartige Neubildung	Krankheit 11, HMG013	2403,60€

Bösartige Neubildung der Prostata:

ICD: C61, DxG: 67, Krankheit: 11, HMG: 013

è Es ergibt sich ein Gesamtzuschlag von: **3.805,68€**

(Im Vergleich zum Gesunden in dieser AGG: **1.402,08€**)

## Beeinflussbarkeit der Zuweisungen

- § ICD-Codierung: Leistungserbringer werden zur Nachcodierung „aufgefordert“
- § Diagnosequalifizierung (gesichert vs. Verdacht auf)
- § Häufigkeit der Diagnosestellung (M2Q-Kriterium)
- § Arzneimitteltherapie als Aufgreifkriterium (ambulant mit DDD)
  - è in der Onkologie nicht relevant!

## Aktuelles Beispiel: Frankfurter Rundschau, 23.01.2009

Krankenkassen

### Die Krankmacher

VON WOLFGANG WAGNER

Krankenkassen bieten Ärzten Geld für neue Diagnosen, die den Versicherten höhere Mittel aus dem Gesundheitsfonds bescherten. Diesen Vorwurf erheben die Kassenärzte. Die oberste Aufsichtsbehörde der Kassen, das Bundesversicherungsamt, kündigte daraufhin ein entschiedenes Vorgehen gegen solche Praktiken an. Kassen, die so handelten, "verhalten sich rechtswidrig", machte Amts-Chef Josef Hecken klar.

"Kassenvertreter versuchen, Ärzte zu ködern, um Diagnosen zu korrigieren. Das kann Ärzte zu Fehldiagnosen verleiten", hatte der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, der Bild-Zeitung gesagt. Laut Köhler zahlen Kassen im Durchschnitt zehn Euro für Diagnosen, die ihnen Geld bringen.

Hintergrund ist der neue Finanzausgleich, nachdem die Versicherten für Patienten mit bestimmten Krankheiten einen Zuschlag aus dem Gesundheitsfonds erhalten - der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Von manchen Diagnosen profitieren daher die Kassen besonders. So ist es laut KBV lohnend, einen Neurotiker zu einem Depressiven zu erklären.

■ ■ ■

## Auswirkungen auf die Versorgung allgemein

**These 1:** Versorgungsrealität versus Datenrealität

**These 2:**

- a) Fehlanreize durch Coding (Anstrengungen auf Seiten der Ärzte und Krankenkassen unabhängig von med. Notwendigkeit)
- b) Anreiz für Innovationen geht zurück

**These 3:** Versorgung steht hinter Coding zurück

**Schlussfolgerung: Coding hat an Bedeutung gewonnen!**



BACKUP

## Kritik / Stellungnahme der TK:

- § Die Datengrundlage ist unsicher, die Codier-Qualität im ambulanten Bereich nicht gut
- § Manipulationsanreize (Nacherfassungen von Diagnosen)
- § Unterschiedliche Anforderungen an Diagnosen, zu wenig Validierung
- § AM-Validierung: zu breit angelegt (einfache Schmerzmittel, zB. Diclofenac-Einnahme wegen Rheuma, werden u.U. für die Validierung der Diagnose einer Hüftfraktur herangezogen)
- § Bsp. Niederlande: nur diejenigen AM sind für die MorbiRSA-Systematik zugelassen, die eindeutig der Krankheit zugeordnet werden können, für die die Diagnose validiert werden soll; hier sind nur stationäre und über AM validierte Diagnosen zuschlagsauslösend, keine ambulanten!