

An das
Bundesversicherungsamt
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich

Nur per Email

14.08.2009

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010

Dr. Pekka Helstelä
Abteilungsleiter Systemfragen

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth, sehr geehrter Herr Otto

Ansprechpartner: Dr. Pekka Helstelä
Abteilung Systemfragen

Tel.: 030 206288-1100
Fax: 030 206288-81100

Pekka.Helstelae@gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

das BVA legt die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) auf Grundlage der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2009 für das Ausgleichsjahr 2010 fest. Im Rahmen des diesbezüglichen Anhörungsverfahrens hat das Bundesversicherungsamt den Entwurf zur Festlegung der Krankheitsauswahl für das Jahr 2010 mit Stand vom 16. Juli 2009 an den GKV-Spitzenverband mit der Bitte um Stellungnahme übermittelt.

Zu den einzelnen Aspekten des vorliegenden Entwurfes nehmen wir wie folgt Stellung:

I. Rechtliche Grundlage und Verfahren

Gem. § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV i.V.m. § 1 Abs. 2 Nr. 3 Errichtungserlass BMG vom 03.05.2007 hat der Wissenschaftliche Beirat die Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich jährlich zu überprüfen. Die Auswahl der Krankheiten soll gem. § 31 Abs.1 Satz 2-4 RSAV insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten beinhalten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben

aller Versicherten um das 1,5fache übersteigen. Zudem sollen die Krankheiten eng abgrenzbar sein.

Das BVA hat erstmalig mit seiner Änderungsbekanntgabe vom 29. Mai 2008 die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten festgelegt. Der Wissenschaftliche Beirat hat sich im Mai diesen Jahres mit der Überprüfung der Krankheitsauswahl befasst und aufgrund seiner späten Berufung beschlossen, die aktuell gültige Krankheitsauswahl nicht zu überarbeiten, sondern die Priorität auf die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu legen. Hiervon ausgenommen sind Änderungen der Krankheitsabgrenzung aus medizinischen Gründen und eine erneute Schwellenwertprüfung. Der Wissenschaftliche Beirat beabsichtigt, eine grundlegende Überprüfung der Krankheitsauswahl ab September/Oktober 2009 vorzunehmen. Dementsprechend hat für den vorliegenden Entwurf der berücksichtigungsfähigen Krankheiten für den Risikostrukturausgleich 2010 keine dem Verfahren der Krankheitsauswahl für das Jahr 2009 analoge, grundlegende Überprüfung der Krankheitsauswahl stattgefunden.

1. Neuabgrenzung einzelner Krankheiten

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt aus medizinischen Gründen eine Reihe von Änderungen an der Abgrenzung einzelner Krankheiten vor. Das hiermit verfolgte Ziel einer engeren Abgrenzung der Krankheiten, die eine medizinisch plausible Zuordnung der Diagnosen zu den Krankheiten sicherstellen und gleichzeitig Fehlanreize im Rahmen der Kodierung vermeiden soll, ist zu begrüßen.

Die Änderung der Krankheitsabgrenzungen erfordert u.E. jedoch eine Prüfung der Krankheitsauswahl anhand des im Rahmen der Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2009 verwendeten Verfahrens. Dieses bestand aus folgenden grundlegenden Schritten:

a. Definition der Krankheiten: Krankheiten wurden als eine Zusammenfassung von ICD-Codes definiert, die untereinander eng abgrenzbar sind. Als Basis fungierten die Diagnosegruppen (DXG) des für den Risikostrukturausgleich ausgewählten Klassifikationsmodells. Die Zusammenfassung erfolgte unter medizinisch inhaltlichen Aspekten.

- b. Überprüfung der Kriterien „chronisch“, „schwerwiegend“ und „kostenintensiv“ anhand der vom Wissenschaftlichen Beirat erarbeiteten Methodik
- c. Schwellenwertprüfung

Nur wenn eine Krankheit die Kriterien für „schwerwiegend“ oder „chronisch“ und gleichzeitig das Merkmal „kostenintensiv“ erfüllte und den Schwellenwert überschritt, wurde sie in die Liste der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten aufgenommen.

Zwar kann vermutet werden, dass die Neuabgrenzung der einzelnen Krankheiten hier zu keiner Veränderung der Krankheitswahl führt, jedoch kann eine gesicherte Bewertung der Auswirkungen dieser Neuabgrenzungen nur unter Verwendung der für die Festlegung für das Jahr 2009 erarbeiteten Methodik erfolgen. Um Änderungen im Versorgungsgeschehen sowie der GKV-Morbiditätsentwicklung auf Basis aktueller Daten zu berücksichtigen, sollte diese Prüfung auch für die im Jahr 2009 nicht berücksichtigten Krankheiten durchgeführt werden.

2. Schwellenwertprüfung

Die Schwellenwertprüfung stellt in der vom Wissenschaftlichen Beirat erarbeiteten Methodik, wie oben beschrieben, den abschließenden Schritt im Prozess der Krankheitsauswahl dar. Für den vorliegenden Entwurf der Krankheitsauswahl wurde lediglich eine isolierte Prüfung des Schwellenwertes, unter Einbeziehung der durchgeführten Neuabgrenzungen einzelnen Krankheiten, für die im Risikostrukturausgleich 2009 berücksichtigten Krankheiten durchgeführt. Auch diese isolierte Prüfung erfüllt u.E. nicht die Anforderungen an eine regelmäßige Überprüfung der Krankheitsauswahl. Dieses Verfahren kann letztlich nur dazu führen, dass sich bei Unterschreitung des Schwellenwertes durch eine bzw. mehrere Krankheiten die Zahl der zu berücksichtigenden Krankheiten verringert. Die Neuberücksichtigung von Krankheiten, die aufgrund aktuellerer Daten den Schwellenwert überschreiten, ist im Gegensatz dazu ausgeschlossen. Der Wissenschaftliche Beirat hat weder festgestellt, noch begründet, dass es sachgerecht sei, die Zahl der zu berücksichtigenden Krankheiten zu verringern. Daher halten wir es für grundsätzlich erforderlich, die Schwellenwertprüfung für die auf Diagnosegruppen (DXG) basierenden Krankheiten unter Verwendung des für die Krankheitsauswahl 2009 durchgeführten Verfahrens, d.h. inklusive

der Parameter „chronisch“, „schwerwiegend“ und „kostenintensiv“, zu wiederholen. Sollte dies aus zeitlichen Gründen nicht möglich sein, ist nach Meinung des GKV-Spitzenverbandes vollständig auf die Schwellenwertprüfung zu verzichten.

Darüber hinaus ist aus der Dokumentation der Festlegung nicht ersichtlich, ob das für die Festlegung für das Jahr 2009 verwendete Verfahren zur Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener (keine Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener) bei der Schwellenwertprüfung beibehalten wurde.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass dem Bundesversicherungsamt die Daten der Jahre 2006/2007 zur Überprüfung der Krankheitsauswahl seit dem August 2008 vorliegen. Die nun nur in Teilen durchgeführte Überprüfung der Krankheitsauswahl, die durch das Bundesversicherungsamt mit der späten Berufung des Wissenschaftlichen Beirates begründet wird, führt letztlich dazu, dass die gegenüber dem Jahr 2006 in 2007 eingetretene tatsächliche Morbiditätsentwicklung in der GKV unvollständig für den Risikostrukturausgleich 2010 Berücksichtigung findet. Dieses ist, insbesondere vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer zielgenauen Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds, zu bemängeln.

Gleichwohl erkennen wir die durch die späte Berufung des Wissenschaftlichen Beirates entstandene Problematik. Vor diesem Hintergrund schlagen wir daher vor, für die Festlegung der im Risikostrukturausgleich 2010 zu berücksichtigenden Krankheiten lediglich aus medizinischen Gründen sinnvolle Neuabgrenzungen der im Ausgleichsjahr 2009 berücksichtigten Krankheiten durchzuführen.

Da der Wissenschaftliche Beirat beabsichtigt, eine grundlegende Prüfung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten ab September/Okttober 2009 vorzunehmen, gehen wir davon aus, dass im Rahmen dieses Verfahrens auf der Basis der dann vorliegenden Daten der Jahre 2007 und 2008 für das Ausgleichsjahr 2011 eine vollständige Überprüfung der Krankheitsabgrenzung und Krankheitsauswahl anhand der in §31 Abs. 1 S. 3 u. 4 RSAV genannten Kriterien erfolgt. Sollte der Wissenschaftliche Beirat sich in diesem Zusammenhang für eine erneute Prüfung der zur Krankheitsauswahl erarbeiteten Methodik entscheiden, schließt dies u.E auch die

Prüfung der etwaigen Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener sowie die Prüfung der zeitgleichen Schwellenwertberechnung mit ein.

II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Es wird vorgeschlagen, aus medizinischen Gründen bei einigen Krankheiten Änderungen an den ihnen zugeordneten ICD-Codes mit dem Ziel vorzunehmen, die Krankheitsabgrenzung zu verbessern.

Unabhängig von unseren bereits dargelegten Ausführungen sind die vorgeschlagenen Änderungen an der Zuordnung von ICD-Codes zu Krankheiten aus medizinischer Sicht inhaltlich sinnvoll und nachvollziehbar. Sie sind dazu geeignet, die Krankheitsabgrenzung zu verbessern und den Anreiz zu unspezifischem Kodieren zu verringern..

Dennoch möchten wir einige Anmerkungen hinsichtlich der Krankheit „Status nach Organtransplantation inkl. Komplikationen“ machen:

Es wird vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagen, die der Krankheit zugeordneten ICD-Codes um Diagnosen zu erweitern, die eine Registrierung zur Organtransplantation dokumentieren, und die Krankheit in „Organtransplantation (inkl. Registrierung und Status nach)“ umzubenennen. Begründet wird dies damit, dass Versicherte mit diesen Morbiditätsinformationen hohe prospektive Kosten aufweisen (ca. 50.000 € im Jahr). Aus unserer Sicht ist dieser Vorschlag grundsätzlich dazu geeignet, Risikoselektion zu vermeiden. Für eine Organtransplantation registrierte Versicherte stellen in hohem Maße schlechte Risiken dar und sind als solche identifizierbar. Insofern entspricht es der Zielsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, diese ICD-Codes zu berücksichtigen. Ihre Zuordnung zur Krankheit „Zustand nach Organtransplantation“ ist jedoch kritisch zu bewerten: Sowohl die Krankheitsbilder als auch die therapeutischen Maßnahmen und Behandlungskosten eines Zustands vor Organtransplantation, also zum Zeitpunkt der Registrierung, und eines Zustands nach erfolgter Transplantation unterscheiden sich deutlich. So entspricht das Krankheitsbild eines Versicherten, der sich z.B. aufgrund einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz zu einer Nierentransplantation hat registrieren lassen,

nicht dem eines Versicherten mit erfolgter Nierentransplantation, der einer dauerhaften Arzneimitteltherapie bedarf. Auf Grund dessen ist es aus unserer Sicht sinnvoller, die eine Registrierung zur Organtransplantation dokumentierenden ICD-Codes bei den entsprechenden Organerkrankungen zu berücksichtigen, wodurch hier eine Schweregraddifferenzierung möglich wäre. Eine Vermischung unterschiedlicher Krankheitsbilder würde so vermieden.

Damit die Gruppierung eines Versicherten mit einer Registrierung zur Organtransplantation erfolgt, muss sichergestellt sein, dass die ICD-Codes auch tatsächlich im RSA-Verfahren berücksichtigungsfähig dokumentiert werden. Zudem möchten wir darauf hinweisen, dass eine Registrierung zur Organtransplantation nur einmalig erfolgt, weshalb die Aufgreifkriterien im Klassifikationsmodell evtl. angepasst werden müssen. Sollte es bei der vorgeschlagenen Zuordnung der ICD-Codes zur Krankheit „Zustand nach Organtransplantation“ bleiben, müssen bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells die unterschiedlichen Kostenstrukturen der beiden Krankheitsbilder Berücksichtigung finden. Wie oben bereits dargestellt besteht eine Abhängigkeit zwischen Organfunktionsstörungen und der Registrierung zur Organtransplantation. Diese Abhängigkeiten müssen untersucht werden und sich gegebenenfalls in der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells z.B. durch hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen widerspiegeln. Hierauf werden wir in unserer Stellungnahme zur vorgeschlagenen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells Bezug nehmen.

Zur grundlegenden Prüfung der Krankheitsauswahl durch den Wissenschaftlichen Beirat anhand der Daten für die Jahre 2007 und 2008 ab September/ Oktober 2009 regen wir abschließend an, die für die Krankheitsauswahl betreffend das Ausgangsjahr 2011 gewonnene Überprüfungszeit auch für eine zeitlich frühere Anhörung des GKV-Spitzenverbandes zu nutzen. Eine frühere Klarheit über die Krankheitsauswahl trägt zur Planungssicherheit für die Krankenkassen bei.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Pekka Helstelä