

Bundesversicherungsamt
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Nur per Mail

Ihr Gesprächspartner

Benjamin Berndt

Tel. 030 202491 44

Fax 030 202491 50

E-Mail benjamin.berndt@ikkev.de

20.01.2014

Ihr Zeichen : AZ VII 2 – 5572.02 – 5019/2013

Entwurf zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015 durch das BVA

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übersende ich Ihnen die Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf des Bundesversicherungsamtes zu den Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Benjamin Berndt
Statistik und Finanzierung der GKV

Anlage: 1



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum
Entwurf der
Auswahl der im morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleich zu
berücksichtigenden Krankheiten
für das Ausgleichsjahr 2015**

(Krankheitsauswahl 2015)

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Vorbemerkungen	3
I. Kriterien zur Krankheitsauswahl und zur Turnusverlängerung	3
II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung	5
III. Redaktionelle Anmerkungen	6

Vorbemerkungen

Das Bundesversicherungsamt (BVA) legt nach § 31 Abs. 4 Satz 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden 50-80 Krankheiten bis zum 30. September für das folgende Ausgleichsjahr fest. Bei der Auswahl sollen nach § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV „insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.“

I. Kriterien zur Krankheitsauswahl und zur Turnusverlängerung

Grundsätzlich begrüßen die Innungskrankenkassen die unveränderte, empirisch orientierte und auf Grundlage der Vollerhebungsdaten basierende Überprüfung der Krankheiten. Allerdings können wir die Auffassung des BVA, dass „alle dringlichen Anregungen aus den früheren Anhörungs- und Vorschlagsverfahren bereits im Anhörungsprozess 2014 geprüft wurden“ und daher „für das Ausgleichsjahr 2015 kein unmittelbarer Bedarf an größeren Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung“ besteht, nicht teilen.

Das BVA hatte bereits im Krankheitsauswahlverfahren für das Ausgleichsjahr 2013 angekündigt, im Grundsatz eine engere Abgrenzung der zur Auswahl stehenden Krankheiten auf Grundlage ihrer Ätiologie anzustreben. Dieser Ansatz wurde jedoch seitdem nicht mehr weiterverfolgt. Der IKK e.V. erkennt hier nach wie vor weiteren Anpassungsbedarf.

Zudem hat das BVA auch die von den Innungskrankenkassen bereits mehrfach vorgetragenen Vorschläge zur Neufassung von Bewertungskriterien, zur Änderung des Auswahlalgorithmus sowie zur Einführung einer statistischen Signifikanzprüfung mit Verweis auf begrenzte Kapazitäten nicht diskutiert. Insofern möchten wir unsere im letzten Auswahlverfahren vorgebrachten Argumente zur Methodik der Krankheitsauswahl noch einmal bekräftigen und das BVA dazu auffordern, die Untersuchungen dazu nachzuholen.

Der Wissenschaftliche Beirat hat mit Verweis auf die Ausführungen im Evaluationsbericht eine Verlängerung des Turnus der Krankheitsauswahl auf drei Jahre vorgeschlagen. Begründet wurde dies damit, dass die Auswahl der Krankheiten auf Basis des etablierten Auswahlverfahrens in unterschiedlichen Datenjahren weitgehend stabil bleibt, die daraus resultierenden Anpassungen des Klassifikationssystems jedoch mit hohem Folgeaufwand verbunden sind. Eine Turnusverlängerung würde somit für eine erhebliche Vereinfachung des Verfahrensaufwandes beim BVA

sorgen. Dies würde auch bei den Kassen zu einer erhöhten Planungssicherheit für Zuweisungen und Versorgungsverträge führen, so die Ausführungen des Evaluationsgutachtens.

Wie wir bereits schon in unserer Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Reform des Morbi-RSA aus November 2013 an den GKV-SV ausgeführt haben, können die Innungskrankenkassen die Argumentation des Wissenschaftlichen Beirats in Bezug auf die Wirkung einer Turnusverlängerung auf das Versorgungsmanagement in der GKV nicht nachvollziehen. Insbesondere ist gerade eine Erleichterung der Ausrichtung des Versorgungsmanagements an der Ausgleichsstruktur des RSA nicht wünschenswert. Eine dauerhaft verlässliche Mittelzuweisung, wie sie der Beirat als notwendigen Anreiz für ein effektives Vertragsgeschäft deklariert, ist bereits gegeben. Eine Zementierung der Krankheitsauswahl begünstigt aus unserer Sicht eine weitergehende Fokussierung der Vertragspolitik auf die RSA-Einnahmeoptimierung, die aber schon heute einen der gravierendsten Fehlanreize des Morbi-RSA darstellt.

Im Verfahren der Krankheitsauswahl ist zwischen zwei Bestandteilen zu unterscheiden: Die Diskussion der Zusammenfassung bzw. Neuordnung von Diagnosen zu Krankheitsbildern und die eigentliche Auswahl der 50 - 80 Krankheiten auf Basis der aktuellsten empirischen Daten. Die empirische Überprüfung der Daten zur Auswahl der im Klassifikationsmodell berücksichtigungsfähigen Krankheiten sollte weiterhin jährlich durchgeführt werden. Eine jährliche Neuüberprüfung auf einer erneuerten Datenbasis benötigt kein eigenständiges Anhörungsverfahren und ist daher mit verhältnismäßig wenig Aufwand verbunden. Dies würde auch die bestehenden politisch gewollten und sinnvollen Hindernisse für die weitergehende Ausrichtung des Vertragsgeschäfts am RSA beibehalten, weil die Planungsunsicherheit über die zukünftig berücksichtigungsfähigen Diagnosen erhalten bliebe. Der vom BVA angeführte Folgeaufwand dieses Auswahlverfahrens im Hinblick auf den daraus entstehenden Anpassungsbedarf im Klassifikationsmodell hält sich angesichts der relativen Stabilität der ausgewählten Krankheiten aus Sicht der Innungskrankenkassen in akzeptablen Grenzen. Neu hinzutretende Krankheiten waren zudem häufig bereits Bestandteil des Klassifikationsmodells, daher kann bereits auf Erfahrungen hinsichtlich einer möglichen Einordnung der entsprechenden Diagnosen zurückgegriffen werden. Für den vorliegenden Entwurf trifft dies beispielsweise auf die Krankheitsbilder „Akute Schwere Leberkrankungen“ oder einzelne Diagnosen der Angeborenen Anomalien der Lunge zu. Dies wird den durch das BVA zu bewältigenden Aufwand bei der Bearbeitung des sich aus der Überprüfung der Krankheitsauswahl ergebenden Änderungs- und Diskussionsbedarfs für die Zukunft erwartungsgemäß merklich verringern.

Demgegenüber kann eine vorgelagerte Anhörung zur Frage der Abgrenzung der Krankheitsbilder und der Neuordnung von Diagnosen auch in einem längeren Turnus durchgeführt werden. Um einer sinnvollen Abwägung zwischen Planbarkeit und zeitnahen Anpassungen, die sich durch neue Behandlungsmöglichkeiten ergeben, Rechnung zu tragen, empfiehlt der IKK e.V.

einen zweijährigen Turnus dieses Anhörungsverfahrens. Gleichzeitig sollte aber die Transparenz des Anhörungsverfahrens zur Krankheitsabgrenzung nachhaltig verbessert werden. Dafür ist es aus unserer Sicht notwendig, zunächst ein separates Vorschlagsverfahren für die Krankheitsabgrenzung einzuführen und dort auch Fragen zur methodischen Operationalisierung der Auswahlkriterien zu erörtern, bevor über eine Verlängerung des Turnus für die Krankheitsauswahl nachgedacht wird.

II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Im diesjährigen Auswahlprozess sollen 22 durch die Einbindung des ICD-10 GM 2014 neu hinzugekommenen Diagnosekodes den jeweiligen Auswahlkrankheiten zugeordnet werden. Die vom BVA vorgeschlagenen Zuordnungen erscheinen schlüssig und nachvollziehbar.

Abgrenzungen Krankheit 317 „Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ und Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes“

Von verschiedener Seite wird angeregt, eine Überprüfung der Abgrenzung bzw. Zusammenlegung der Krankheit 317 „Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ und der Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes“ durchzuführen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist eine Zusammenlegung der Krankheiten 317 „Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ und der Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes“ nicht sachgerecht. Die in Krankheit 318 „Angeborene Fehlbildungen der Lunge und des Magen-Darm-Traktes“ zusammengefassten Fehlbildungen finden ihren Ursprung ausnahmslos in der frühembyonalen Entwicklungsphase (4. bis 8. Schwangerschaftswoche), sind daher in jedem Fall angeboren und stehen demzufolge auch trotz ihrer unterschiedlichen Organmanifestation in einem ätiologischen Zusammenhang. Sie sind zudem als schwere Fehlbildungen bereits pränatal bzw. im Säuglings- oder Kleinkindalter klar zu diagnostizieren, müssen daher zwangsweise als Säuglings- und Kleinkinderkrankungen gelten und sind zudem immer behandlungsbedürftig. Dies gilt insbesondere für in diesem Krankheitsbild aufgeführten schwerwiegenden Erkrankungen der Lunge (Q33.2 „Lungensequestration (angeboren)“, Q33.3 „Agenesie der Lunge“ und Q33.6 „Hypoplasie und Dysplasie der Lunge“) und des Verdauungstrakts (z.B. Q 39.0 Atresie des Ösophagus). Daher ist die Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Diagnosen auf Kinder unter 5 Jahre sachgerecht.

Demgegenüber sind die in Krankheit 317 „Anomalien der Lunge/des respiratorischen Systems“ zusammengefassten Erkrankungen ätiologisch deutlich vielfältiger; sie entstehen beispielsweise

im Falle der Kehlkopfneubildungen auch durch infektiöse oder nahrungsbedingte Schädigungen im weiteren Schwangerschaftsverlauf. Sie sind weniger schwerwiegend als die Lungenneubildungen aus Krankheit 317 und bleiben daher häufig über das Kleinkindalter hinaus unentdeckt. Entsprechend fällt es bei den durch Zufallsbefunde im Erwachsenenalter entdeckten Befunden oft sehr schwer, die Anomalien im Hinblick auf ihre Genese (angeboren gegenüber erworben) klar zu bestimmen. Dies gilt beispielsweise Diagnose Q32.2 „Angeborene Bronchomalazie“, die als erworbene Variante aber unter J98.0 „Bronchomalazie“ kodiert werden müsste. Eine entsprechende Unterscheidung ist auch häufig therapeutisch nicht notwendig und findet in der Kodierpraxis daher allzu oft nicht statt. Dafür spricht auch die Tatsache, dass die entsprechenden Diagnosen keineswegs vorwiegend auf Kinder beschränkt sind, sondern sich mehr als die Hälfte aller Diagnosen bei Erwachsenen finden.

Mit Blick auf die Kodierpraxis spricht nichts dafür, die ätiologisch klar zu unterscheidenden Erkrankungen neu abzugrenzen oder gar zusammenzulegen, weil dann eindeutig zu diagnostizierende angeborenen Lungen- und Gastrointestinalneubildungen in einem Krankheitsbild mit häufig keineswegs eindeutig angeborenen Lungenanomalien vermischt würden. Auch sind die in Krankheit 318 enthaltenen Lungenneubildungen diagnostisch eindeutig von mit den übrigen in Krankheit 317 enthaltenen Lungenanomalien zu unterscheiden.

Aus den genannten Gründen sehen die Innungskrankenkassen keinen sachlichen Grund für eine Ausnahme für das vom BVA vorgeschlagene Überprüfungsmoratorium. Eine (Teil-)Zusammenlegung sollte daher unterbleiben.

III. Redaktionelle Anmerkungen

Abschließend haben wir noch zwei redaktionelle Anmerkungen zu den uns für das Auswahlverfahren 2015 zur Verfügung gestellten Dokumenten:

- ✦ In der Excel-Tabelle in Anhang 3 (Schwarz-Rot-Liste) ist in dem Berechnungstableau (Zelle G5) ein falscher Perzentilwert (0,73) hinterlegt. In Anhang 2 „Dokumentation der Berechnungsschritte“ ist die Perzentilgrenze hingegen mit 74,25% festgelegt.
- ✦ Auf Seite 1 der Erläuterungen zur Krankheitsabgrenzung für das Ausgleichsjahr 2015 (Anhang 1) ist anstelle von 2013 noch das Jahr 2012 angegeben.