



Anhörung zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016

BVA AZ 312 - 5572.02 - 3429/2014

Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse

Mit Schreiben vom 30. Januar 2015 hat das Bundesversicherungsamt die im Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten zur Anhörung gestellt. Zu diesem Entwurf nehmen wir nachfolgend Stellung.

Vorgesehene Anpassungen, die aus ICD-GM 2015 resultieren, sind sinnvoll

Die aus der Einbeziehung des ICD-GM 2015 resultierenden Anpassungen bei der Krankheitsauswahl halten wir für fachlich sinnvoll und angemessen.

Bei der Prävalenzgewichtung handelt es sich um eine normative Fragestellung, die nicht ausschließlich auf Basis statistischer Kennzahlen bewertet werden kann

In den Erläuterungen zur Krankheitsauswahl listet das BVA die Ergebnisse der Krankheitsauswahl bei verschiedenen Varianten der Prävalenzgewichtung auf. Zu den unterschiedli-

chen Krankheitslisten fügt das BVA dann auch eine Tabelle mit Kennzahlen zu diesen Listen bei. Diese Kennzahlen halten wir für wenig aussagekräftig. Zwischen R^2 / CPM / MAPE eines Modells, bei dem Krankheiten als Einheiten genommen werden und eines Modells, in dem die einzelnen Krankheiten über ein Klassifikationsmodell untergliedert sind, liegen hohe Unterschiede. Da bei einigen Krankheitslisten die Kennzahlen berechnet auf Krankheitsebene annähernd gleich sind, ist ungeklärt, ob dies auch bei einem auf der jeweiligen Krankheitsliste aufgebauten Klassifikationsmodell gelten würde.

Entscheidend ist jedoch, dass es sich bei der Frage, welche Krankheitsauswahl für den Zweck eines Ausgleichssystems das geeignetste ist, um eine normative Fragestellung handelt. Dies wird in den Ausführungen des BVA auch bestätigt. Neben den statistischen Parametern zur Zielgenauigkeit sind für die Bewertung der Krankheitsauswahl auch die jeweils gesetzten Anreize (z.B. Manipulationsanreize, Auswirkungen auf Präventionsmaßnahmen etc.) mit zu berücksichtigen. Insofern kann die Auflistung der Ergebnisse unterschiedlicher Prävalenzgewichtungen die notwendige inhaltliche Diskussion über die angemessene Gewichtung der Prävalenz nicht ersetzen.

Analogie beim Verfahren der Krankheitsauswahl und der Berechnung der Gewichtungsfaktoren im Klassifikationsmodell nicht zwingend

Das BVA hat im Rahmen der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 nun auch bei der Kostenintensität die Annualisierung bzw. das Pro-Tag-Wert-Verfahren angewandt. Aus unserer Sicht ist eine Analogie der Verfahren nicht zwingend.

Die Methode zur Berechnung des Schwellenwertkriteriums wurde dagegen nicht angepasst und auch nicht weiter untersucht. Doch gibt es gerade beim Schwellenwertkriterium weitere Berechnungsmöglichkeiten. Beim Schwellenwertkriterium könnten beispielsweise anstelle der Gesamtkosten der von einer Krankheit betroffenen Versicherten die sich aus einer zeitgleichen Regression auf Krankheitsebene ergebenden Kosten der betroffenen Versicherten angesetzt werden.

Analogie bei der Berücksichtigung von Nebendiagnosen als Aufgreifkriterium für Krankheiten nicht zwingend

Auch bei der Berücksichtigung von Nebendiagnosen ist nicht zwingend eine Analogie zwischen Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell herzustellen. Beim Klassifikationsmodell werden seit dem Ausgleichsjahr 2012 Krankenhaus-Nebendiagnosen grundsätzlich analog zu Diagnosen aus dem ambulanten Sektor behandelt. Dies ist erforderlich, um die bis dahin bekanntgewordenen Manipulationen bei Krankenhaus-Nebendiagnosen in ihrer Wirkung einzu-

grenzen. Eine Manipulationsgefahr in ähnlichem Ausmaß entsteht bei der Krankheitsauswahl nicht.

Änderungen der Krankheitsabgrenzung medizinisch-inhaltlich nachvollziehbar

Das BVA hat bei diversen Krankheiten Änderungen der Abgrenzung von ICD-Kodes zu Krankheitsentitäten vorgenommen. Diese Änderungen halten wir insgesamt für medizinisch-inhaltlich nachvollziehbar und sinnvoll.

Anpassungen an den ICD-10-GM 2015

Angesichts der jährlichen Änderungen im ICD-10-GM wäre aus unserer Sicht eine nach Berichtsjahren getrennte Veröffentlichung der Zuordnungstabellen hilfreich.