

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 02.03.2015**

**zum Entwurf des Bundesversicherungsamtes zur Auswahl
der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden
Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Entwurf des Bundesversicherungsamtes zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016	3

I. Vorbemerkung

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat nach § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 1 Abs. 2 Nr. 3 Errichtungserlass des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Krankheitsauswahl für den Risikostrukturausgleich jährlich zu überprüfen. Die Auswahl der Krankheiten soll nach § 31 Abs. 1 Satz 2 bis 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. Gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV legt das Bundesversicherungsamt die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten bis zum 30. September fest.

Mit Schreiben vom 30. Januar 2015 hat das Bundesversicherungsamt dem GKV-Spitzenverband den entsprechenden Entwurf zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Jahr 2016 übermittelt und um eine diesbezügliche Stellungnahme gebeten.

II. Stellungnahme zum Entwurf des Bundesversicherungsamtes zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016

Der Wissenschaftliche Beirat stellt zunächst grundsätzlich fest, dass die Krankheitsauswahl weiterhin empirisch fundiert und auf Basis der Vollerhebung der aktuellsten verfügbaren Daten durchzuführen ist. Zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 werden entsprechend die Daten der Erstmeldung für das Berichtsjahr 2013 sowie der Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2012 herangezogen. Der GKV-Spitzenverband unterstützt diese Vorgehensweise des Wissenschaftlichen Beirates ausdrücklich.

1) Überprüfung und Anpassung des Berechnungsverfahrens und der Aufgreifkriterien

Hinsichtlich der für die Auswahl der Krankheiten verwendeten Methodik, insbesondere bei der Prävalenzgewichtung sowie der Frage der Annualisierung der im Auswahlprozess jeweils anzusetzenden Leistungsausgaben und in Zusammenhang mit der Verwendung stationärer Nebendiagnosen bei der Krankheitszuordnung, wurde vom Wissenschaftlichen Beirat ein Überprüfungsbedarf identifiziert. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist ausdrücklich zu begrüßen, dass der Wissenschaftliche Beirat sich im Rahmen der Krankheitsauswahl eingehend mit Fragen der Überprüfung und Anpassung des Berechnungsverfahrens sowie der Aufgreifkriterien beschäftigt hat. Wir weisen in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass dem BVA diesbezüglich u. E. in den Vorjahren weitere Änderungsvorschläge übermittelt wurden, deren entsprechende Bewertung noch aussteht.

Prävalenzgewichtung

Zur Bewertung der Prävalenz bei der Ermittlung des Auswahlkriteriums „Kostenintensiv“ wurden durch den Wissenschaftlichen Beirat umfangreiche Berechnungen unter Verwendung alternativer Prävalenzgewichtungen durchgeführt. Als Datengrundlage hierzu dienten im Vergleich zu den weiteren im Entwurf vorgelegten Analysen nicht die Daten der Berichtsjahre 2012 und 2013, sondern die entsprechenden Daten der Berichtsjahre 2011 und 2012. Ebenfalls wurden die weiteren im vorliegenden Entwurf enthaltenen Änderungsvorschläge zur Anpassung des Berechnungsverfahrens und der Aufgreifkriterien bei der Überprüfung der Prävalenzgewichtung nicht einbezogen. Wir regen diesbezüglich an, die vorliegenden Berechnungsergebnisse unter Verwendung der Datenmeldung der Berichtsjahre 2012 und 2013 und der im Entwurf der Krankheitsauswahl vorgeschlagenen methodischen Änderungen zu aktualisieren.

Zum Vergleich der Alternativen zur Prävalenzgewichtung führt der Entwurf zur Krankheitsauswahl zunächst die bei geänderter Prävalenzgewichtung hinzukommenden bzw. wegfallenden Krankheiten ausführlich auf. Die Bewertung der einzelnen Gewichtungsvarianten erfolgt jedoch anhand der Zielgenauigkeit der Krankheitsauswahl auf Grundlage der Gütemaße, die für das MRSA-Klassifikationsmodell herangezogen werden. Hierzu werden mit den jeweiligen Krankheiten der einzelnen Varianten unter Verwendung von Alters-/Geschlechtsgruppen sowie Erwerbsminderungsrentner-Altersgruppen Kostenschätzer gebildet und, analog zum MRSA-Klassifikationsverfahren, die prospektiven Ausgaben berechnet. Im Rahmen der vom Wissenschaftlichen Beirat verwendeten Methodik werden die Analyseergebnisse ausführlich dargestellt.

Merkmal „Diagnosequalifikation“ in der Satzart 600

Die Berücksichtigung ausschließlich gesicherter Diagnosen auch im Rahmen der stationsnahen Versorgung (im Abrechnungsweg 2) der Satzart 600 ist sachrichtig.

Änderung durch die jährliche Aktualisierung der Datenbasis

Die Ausführung können durch eigene Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes nachvollzogen werden.

Kostenintensität: Berechnung der prospektiven Kosten der Krankheiten und Auswirkung auf die Prävalenzgewichtung

Die sich infolge der Umstellung des Berechnungsverfahrens auf die „Pro-Tag-Wert-Berechnung“ ergebenden Änderungen können durch den GKV-Spitzenverband rechnerisch nachvollzogen werden.

Schwellenwertkriterium: Verzicht auf Annualisierung der Leistungsausgaben

Der Verzicht auf die Annualisierung der Leistungsausgaben bei der Schwellenwertberechnung führt rechnerisch zu keinen Änderungen in der vorgeschlagenen Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016. Die hierzu dargelegte Argumentation kann von uns jedoch nicht nachvollzogen werden.

2) Anpassungen an den ICD-10-GM 2015

Die vorgeschlagene Zuordnung neu hinzugekommener ICD-Codes ist nachvollziehbar. Während die geänderte Bezeichnung einzelner ICD-Codes gegenüber der Version 2014 für die Zuordnung der betroffenen ICD-Codes zu den jeweiligen Krankheiten keine Auswirkungen hat, kann die Zuordnung dieser ICD-Codes zu Diagnose- bzw. Morbiditätsgruppen im Klassifikationsmodell hingegen nicht übernommen werden. Generell regen wir an, die Zuordnungstabellen zukünftig nach Berichtsjahren getrennt zu veröffentlichen, um Bezeichnungsveränderungen oder Änderungen hinsichtlich definierter Altersgrenzen und zulässigem Geschlecht eindeutig abbilden zu können.

3) Änderungen an der Krankheitsabgrenzung

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt in seinem Entwurf zu den Festlegungen der im RSA für das Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten zahlreiche Änderungen an der Krankheitsabgrenzung vor. Hierzu wurden Änderungsvorschläge der letzten drei Jahre vom Wissenschaftlichen Beirat gesichtet und bewertet.

Die dem Wissenschaftlichen Beirat vorliegenden Änderungsvorschläge stammen sämtlich aus Verfahren, die thematisch eigentlich auf Änderungsvorschläge der jeweiligen Krankheitsauswahl bzw. zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells eingegrenzt waren. Ein separates Vorschlagsverfahren für die Krankheitsauswahl existiert nicht. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 21.01.2014 zum Entwurf der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2015.

Rückblickend ist festzustellen, dass der Wissenschaftliche Beirat bei der Bewertung von Änderungsvorschlägen zur Krankheitsabgrenzung im Zeitverlauf unterschiedliche Kriterien heranzieht und diese nicht einheitlich anwendet. So wurde die Abgrenzung von Krankheiten zunächst anhand ihrer Organzugehörigkeit vorgenommen, ab den Festlegungen der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 erfolgte dagegen die Krankheitsabgrenzung hauptsächlich unter ätiologisch/pathogenetischen Gesichtspunkten. Im vorliegenden Entwurf werden Änderungen wiederum häufig nosologisch begründet. Auch findet sich wiederholt der Hinweis auf eine gleichartige

therapeutische Behandlung mit ähnlichen erwarteten Folgekosten als Begründung, obwohl eine Kostendifferenzierung unterschiedlicher Krankheitsverläufe nach Aussage des Wissenschaftlichen Beirats zur Festlegung der Krankheitsauswahl des Ausgleichsjahres 2013 erst im Klassifikationsmodell Berücksichtigung finden soll. Das gleiche Argument lässt sich auch gegen eine Altersdifferenzierung bei der Krankheitsabgrenzung anführen.

Die Einführung dieser weiteren Kriterien wird nicht näher begründet. Zudem ist nicht nachvollziehbar, wann welches Kriterium zur Begründung herangezogen wird. Zum Teil findet sich nur der Hinweis, dass der Vorschlag „sachgerecht“ sei, ohne diese Aussage näher zu begründen.

Bekanntermaßen kommt man jedoch in Abhängigkeit vom verwendeten Kriterium zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich einer Krankheitsabgrenzung, die sich in der Folge auch auf die Auswahl der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten auswirken kann.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes notwendig, Kriterien für die Krankheitsabgrenzung zu definieren und diese möglichst einheitlich anzuwenden. Dabei sind insbesondere die Kodiervorgaben bzw. die Kodierpraxis zu berücksichtigen.

Aufgrund der widersprüchlichen Systematik bei der Krankheitsabgrenzung ist es für den GKV-Spitzenverband nicht möglich, die Vorschläge zur Änderung der Krankheitsabgrenzung kriterien-gestützt im Einzelnen zu bewerten.

4) Redaktionelle Anmerkungen

Die in den Erläuterungen dargestellten Änderungsvorschläge finden sich nicht vollumfänglich in den dem Entwurf zur Krankheitsauswahl beigefügten Zuordnungstabellen wieder. Wir bitten das BVA klarzustellen, ob diese Zuordnungstabellen Grundlage für die Berechnungen zur Krankheitsauswahl waren, ggf. sind die Berechnungen mit den aktualisierten Tabellen erneut durchzuführen.

In den Erläuterungen zur Krankheit 99 *Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen* ist beschrieben, dass der G32.0 *Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* sowohl der Krankheit 121 *Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems* als auch zur Krankheit 99 zugeordnet werden könnte. Aus medizinisch nosologischen Gründen wird sich für die Krankheit 99 entschieden, in der Zuordnungstabelle wird der ICD-Code G32.0 jedoch der Krankheit 121 zugeordnet (Erläuterungen S.27/28).

Außerdem ist der Krankheit 188 *Mukoviszidose* der ICD-Code P75 *Mekoniumileus bei zystischer Fibrose* doppelt mit unterschiedlichen Festlegungen für Alter bzw. Geschlecht zugeordnet. Auch in der Anlage 1b ist er für die Krankheit 50 doppelt aufgeführt (Erläuterungen S. 36).

Es wird vorgeschlagen, ICD-Codes von der Krankheit 231 *Schwerwiegende bakterielle Hauterkrankungen* in Krankheit 246 *Andere Erkrankungen der Haut* zu verschieben. Die vorgeschlagene Verschiebung ist für die ICD-Codes der ICD-Gruppen L04.- und L05.- in der Zuordnungstabelle nicht umgesetzt (Erläuterungen S. 39).

Die Krankheit 261 *Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthrose der Wirbelsäule)* ist nicht in der Krankheitsauswahl enthalten. Dies ist für alle ICD-Codes der Krankheit 261 auch in der Zuordnungstabelle hinterlegt, bis auf den M45.0. Hier enthält das Feld „Auswahlkrankheit _AJ2016 nicht den Eintrag „0“ sondern „67“. In Anlage 1b ist er hingegen nicht enthalten.

Bei der Verschiebung des ICD-Codes P83.5 *Angeborene Hydrozele* in die Krankheit 288 *Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane* wird darauf hingewiesen, dass die für die Krankheit 288 festgelegte Altersgrenze von 0–124 passend sei. In der Zuordnungstabelle ist der ICD-Code doppelt der Krankheit 288 mit unterschiedlichen Festlegungen für Alter bzw. Geschlecht zugeordnet (Erläuterungen S. 44).

Zudem ist der Vorschlag, die beiden ICD-Codes S82.81 *Bimalleolarfraktur* bzw. S82.82 *Trimalleolarfraktur* von Krankheit 344 *Frakturen der Patella, Tibia, Fibula, multiple Frakturen der oberen / unteren Extremität* in Krankheit 345 *Frakturen des Sprunggelenks* zu verschieben, nicht umgesetzt (Erläuterungen S. 47).

Des Weiteren sind dreistellige ICD-Codes weiterhin Krankheiten zugeordnet, obwohl sie laut der DIMDI-Metadatendatei nicht zur Verschlüsselung zugelassen sind. Dies betrifft beispielsweise die ICD-Codes A09 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs*, C80 *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation*, Q90 *Down-Syndrom*, M22 *Krankheiten der Patella* und R65 *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]*.

Auf Seite 43 der Erläuterungen wird die Krankheit *Osteoporose und Folgeerkrankungen* mit der Krankheitsnummer 270 bezeichnet, es handelt sich jedoch um die Krankheit 267.