

**Stellungnahme der BARMER GEK zum Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten gemäß § 31 Abs. 4 RSAV**

**25. Februar 2015**

## **1. Allgemeines**

Mit Datum vom 30. Januar 2015 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Krankenkassen den Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MRSA) für das Ausgleichsjahr 2016 zu berücksichtigenden Krankheiten übermittelt.

Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

## **2. Einzelne Punkte aus den Erläuterungen**

### **Zu: II. 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 Bezeichnungs- Veränderungen oder Änderungen hinsichtlich definierter Altersgrenzen und zulässigem Geschlecht eindeutig abbilden zu können.

### **Zu: III. Überprüfung und Anpassung des Berechnungsverfahrens und der Aufgreifkriterien**

#### **Zu: III. a) Prävalenzgewichtung über die Wurfelfunktion**

Die Analyse des BVA zu möglichen Anpassungen hinsichtlich der Prävalenzgewichtung ist im Grundsatz überzeugend. In ihren Vorschlägen war die BARMER GEK davon ausgegangen, dass die existierende Prävalenzgewichtung anzupassen ist, wenn die in 2008 getroffene Wertentscheidung erhalten bleiben soll. Ansonsten müsste für die Beibehaltung der bisherigen Prävalenzgewichtung ein anderer Grund gesucht werden. Das BVA hat sich für den zweiten Weg entschieden.

In Anbetracht der doch nur sehr geringen Unterschiede der statistischen Kennziffern zwischen ähnlichen Prävalenzgewichtungen hätten wir es aber begrüßt, wenn die Analyse auf Basis der aktuellen Daten und der umgesetzten Veränderungen der Berechnungsschritte im Rahmen der Krankheitsauswahl (Annualisierung, stationäre Nebendiagnosen) durchgeführt worden wäre.

#### **Zu: III. d) Kostenintensität: Berechnung der prospektiven Kosten der Krankheiten und Auswirkung auf die Prävalenzgewichtung**

Die Umstellung beim Kriterium "Kostenintensiv" auf eine Berechnung der Leistungsausgaben je Versichertentag (Pro-Tag-Werte) ist folgerichtig und damit eine Vereinheitlichung zwischen Klassifikationsverfahren und Krankheitsauswahl.

ABER

**Zu: III. e) Schwellenwertkriterium: Verzicht auf Annualisierung der Leistungsausgaben**

Der Verzicht auf die Annualisierung der Leistungsausgaben beim Schwellenwertkriterium aufgrund des Wortlauts der RSAV ist aus unserer Sicht nicht ausreichend dargestellt, insbesondere da eine andere Vorgehensweise nach Aussage des BVA zu Abweichungen führen würde. Grundsätzlich würden wir es begrüßen, wenn es eine einheitliche Berücksichtigung der Leistungsausgaben bei den verschiedenen Berechnungsschritten innerhalb der Krankheitsauswahl geben würde (z.B. Jahreswerte auf Grundlage von "Pro-Tag-Werten").

**Zu: III. f) Berücksichtigung von Nebendiagnosen beim Aufgreifen der Krankheiten**

Wir begrüßen, dass die geänderte Berücksichtigung der stationären Nebendiagnosen und die Berücksichtigung aller Diagnosen beim M2Q-Kriterium im Klassifikationsverfahren nun auch auf die Krankheitsauswahl übertragen wurden.

**Zu: IV. Änderungen der Krankheitsabgrenzung****Zu: Krankheit 136: "Sonstige Affektionen der Netzhaut"**

Die Zuordnung der Diabetischen Retinopathie (H36.0) zur Krankheit 136: "sonstige Affektionen der Netzhaut" wird begrüßt. Die vereinheitlichte Abbildung der Stern-Nebendiagnosen bei Diabetes mellitus ist dringend erforderlich.

**Zu: Krankheit 156: "Akute Endokarditis / Myokarditis"**

Die Zuordnung der I51.4: "Myokarditis, nicht näher bezeichnet" zur Krankheit 156: "Akute Endokarditis / Myokarditis" wird abgelehnt, solange eine nachvollziehbare Begründung nicht vorliegt. Eine nicht näher bezeichnete Erkrankung ist nicht notwendigerweise akut.

**Zu: Krankheit 248: "Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen"**

Die Aufnahme des nicht näher bezeichneten Rheumatismus (M79.0-) in die Krankheit 248: "Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen" wird begrüßt.

**Zu: Krankheit 321: "Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis / Spondylolyse"**

Die generelle Verschiebung der Spina bifida (Q05.-) in die Krankheit 321: "Angeborene Anomalien der Wirbelsäule, exkl. Spondylolisthesis / Spondylolyse" wird von der BARMER GEK als zu undifferenziert abgelehnt. Während die ICDs Q05.0 bis Q05.4 eine Spina bifida mit Hydrozephalus beschreiben, besteht bei den ICDs ab Q05.5 kein Hydrozephalus. Die Unterscheidung nach dem Vorliegen eines Hydrozephalus ist wesentlich für die Prognose des Krankheitsverlaufs und den Behandlungsbedarf. Ein Hydrozephalus ist häufig und kann mit einer sogenannten **Chiari-Typ-II-Fehlbildung** oder einer Aquäduktstenose in Verbindung gebracht werden. Die BARMER GEK schlägt vor, nur die ICDs Q05.5 bis Q05.9 in die Krankheit 321 zu verschieben.

**Zu: Krankheit 188: "Mukoviszidose"**

Die Diagnose P75: "Mekoniumileus bei zystischer Fibrose" wurde neu in die Krankheit 188 aufgenommen. Im Anhang 4 ist die Diagnose zweimal vorhanden, einmal für männliche und weibliche Neugeborene und einmal für Frauen zwischen 8 und 59. Beim zweiten Eintrag handelt es sich vermutlich um einen Fehler. Wir schlagen daher die Streichung vor.

### **3. Eigene Vorschläge zur Krankheitsabgrenzung**

#### **Krankheiten 82: “Angst- und Zwangsspektrumsstörungen” und 83: “Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen”**

Die Diagnose F43.1: “Posttraumatische Belastungsstörung” ist Bestandteil der Krankheit 82, während die Diagnosen F43.0: “Akute Belastungsreaktion”, F43.2: “Anpassungsstörungen”, F43.8: “Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung” und F43.9: “Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet” Teil der Krankheit 83 sind. Grund für diese Trennung war der unterschiedliche zeitliche Bezug. Während es sich bei den Erkrankungen der Krankheit 82 um Störungen handelt, die über einen längeren Zeitraum behandelt werden müssen, sollten sich in der Krankheit 83 eher akute und kurzfristige Beeinträchtigungen finden. Dem Anhang 3 ist nun aber zu entnehmen, dass auch die Krankheit 83 in immerhin 42% aller Fälle das Kriterium „chronisch“ erfüllt. Es ist zu vermuten, dass die vorgenommene Trennung nur Kodiervarianten widerspiegelt und nicht den zeitlichen Bezug abbildet. Daher sollten die Krankheiten 82 und 83 zusammengelegt werden.

#### **Krankheit 218: “Peritonitis, exkl. Appendizitis und Entzündungen des weiblichen Beckens”**

Die Darstellung der Peritonitis als Krankheitsentität erscheint unter ätiologischen Gesichtspunkten nicht folgerichtig, da es sich bei der Peritonitis nur selten um eine eigenständige Krankheit handelt, sondern um eine schwere Komplikation einer Reihe von Grundkrankheiten (Appendizitis, Divertikulitis, (unbehandelter) Ileus, Darmnekrosen, bakterielle Infektionen u.s.w.). Dies hatte das BVA in der Festlegung zur Krankheitsauswahl 2013 ursprünglich anerkannt und aus diesem Grund die Eingruppierung anderer bakteriell bedingter Peritonitiden (K67.0 bis K67.3) abgelehnt, sie ein Jahr später allerdings vorgenommen. Aus Sicht der BARMER GEK sollte daher auch noch einmal die Schnittstelle zu den ICDs K35.- bis K35.3- („Appendizitis mit (Elementen von) Peritonitis“) überprüft werden und entweder auch diese der Peritonitis oder die ICDs K67.0 bis K67.3 analog der ICD K67.8 der Grundkrankheit 2 „Bakterielle Zoonosen und andere schwerwiegende bakterielle Infektionen“ zugeordnet werden.

#### **Krankheiten 317: “Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems” und 318: “Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren)”**

Die Krankheit 318: “Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren)” ist Bestandteil der Krankheitsauswahl, die Krankheit 317: “Angeborene Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems” hingegen nicht. Bei näherer Betrachtung der ICD-Zuordnung zu den jeweiligen Krankheiten ist festzustellen, dass es sich zu einem großen Teil um medizinisch verwandte ICD-Codes handelt. Die Krankheitsabgrenzung muss jedoch so gestaltet sein, dass Unterschiede in der Kodierpraxis nicht zur Zuordnung zu unterschiedlichen Krankheiten führen. Zudem ist davon auszugehen, dass von der Krankheit 317 ebenfalls überwiegend jüngere Kinder betroffen sind. Vor diesem Hintergrund sollte die Krankheitsabgrenzung der Krankheiten 318: “Angeborene Fehlbildung der Lunge und des Magendarmtraktes bei Kindern (bis max. 5 Jahren)” und 317: “Angeborene Anomalie der Lunge/des respiratorischen Systems” über- bzw. eine Zusammenlegung der Krankheiten geprüft werden.

#### **Redaktionelle Anmerkungen**

In der Datei Anhang\_4\_Krankheitsabgrenzung\_AJ2016\_Entwurf.xlsx ist der ICD M45.0 Spondylitis ankylosans, KNr\_AJ2016 = 261 irrtümlich die Auswahl\_AJ2016 = 67 zugeordnet, anstelle Auswahl\_AJ2016 = 0.