



Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Anhörung zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2016

**Vorschläge der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer**

(Stand 14.08.2015)

Gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge fest.

Verbunden mit dem Dank für die Möglichkeit fachliche Anregungen seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer in das jährliche Anpassungsverfahren zu der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2016 einbringen zu können werden die aktuellen Schritte des Bundesversicherungsamtes zur Prüfung gemäß § 273 SGB V generell begrüßt. Auf Grundlage der durch die Prüfungen gewonnenen Erkenntnisse hat das BVA seine Rechtsauffassung allen am RSA-Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen verdeutlicht. Insbesondere die Vorkehrungen des BVA zur Rückführung der „Bemühungen“ der Krankenkassen zur nachträglichen Korrektur von Diagnosedaten (u.a. durch Androhung von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen gem. §§ 106, 106a SGB V gegenüber Vertragsärzten) werden befürwortet. Dies umfasst auch die Unterbindung einer „zukunftsorientierte Kodierberatung“ der Ärztinnen und Ärzte durch Vertreter der Krankenkassen."

Des Weiteren nehmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) wie folgt Stellung.

I. Allgemeine Anmerkungen

Zu den Ausführungen unter Kapitel I Einführung und Kapitel II Allgemeiner Anpassungsbedarf verweisen wir auf unsere Anmerkungen aus den Vorjahren.

II. Spezielle Anmerkungen zu den Anpassungen des Klassifikationsmodells (Kapitel III.6-25)

Hierarchie 01: „Infektionen“

Das Zusammenlegen der HMG006 SIRS ohne Organkomplikationen und HMG007 SIRS mit Organkomplikationen in der HMG006 SIRS mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“, wird vor dem Hintergrund der Kodiervorgaben im stationären Bereich und den Kostengewichten positiv bewertet, da es zur Vereinfachung beiträgt und die Stabilität des Systems gegenüber potenziellen Kodiereffekten verbessert.

Hierarchie 02: „Neubildungen“

Prüfgegenstand waren die Auswirkungen des Wegfalls der Krankheit 43 „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe in der Hierarchie 02b „solide Tumoren“ mit den entsprechenden DxGs bzw. HMGs. Die Verschiebung der in der HMG279 verbliebenen ICD-10-Kodes für solide Neubildungen mit Auflösung der HMG279 inkl. der daraus resultierenden Anpassungen der DxG- bzw. HMG-Bezeichnungen scheinen aus medizinischer Sicht sachgerecht. Ebenfalls die dargelegten Kennzahlen MAPE, CPM und R² sprechen für die Änderungen.

Hierarchie 03: „Diabetes“

Der Aufbau der ICD-10-GM und die Kodiervorgaben zum Diabetes mellitus sind mit der Doppelkodierung nach dem Kreuz-Stern-System und der gesonderten Codes für die Schwangerschaft überaus komplex. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir die Vereinheitlichung der Zuordnung der Sternkodes, da auch dies zur Vereinfachung beiträgt und die Stabilität des Systems gegenüber potenziellen Kodiereffekten verbessert.

Hierarchie 05: „Erkrankungen der Leber“

Die Erweiterung um Wirkstoffe zur Arzneimittelprüfung ist aus unserer Sicht angebracht. Auch die weiteren Änderungen sind nachvollziehbar begründet.

Hierarchie 06: „Gastrointestinale Erkrankungen“

Das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ bei der DxG769 „Peritonitis“ ist unbestritten sinnvoll. Wir begrüßen die Nichtaufnahme einer gestaffelten Arzneimitteltherapie für die HMG290 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation“.

Hierarchie 07: „Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems“

Die Erkrankungen wurden wie bereits in vorangegangenen Anpassungszyklen umfassend geprüft und es werden erneut Überarbeitungen vorgeschlagen. Die dargestellten Änderungen sind nachvollziehbar begründet und sachgerecht.

Auch hier schlagen einzelne Krankenkassen Änderungen bzw. weitere Differenzierungen in den arzneimittelbezogenen Aufgreifkriterien für rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation vor. Dieser Vorschlag wird aus für uns nachvollziehbaren Gründen nicht umgesetzt.

Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“

In diesem Anpassungszyklus sind Anpassungen aufgrund von ICD-10-Änderungen des DIMDI für das Willebrand-Jürgens-Syndrom und hämorrhagische Diathesen erforderlich, die in die bestehende Struktur eingegliedert werden können.

Die Neuordnung der D69.53 Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II mit Erweiterung um das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ ist medizinisch sachgerecht.

Hierarchie 09: „Kognitive Erkrankungen“

Die ausgeführten Detailanpassungen in der Kodezuordnung halten wir für sachgerecht. Die Anpassung der unteren Altersgrenze ist nicht weiter zu kommentieren.

Hierarchie 10: „Drogen- und Alkoholmissbrauch“

Eine Schweregraddifferenzierung der Suchterkrankungen ist vor dem Hintergrund der großen Bandbreite der Suchterkrankungen an sich und der unterschiedlichen Schweregrade sicherlich wünschenswert. Die Prüfung sollte wie angekündigt weiter geführt werden. Die Detailanpassungen halten wir für sachgerecht.

Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

Die Anpassungen sind Folge der Änderungen in der Krankheitsauswahl mit Wegfall der Angst- und Zwangsstörungen. Vor weiteren Umstrukturierungen in dieser Hierarchie sollen mögliche Veränderungen in der Kostenstruktur durch den Wegfall der entsprechenden Diagnosen abgewartet werden. KBV und BÄK befürworten dieses Vorgehen.

Hierarchie 12: „Entwicklungsstörungen“

Die Streichung der HMGs ist durch den Wegfall der Krankheit 93 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ vorgegeben und nicht weiter zu kommentieren.

Hierarchie 13: „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“

Die Dominanzbeziehung zu den in der HMG23 neu strukturierten HMGs für Wirbelverletzungen (siehe auch Kommentar unter der Hierarchie 23) ist nachvollziehbar und aus unserer Sicht sachgerecht. Medizinisch halten wir die Neuordnungen der aufgeführten ICD-10-Kodes und DxGs ebenfalls für sinnvoll.

Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“

Die Anpassungen der Hierarchie 14 resultieren folgerichtig aus der Krankheitsauswahl. Die damit verbundenen Änderungen, inkl. der Zuordnung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ bei den verbleibenden Codes, sind medizinisch nachvollziehbar.

Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

Die Aufhebung der Hierarchieverletzung durch Auflösung der HMG89 und Neuordnung der DxGs ist zu begrüßen. Auch alle weiteren Änderungen sind grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Hierarchie 18: „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“

Die Überarbeitung des Kodes I70.2 Atherosklerose der Extremitätenarterien durch das DIMDI in der ICD-10-GM 2015 zur Abbildung der gebräuchlichen Stadieneinteilung nach Fontaine ist aus medizinischer Sicht sinnvoll. Allerdings gestaltet sich die Überleitung dabei nicht unproblematisch und insbesondere die Belegung von bereits bestehenden ICD-10-Kodes mit neuem Inhalt ist generell schwierig in den abhängigen Systemen umzusetzen. Auch in den dargestellten Anpassungen wird dies deutlich, siehe u. a. die Auswirkungen auf die Jahresüberlieger mit der Gefahr der Fehl- und Doppelzuordnung. Die Erstellung einer gesonderten Anlage scheint geeignet, um eine adäquate Umsetzung zu erreichen.

Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

Die umfänglichen Änderungen mit Aufnahme von neuen DxGs, der Zusammenlegung von HMGs und der Neuordnung in der Hierarchisierung sind vor dem Hintergrund der Kostengewichte positiv zu bewerten, da es die Stabilität des Systems verbessert.

Hierarchie 20: „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Wir teilen die Entscheidung des BVA, die Zuordnung der in 2015 eingeführten differenzierten ICD-10-Kodes für das akute Nierenversagen, wie im Ausgangsmodell zu belassen. Die weitere Änderung zum Sternkode N08.3* ergibt sich folgerichtig aus den Änderungen unter Hierarchie 03 „Diabetes“.

Hierarchie 23: „Verletzungen“

Aus medizinischer Sicht teilen wir die Entscheidung zur Streichung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ im Zusammenhang mit den Wirbelfrakturen. Dies wird ebenfalls durch die Simulation bestätigt, die einen relevanten Anteil der Behandlungen im ambulanten Versorgungsbereich zeigt. Vor diesem Hintergrund, inkl. der Berücksichtigung der Ausführungen zur Versorgungsneutralität, halten wir die Außerkraftsetzung für die HMG 156 für sachgerecht. Die daraus resultierende Eingrenzung der Vorhersagegenauigkeit des Klassifikationsmodells ist in Kauf zu nehmen. Wir begrüßen die weiteren Anpassungen in der Hierarchie 23, die dazu geführt haben, dass die verringerte Prädiktionsgüte des Modells ausgeglichen werden konnte. Medizinisch halten wir die Neuordnungen der aufgeführten DxGs ebenfalls für sachgerecht.

Hierarchie 25: „Transplantationen“

Die Anpassungen mit Verschiebung der DxG739 sind eine sachgerechte Lösung zur Behebung der aufgetretenen Hierarchieverletzung.

Hierarchie 27: „Erkrankungen des Neugeborenen“

Die Neuordnung in der Hierarchisierung mit Integration der HMG238 in den Hierarchiestrang ist plausibel.

III. Spezielle Anmerkungen zu Zuordnung Versicherter unbestimmten Geschlechts (Kapitel IV.26)

Abschnitte 26.1 bis 26.4

In den Abschnitten 26.1 bis 26.4 ist die Problematik im Zusammenhang mit der gesetzlichen Regelung in § 22 Personenstandgesetz (PStG) für Personen mit unbestimmtem Geschlecht einerseits und den genauen Vorgaben zur Eingruppierung im Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich andererseits analysiert und erläutert. Wir teilen die Auffassung, dass vorhandene Datenquellen wie u. a. die Häufigkeit des ICD-10-Kodes Q56 „Unbestimmtes Geschlecht und Pseudohermaphroditismus“ keine ausreichende Grundlage für die Zuordnung sind. Aufgrund der dargestellten Sachverhalte ist die Zuordnung zu den jeweils angeführten DxGs aus unserer Sicht nachvollziehbar. Wir würden jedoch anregen, diese in regelmäßigen Zeitabständen zu prüfen.