

Stellungnahme der BARMER GEK zum Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2017 zu berücksichtigenden Krankheiten gemäß § 31 Abs. 4 RSAV

22. Januar 2016

1. Allgemeines

Mit Datum vom 16. Dezember 2015 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Krankenkassen den Festlegungsentwurf der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MRSA) für das Ausgleichsjahr 2017 zu berücksichtigenden Krankheiten übermittelt.

Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

Allgemein ist zum wiederholten Mal die umfangreiche und transparente Dokumentation positiv zu erwähnen. Überrascht waren wir – mehr als in den Vorjahren – davon, wie groß der Anteil der Festlegungen (und damit voraussichtlich auch der investierten Zeit) ist, welcher sich mit Krankheiten beschäftigt, welche weder zu den späteren 80 Auswahlkrankheiten gehören, noch aufgrund ihrer Stellung im Perzentilverlauf eine Chance darauf hatten, dass sich dies ändert.

2. Überprüfung und Anpassung des Berechnungsverfahrens

Im Festlegungsentwurf wird das gesamte Berechnungsverfahren weder angepasst noch wurden Vorschläge zu dessen Anpassung geprüft.

Wir gehen davon aus, dass das BVA dieses Thema nach Übertragung einiger Berechnungsanpassungen vom Klassifikationsverfahren in die Krankheitsauswahl (zB Behandlung stationärer Nebendiagnosen) und insbesondere der umfangreichen Überprüfung von Auswirkungen verschiedener Alternativen zur Prävalenzgewichtung im letzten Jahr bis auf weiteres für abgeschlossen hält.

Wie bereits in unserer Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2016 ausgeführt, fanden wir die im Entwurf zur Krankheitsauswahl 2016 durchgeführte Analyse grundsätzlich überzeugend, auch wenn statistische Kennziffern alleine über die möglichen finanziellen Auswirkungen einer Änderung der Prävalenzgewichtung naturgemäß wenig aussagen.

Aufgrund der geringen Unterschiede in den statistischen Gütemaßen bei verschiedenen Prävalenzgewichtungen wiederholen wir allerdings unsere Anregung, die datenseitig und verfahrensseitig auf Basis der Krankheitsauswahl 2016 durchgeführten Analyse einer Aktualisierung insbesondere hinsichtlich der Verfahrensänderungen (zB Umgang mit unvollständigen Versicherungsepisoden) zu unterziehen.

Das BVA hat eine solche Aktualisierung für spätere Festlegungszyklen selbst ausdrücklich in Betracht gezogen.

3. Einzelne Punkte aus den Erläuterungen

Die durchgeführten Anpassungen erscheinen in vollem Umfang nachvollziehbar.

Allerdings führt das BVA zu Beginn des Kapitels III aus, hier würden alle Vorschläge aus den letzten drei Jahren überprüft, die sich (u.a.) mit den Krankheiten des Gastrointestinaltraktes beschäftigten. Dies impliziert, dass das BVA davon ausgeht, bereits für die Krankheitsauswahl 2017 alle Vorschläge der letzten drei Jahre zu den anderen Krankheiten „abgearbeitet“ zu haben und insofern nunmehr den Vorschlagsspeicher vollständig geleert zu haben.

Das ist nicht richtig. Unsere unbearbeiteten (und weiterhin aufrecht erhaltenen) Vorschläge stellen wir im Folgenden noch einmal vor. Hinzu kommt ein neuer Vorschlag.

Krankheit 218: “Peritonitis“

Die Darstellung der Peritonitis wird im Entwurf zur Krankheitsauswahl 2017 nicht geändert. Wie in der Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2016 ausgeführt erscheint die Darstellung dieser schweren Komplikation einer Reihe von Grunderkrankungen nicht folgerichtig. Eine Peritonitis mit bakterieller Ursache ist der Krankheit 218 zugeordnet. Eine Peritonitis, welche aus einer Blinddarmentzündung herrührt, kann jedoch weiterhin (diagnostisch fehlerfrei) außerhalb der Krankheit 218 in der Krankheit 208 („Appendizitis, auch mit Perforation und Peritonitis“) dargestellt werden. Die tatsächlichen Folgekosten der Peritonitis werden daher in der aktuellen Krankheitsfestlegung überhaupt nicht ermittelt, sondern nur die eines Teils.

Vertretbar ist aus Sicht der BARMER GEK auch weiterhin eine Zuordnung aller Arten von Peritonitis zu der jeweiligen Grundkrankheit (das heißt auch der bakteriellen Peritonitis in eine bakterielle Grundkrankheit) oder eine Zuordnung aller ICD- Codes, welche Grundkrankheit und Peritonitis gleichzeitig beschreiben, zur Peritonitis. Die jetzt gewählte Lösung erscheint widersprüchlich.

Krankheiten 317 / 318: “Anomalie der Lunge (...)“ bzw. “Angeborene Fehlbildung der Lunge (...)“

Im Rahmen der Anhörung zur Krankheitsauswahl 2016 haben wir eine Überprüfung der Zusammensetzung der beiden Krankheiten bis hin zu einer möglichen Zusammenlegung vorgeschlagen. Der Vorschlag wurde in der Dokumentation der Krankheitsfestlegung 2016 zwar dargestellt, aber „aus Kapazitätsgründen“ vertagt.

Eine Beschäftigung mit diesem Vorschlag, den wir weiterhin für sachgerecht halten, ist dem Entwurf zur Krankheitsauswahl 2017 jedoch nicht zu entnehmen.

Krankheiten 267 / 363: „Osteoporose (und Folgeerkrankungen)“ bzw. „Pathologische Fraktur (exklusive Osteoporose)“

Im Rahmen der Krankheitsfestlegung 2016 wurde die frühere Krankheit 267 „Osteoporose und Folgeerkrankungen“ aufgeteilt. Die Codes für nicht Osteoporose- bedingte pathologische Frakturen wurden in die neue Krankheit 363 „Pathologische Fraktur (exklusive Osteoporose)“ überführt, der Osteoporose- bedingte pathologische Bruch blieb in Krankheit 267. Obwohl die Änderung inhaltlich nachvollziehbar war, begann hiermit ein im Ergebnis wenig nachvollziehbares „Pingpongspiel“ hinsichtlich der tatsächlich berücksichtigten Krankheiten.

So war die Krankheit 363 in der Krankheitsauswahl für 2016 im Entwurfsstadium noch enthalten (als Nr. 80). Obwohl an ihrer Abgrenzung in der endgültigen Festlegung nichts geändert wurde, entfiel sie aber durch Rückwirkungen der Änderungen bei anderen Krankheiten. In der Entwurfsfassung der Krankheitsauswahl 2017 ist sie nun wieder enthalten (als Nr. 73). Dafür ist die Krankheit 267 („Osteoporose (und Folgeerkrankungen)“) als Nr. 82 entfallen.

Innerhalb von drei Jahren wird die Gesamtheit der pathologischen Brüche damit jeweils verschieden behandelt. Einmal werden sie alle berücksichtigt (2015), einmal nur, wenn sie Osteoporose- bedingt sind (2016) und für 2017 gerade dann nicht, wenn sie Osteoporose- bedingt sind, sondern nur dann, wenn sie es nicht sind. Wir befürchten auch, dass sich dies nunmehr regelmäßig ändern wird und alleine aufgrund mangelnder Erfahrung mit einer gleichbleibenden Abgrenzung keine profunde und stabile Abbildung der pathologischen Brüche im Klassifikationsmodell erfolgen kann.

Dies wäre ausgesprochen misslich, denn die Krankheit 363 steht hinsichtlich der Mehrkosten je Kopf an Rang 16 der gesamten Krankheitsauswahl. Eine sachgerechte Abbildung könnte daher auch die Modellgüte deutlich positiv beeinflussen.

Aus Sicht der BARMER GEK ist dieses „Pingpongspiel“ Resultat des für 2015 gewählten uneinheitlichen Umgangs mit einer schweren Komplikation (der pathologischen Fraktur), welche Resultat einer Mehrzahl von Grunderkrankungen sein kann und eben diesen Grunderkrankungen.

Eine ätiologische Zuordnung des pathologischen Bruchs, d.h. eine Zuordnung zu der jeweiligen Grunderkrankung ist nicht vollständig möglich, da die Grundkrankheit nur beim Osteoporose- bedingten und beim onkologisch bedingten pathologischen Bruch dem ICD 10 zu entnehmen ist. Im ICD- Viersteller M84.4 bleibt die Grundkrankheit (außer dass sie weder eine Osteoporose noch onkologischer Natur sein kann) offen.

Darüber hinaus bedeutet ein pathologischer Bruch aber auch eine Behandlungsbedürftigkeit, die von der zugrunde liegenden Krankheit weitgehend unabhängig ist. Zwar muss – um weitere pathologische Brüche zu vermeiden – in erster Linie die Grundkrankheit bekämpft werden, was zB bei Krebsmetastasen gegenüber einer postmenopausalen Osteoporose einen gänzlich unterschiedlichen Ressourcenverbrauch bedeutet. Die Stabilisierung und die Förderung der Heilung des bereits eingetretenen Bruchs kann hiervon jedoch zumindest therapeutisch deutlich unterschieden werden.

Die deutlich höheren Folgekosten insbesondere des onkologisch bedingten pathologischen Bruchs gegenüber osteoporotisch bedingten sind aus Sicht der BARMER GEK im Übrigen weniger auf die Folgekosten dieser Brüche an sich als auf weiterhin bestehende Defizite bei der Schweregraddifferenzierung von Krebskrankheiten zurückzuführen. Hierfür spricht der hohe Arzneimittelanteil an den Folgekosten. Darüber hinaus kann das Ziel, innerhalb einer medizinisch korrekt zusammengestellten Krankheit Kostenhomogenität herzustellen, gerade hier ohne Bedenken dem Klassifikationsverfahren überlassen werden.

Insgesamt erscheint es daher sinnvoll, bei den pathologischen Brüchen von der Ätiologie abzuweichen und alle pathologischen Frakturen in einer Krankheit zu bündeln. Das entspricht z.B. auch einer der beiden von uns vorgeschlagenen Vorgehensweisen bei der Peritonitis (s.o.).

Durch die Zuordnung aller pathologischen Brüche (d.h. auch der Osteoporose-bedingten) zur Krankheit 363 sollte es möglich sein, die pathologischen Brüche dauerhaft und stabil in die Krankheitsauswahl und damit in der Folge auch sachgerecht in das Klassifikationsmodell zu integrieren.

Wir schlagen daher vor, den ICD M80.- („Osteoporose mit pathologischer Fraktur“) in die Krankheit 363 zu verschieben. Diesen Vorschlag hatte bereits die DAK im Anhörungsverfahren 2016 gemacht. Hier wurde der Vorschlag auch dokumentiert, seine Nicht- Umsetzung aus Sicht der BARMER GEK aber nicht ausreichend überzeugend begründet.