



Gemeinsame Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der KKH | Allianz, der Hanseatischen Krankenkasse, der Handelskrankenkasse und der Gmünder Ersatzkasse zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010

Vorbemerkungen

Die Krankheitsauswahl als Grundlage für das Klassifikationsmodell ist nach wie vor von entscheidender Bedeutung für die Verteilungswirkungen im morbiditätsorientierten RSA. Bereits durch die Definition des Krankheitsbegriffs wird das spätere Volumen der Morbiditätsorientierung wesentlich geprägt. Daher wurde der wissenschaftliche Beirat mit der jährlichen Überprüfung der Krankheitsauswahl beauftragt. Diesem Auftrag ist der wissenschaftliche Beirat nur unvollständig nachgekommen. Die einfache Schwellenwertprüfung auf Basis einzelner, medizinisch geprägter Änderungen in der Krankheitsdefinition ist für ein Ausgleichsverfahren mit der ordnungspolitischen Bedeutung des RSA unzureichend. Genau deshalb hat der Gesetzgeber bei der Einführung des morbiditätsorientierten RSA entsprechende Hürden wie z.B. die enge Abgrenzbarkeit der Krankheiten definiert. Selbst wenn die im letzten Jahr definierte Breite des Krankheitsbegriffs als gegeben genommen wird, hätten die Parameter Schweregrad, Chronizität und Kostenintensivität einer erneuten Überprüfung bedurft. Ebenso wird keine neue Bewertung der Wirkung der Prävalenzgewichtung vorgenommen. Die Krankheitsauswahl, auf deren Basis wettbewerbssichernde und

solidaritätsichernde Funktion des RSA sichergestellt werden soll, erfordert eine vollständige Überprüfung aller Parameter.

Änderung Krankheitsgruppe "Pneumonie"

Generell wird durch die Herausnahme der DXG470 aus der Krankheitsgruppe Pneumonie dem Kriterium "eng abgrenzbar" des §268 SGB V verstärkt Rechnung getragen und ist damit eine sinnvolle Anpassung.

Es ist jedoch anzumerken, dass in der Krankheitsgruppe Pneumonie auch nach dieser Änderung andere nicht pneumonische Krankheiten (Bsp. J85.80 iatrogener Pneumothorax) enthalten sind und somit das Kriterium "eng abgrenzbar" nicht zum Tragen kommt. Diese nicht pneumonischen Krankheiten sollten ebenfalls nicht der Krankheit Pneumonie zugeordnet werden.

Änderung Krankheitsgruppe "Zustand nach Organtransplantationen inkl. Komplikationen"

Die Erweiterung der Krankheitsgruppe "Zustand nach Organtransplantationen inkl. Komplikationen" um die Codes (Z75.2, Z75.6, Z75.7, U55.-), die eine Registrierung zu einer Organtransplantation verschlüsseln und die damit einhergehende Umbenennung der Krankheitsgruppe, ist kritisch zu bewerten.

Dass die Registrierung auf der Warteliste einen Erklärungsbeitrag, insbesondere monokausal, für die Kosten im Folgejahr liefert, ist offensichtlich. Aber durch diese Erweiterung wird der prospektive Ansatz, der insbesondere eingeführt wurde, um Manipulationsansätze zu vermeiden, umgangen. Denn wenn Versicherte schon im Vorfeld der tatsächlichen Erkrankung / Zustand (hier: Transplantation) eingruppiert werden, wird zu einem erheblichen Anteil (s. Tabelle 1) das Akut-Ereignis, die Transplantation, über die Kosten des Folgejahres ausgeglichen. Chronisch ist per Definition nur der Zustand nach der Transplantation (u.a. gekennzeichnet durch dauerhafte Medikamenteneinnahme) nicht die Transplantation selbst. Weiterhin sind die chronischen Erkrankungen, die u.U. eine Transplantation notwendig machen, ohnehin im Katalog enthalten.

Aktuell werden diese Codes stationär und ambulant selten eingesetzt und entsprechen nicht den Quantitäten der Organtransplantationen. Es ist jedoch denkbar, dass durch die

Aufnahme - sowohl stationär als auch ambulant - Anreize entstehen, das Kodierverhalten zu verändern. So dass trotz vorhandener Richtlinien durch ein vermehrtes oder früheres Registrieren auf den Wartelisten einhergehend mit den entsprechenden ICDs in den Abrechnungsdatensätzen, zum einen die Zahl der betroffenen Versicherten steigt und zum anderen die Kassen nicht erst im Jahr nach der Transplantation den Zuschlag erhalten, sondern schon im Jahr nach der Registrierung auf der Warteliste.

Weiterhin ist anzumerken, dass die durchschnittlichen Kosten im Folgejahr von Versicherten, die lediglich die neuen Codes aufweisen im Vergleich zur bisherigen Krankheits-gruppenabgrenzung, höher sind und die Kostenstruktur deutlich (höherer Krankenhausanteil, geringerer Arzneimittelanteil) differiert. Die Kostenhomogenität in dieser Krankheitsgruppe würde sich verringern und die Kosten im Folgejahr steigen. Ob die Modellqualität insgesamt profitiert bleibt abzuwarten, da eine hohe Abhängigkeit zwischen der Registrierung auf der Warteliste und z.B. Nierenversagen oder Leberzirrhose besteht.

| Ø Wartezeiten auf Spenderorgane | |
|--|-----------|
| Leber | 300 Tage |
| Herz | 1 Jahr |
| Lunge | 1-2 Jahre |
| Niere | 5 Jahre |

Tabelle 1: Ø Wartezeiten auf Spenderorgane;

<http://www.transplantation.med.tu-muenchen.de/therapie/transplantation/leber/index.html>; <http://www.dso.de/>

Änderung Krankheitsgruppe "Erkrankungen des Ösophagus (exkl. Ulkus und Blutung)"

Die Aufnahme des ICDs K22.4 mit der Begründung, den Anreiz zur unspezifischeren Kodierung (K22.9) zu vermeiden, wird abgelehnt.

Diese Begründung entspricht nicht den Vorgaben des §31 Abs. 3 RSAV, wonach der Beirat bei der Auswahl und der Überprüfung die folgenden bekannten Kriterien zu beachten hat:

- *schwerwiegender Verlauf,*
- *kostenintensive chronische Krankheiten,*
- *durchschnittliche Leistungsausgaben,*
- *eng abgrenzbar.*

Solange unspezifisches Kodieren im ambulanten Bereich geduldet bzw. durch lizenzierte Arztsoftware begünstigt wird, muss der Lösungsansatz vor dem Hintergrund des Kriteriums "eng abgrenzbar" vielmehr sein, die unspezifische Kodierung herauszunehmen.

Änderung Krankheitsgruppe "Osteoporose"

Die M81.1-, M81.3- und M81.4- "vervollständigen" quasi die DIMDI-Klassifikation M81.- Osteoporose ohne pathologische Fraktur, die bisher der Krankheit Osteoporose zugeordnet war. Diese Vervollständigung wird in der Anlage 2 nicht begründet. Diese Komplettierung ohne Überprüfung der vorgesehen Kriterien ist nicht haltbar (s.o.).

Änderung Krankheitsgruppe "Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung"

Die Zusammenfassung der beiden Strahlenkomplikationen K62.7 (Strahlenproktitis) und K52.0 (Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung) in einer DxG und damit einer Krankheitsgruppe kann als sinnvoll erachtet werden. Fraglich ist aber, ob diese Zusammenfassung in der DxG686 nicht ebenso sinnvoll wäre und dieser Prozess einer gewissen Willkür unterliegt.

Weiterhin ist zu anmerken, dass die Erkrankung K52.0 nicht immer schwerwiegend sein muss, es also durchaus auch leichte Verlaufsformen gibt und damit das Kriterium "schwerwiegender Verlauf" nicht gegeben ist.