

Anhörung zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmen, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013

**Vorschläge der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer**

I. Grundsätzliche Anmerkungen zu den Prinzipien der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für das Ausgleichsjahr 2013

1. Der Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich (RSA) vom 30. Mai 2011 zeigt, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich 2009 im Vergleich zum Risikostrukturausgleich 2008 zu einer deutlich verbesserten Zuweisung führt. Seitdem sind durch die Weiterentwicklung in der Krankheitsauswahl, die Verfeinerung der Aufgreifkriterien und die Berechnung zusätzlicher Gütemasse in den vergangenen Jahren Anpassungen erfolgt, die zu weiteren Verbesserungen geführt haben dürften.

Herausgreifen möchten wir im Evaluationsbericht die Prüfung der Komplettierung der im RSA berücksichtigten Erkrankungen. Der Bericht geht von einer Erhöhung der Zielgenauigkeit der Zuweisung aus. Zudem werden als Vorteile Planungssicherheit, das Entfallen der jährlichen Festlegung der Krankheiten und damit ein Sinken der Manipulationsanfälligkeit bei der Kodierung genannt. Dieser Ansatz sollte aus Sicht der Ärzteschaft weiter verfolgt werden. Zumal eine einheitliche gute Kodierqualität aller Diagnosen sowohl im stationären als auch im vertragsärztlichen Bereich nicht nur für die Ermittlung von Veränderungsraten nach § 87a SGB V und die Entgelt-, Verteilungs- und Zuweisungssysteme der Geldströme im Gesundheitswesen von Bedeutung sind.

Wie bereits in unseren Schreiben der Vorjahre erbeten, wären folgende Zusatzinformationen als Dateien für die Vorschläge zum Ausgleichsjahr 2012 außerordentlich hilfreich:

- Eine Gegenüberstellung „Jahresausgleich 2010“ gegenüber „Jahresausgleich 2011“ gegenüber „Jahresausgleich 2012“ gegenüber „Jahresausgleich 2013“ auf ICD-10-Ebene im Excel-Format würde die Bearbeitung sehr erleichtern.
- Die Nummerierung der Krankheiten sollte über Verweise eindeutig zuzuordnen sein. Der Wechsel der Nummern in den verschiedenen Übersichten des BVA beeinträchtigt die Transparenz und führt zu Unklarheiten und ggf. Missverständnissen.

II. Spezielle Anmerkungen

II.1 Zu den Anpassungen der Aufgreifkriterien

6 Aufgreifalgorithmus

Die zu 2013 vorgenommene einheitliche Zulassung der stationären Hauptdiagnosen in den drei Schweregraden (nach Behandlungstagen, Verordnerquartalen und Dialysestatus), halten wir, ebenso wie bereits die Änderung im letzten Jahr, dass die Nebendiagnosen aus dem Krankenhausbereich bei der Klassifikation wie ambulante Diagnosen behandelt werden, unter Validitätsaspekten für sehr konsistent. Durch die gleiche Behandlung aller Diagnosen bei der o. g. Schweregraddifferenzierung mit Vereinfachung und Erhöhung der Zielgenauigkeit ist das neue Klassifikationsmodell weniger manipulationsanfällig bei gleicher Vorhersagekraft im Vergleich zur bisherigen Modellausgestaltung.

7 Qualifizierungsmerkmale der Diagnosen

Die Übergangsregelung für Diagnosen aus Einrichtungen nach §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V ist beabsichtigt und zu streichen. Bislang wurden diese Diagnosen auch ohne Zusatzkennzeichen „G“ für die Diagnosesicherheit berücksichtigt. Eine einheitliche Kodierqualität bei der Meldung ambulanter Diagnosen sowohl aus „spezialisierten Einrichtungen“ an Krankenhäusern als auch aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist unbedingt zu fördern. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht eine engere Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors vor. Hier sei exemplarisch die Neuausrichtung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V genannt. Ein einheitliches Vorgehen nicht nur bei der Codevergabe nach der ICD-10-GM, sondern auch im Umgang mit den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, sollte von daher gängige Praxis in allen o. g. Einrichtungen sein. Vor diesem Hintergrund können wir die Aufhebung der Sonderregelung nur begrüßen.

II.2 Zu den Anpassungen des Klassifikationsmodells

Hierarchie 02: „Neubildungen“

Die in dieser Hierarchie vorgenommenen Überprüfungen hinsichtlich der Zuordnung und Differenzierung der Krankheitsgruppen begrüßen wir sehr. Die daraus resultierenden Anpassungsvorschläge sind eingehend dargestellt und gut nachvollziehbar, insbesondere da die medizinische Sichtweise in den Entscheidungsprozessen hinsichtlich der Änderungsvorschläge Berücksichtigung fand.

Eine Bewertung der eingesetzten Arzneimittel (Vollständigkeit etc.) erfolgt hier nicht. Die Zuordnung zur Zuschlagsgruppe folgt allein dem Kriterium, ob die (teuren) Proteinkinase-Inhibitoren eingesetzt wurden.

Hierarchie 03: „Diabetes mellitus“

Der Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats, den ICD-10-Code O24.0 „Diabetes in der Schwangerschaft Typ 1“ nicht in die HMG020 aufzunehmen, wurde unseres Erachtens gut begründet. Die hohe Anzahl von Patientinnen ohne E10 Diagnose in der Kreuzmatrix überrascht uns ebenfalls. Diesbezüglich empfehlen wir eine weitere Beobachtung des Kodierverhaltens.

Hierarchie 04: „Metabolische Erkrankungen“

Die Prüfung zur Einordnung DxG904 (Adipositas) als eigene HMG251 in die Hierarchie 04 zeigte, dass unser Vorschlag, die HMG251 nicht zu hierarchisieren, das Bestimmtheitsmaß sehr geringfügig verändert, so dass wir es begrüßt hätten, wenn die medizinischen Gründe bei der Entscheidungsfindung eine etwas größere Berücksichtigung erfahren hätten. Zu begrüßen ist jedoch, dass durch die Höhergruppierung der HMG251, bei gleichzeitigem Vorhandensein von Erkrankungen der HMG023 und der HMG024, der Zuschlag der HMG251 ausgelöst wird und somit der von unserer Seite angezeigte zusätzliche Aufwand bei Vorhandensein von Erkrankungen aus der HMG023 bzw. HMG024 neben der Adipositas etwas mehr Berücksichtigung findet. Die weiteren Anpassungsempfehlungen in der Hierarchie 04 sind unseres Erachtens nachvollziehbar begründet.

Hierarchie 05: „Erkrankungen der Leber“

Die seitens des wissenschaftlichen Beirats vorgeschlagene stärkere Differenzierung der Erkrankungen der Leber, ausgehend von den eingegangenen Vorschlägen und die daraus resultierenden Neuordnungen und Bildung neuer HMGs, ist auch unter den medizinischen Aspekten des unterschiedlichen Behandlungsaufwandes nachvollziehbar. Die auf Basis der Modellrechnungen angepasste Hierarchisierung ist aus unserer Sicht sehr gut dargestellt und erscheint in sich schlüssig.

Hierarchie 06: „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die geänderte Krankheitsauswahl mit der neu hinzugekommenen Auswahlkrankheit 60 (Peritonitis) als schwerwiegende und kostenintensive Erkrankung im stationären Bereich ist mit der HMG259 mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ als Verbesserung des Systems zu sehen. Die gleichberechtigte Nebeneinanderstellung der HMG031, HMG259 und HMG290, lediglich mit Dominanzbeziehung zur HMG033, ist sicher sowohl aus statistischen Gründen als auch aus medizinisch-klinischer Sicht sinnvoll.

Die differenzierte Anpassung im Bereich der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen mit Bildung der neuen HMG290, die an spezifische Medikamente gebunden ist, als Abgrenzung zur bereits bestehenden HMG033 stellt ebenfalls nicht nur aus statistischen Gründen eine eindeutige Verbesserung dar, sondern erscheint auch aus medizinisch-klinischer Sicht ausgesprochen sinnvoll.

Anmerkungen zu den Arzneimitteln im Einzelnen:

Die in den S3-Leitlinien zu Colitis ulcerosa und Morbus Crohn aufgeführten Arzneimittelgruppen finden sich in den ATC-Codes wieder. Für Methotrexat findet sich nur der ATC-Code L04AX (Andere Immunsuppressiva) und nicht der ATC-Code L01BA (Folsäure-Analoga). Eine Prüfung in vorliegenden Arzneimitteldatenbanken ergab, dass die unter L01BA aufgeführten Methotrexat-haltigen Präparate nicht nur für den onkologischen Bereich zugelassen waren. Sie entsprachen in ihren zugelassenen Indikationen ebenfalls den unter L04AX aufgeführten Präparaten.

Insofern wäre zu diskutieren, auch den ATC-Code L01BA zu berücksichtigen.

Hierarchie 7: „Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems“

Die aufgeführte Umgruppierung der arzneimittelindizierten Knochennekrosen hat für den ambulanten Bereich keine Relevanz. Kritisch scheint hier eher die Durchmischung von Infektionen und nicht infektiösen Veränderungen.

Hierarchie 9: „Kognitive Erkrankungen“

Aufgrund des bedauerlichen Wegfalls der Demenz und die damit verbundene Reduktion der Substanz der Hierarchie 9 ist aus unserer Sicht ein Auflösen der Hierarchie nachvollziehbar.

Hierarchie 10: „Alkohol-/Drogenmissbrauch“

Die Aufnahme des ICD-10-Kodes Z51.83 „Opiatsubstitution“ in die Krankheitsauswahl wird positiv beurteilt. Inwiefern allerdings die Eingruppierung in die HMG052 zielführend ist, bleibt abzuwarten, da nach vorliegenden Studienergebnissen aus der Pilotphase zur Opiatsubstitution ggf. mit höheren Kosten – als sie in HMG052 veranschlagt sind – zu rechnen ist.

Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“

Die vorgeschlagene Verschiebung der ICD-10-Kodes für „*sonstige Zwangsstörungen*“ und „*nicht näher bezeichnete Zwangsstörungen*“ in eine neue DxG ist nachvollziehbar, wobei insgesamt das Modell 1 auf Grund der daraus resultierenden Ergebnisse bevorzugt werden sollte.

Zur Überarbeitung der Krankheitsauswahl mit den verschiedenen ICD-10-Zuordnungen gerade in diesem schwierigen Bereich verweisen wir weiterhin auf unsere Anmerkungen vom letzten Jahr.

Hierarchie 12: „Entwicklungsstörungen“

Die Neuordnung der DxG und HMG mit neuer Krankheitszuordnung erscheint plausibel. Der Wegfall der HMG257 ist auch aus klinischer Sicht zu begrüßen, wobei auch die Umgruppierung der Hierarchie 12 durch Dominanz der HMG 255 über die HMG256 unsererseits befürwortet wird, da so dem Gewicht der Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen Ausdruck gegeben wird.

Hierarchie 13: „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“

Ausdrücklich möchten wir uns für die aufwändige und detaillierte Anpassungsarbeit im Bereich der Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarkes bedanken. Die Neustrukturierung ist medizinisch fundiert gelungen, die statistischen Ergebnisse belegen eine deutliche Systemverbesserung.

Hinweisen möchten wir dennoch auf die Problematik der unspezifischen ICD-10-Kodes, insbesondere in der HMG292:

S24.1 *Sonstige und nicht näher bezeichnete
Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes*

S24.10 *Verletzung des thorakalen Rückenmarkes,
nicht näher bezeichnet*

Inwieweit eventuell diese beiden ICD-10-Kodes besser in der HMG293 oder sogar in der HMG294 abgebildet werden könnten, wäre evtl. eine Überprüfung wert.

Hierarchie 14: „Neurologische Erkrankungen“

Das apallische Syndrom in einer eigenen HMG an die Spitze der Hierarchie zu stellen, ist gut nachvollziehbar.

Die Frage nach einer möglichen weiteren Arzneimitteldifferenzierung bezüglich der multiplen Sklerose wird nach unserem Erachten allerdings etwas zu pauschal verworfen. Gerade bezüglich der diskutierten Anreizsituation sind unter Einbezug der Glukokorticoide Fehlsteuerungen denkbar bzw. konstruierbar. Eine Aufteilung der HMG234 bezüglich unterschiedlicher Medikamentenkosten sollte nicht pauschal mit dem Argument abgelehnt werden, dass es sich um eine Gruppe für das Vorliegen hochpreisiger Arzneimittel handelt und nicht um eine Differenzierung bezüglich des Schweregrades einer Erkrankung. Die Verhinderung der Verschlimmerung einer Erkrankung kann durchaus von erheblicher Relevanz für den Risikostrukturausgleich sein und wäre gerade in Bezug auf seine positiven Steuerungsanreize zum Wohle der Versicherten bei manchen chronischen Erkrankungen besonders wichtig.

Auch die Tatsache, dass das Vorgehen im Gutachten hinreichend diskutiert wurde, sollte niemanden daran hindern, doch jedes Jahr wieder neu nachzudenken, orientiert an der aktuellen medizinischen Entwicklung.

Die Festlegung einer eigenen HMG für den Status epilepticus mit dem zusätzlichen Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ unterstützen wir ausdrücklich.

Die Festlegung einer eigenen HMG258 für die Schlafapnoe begrüßen wir ebenfalls nachdrücklich, wobei in einer späteren Untersuchung evtl. die Komorbiditäten der HMG 258 mit den Erkrankungen der Hierarchie 16 untersucht werden sollten.

Hierarchie 16: „Herzerkrankungen“

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse der verschiedenen Modellrichtungen zur Hierarchisierung, verbunden mit der Neueinführung von Diagnosen, wird dem Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats zur Neugestaltung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ zugestimmt.

Zur Überarbeitung der Krankheitsauswahl mit den verschiedenen ICD-Zuordnungen inkl. der Zusatzkennzeichen zur Kodierung des Zustands nach Herzinfarkt verweisen wir weiterhin auf unsere Anmerkung vom letzten Jahr.

Hierarchie 19: „Erkrankungen der Lunge“

Der auch seitens der KBV eingebrachte Vorschlag zur weiteren Differenzierung der Mukoviszidose-HMG über einen Medikamentensplit wurde in diesem Jahr erneut vom BVA diskutiert, geprüft und abgelehnt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Ausführungen unsererseits aus dem vergangenen Jahr und zu den Hierarchien 14 und 22.

Die Streichung der Krankheitsauswahl Asthma bronchiale ist vor dem Hintergrund der ICD-10-Kodes für diese Erkrankung nachvollziehbar. Die J46 ist ein deutliches Beispiel für die oft unpräzisen ICD-10-Texte im systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM wie auch für die mangelnde Präzision des ICD-10-Diagnosenthesaurus mit seinen weit über 70.000 Einträgen. Dass vor diesem Hintergrund die Abbildung in einem Klassifikationssystem zur Trennung von schwerwiegenden und kostenintensiven Fällen von leichten Verläufen schwierig ist, bleibt nicht aus.

Die Neuaggregation der ICD-10-Kodes und die Anpassung der Hierarchien ist medizinisch eine systematische Verbesserung. Auf die Zuordnung des sehr unspezifischen (aber auch sehr seltenen) ICD-10-Kodes J99.8 *Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten* jetzt in die HMG108 neu „Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation“ hatten wir bereits hingewiesen. Unsere Bedenken bleiben auch bei der Neugestaltung der HMG erhalten und sollten nach wie vor noch näher untersucht werden.

Die Umgruppierung des ICD-10-Kodes J95.3 *Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation* von der HMG112 in die HMG216 zeigt eine medizinisch nachvollziehbare und sinnvolle Lösung auf.

Die sicherlich schwierige Zuordnung der Arzneimittel zur Differenzierung der Sonstigen interstitiellen Lungenkrankheiten HMG108 und HMG215, wie im Bericht detailliert ausgeführt, bedarf sicherlich einer sorgfältigen weiteren Beobachtung.

Hierarchie 20: „Erkrankungen der Harnwege“

Der von uns mehrfach vorgeschlagene Ausschluss der ICD-10-Kodes für die einseitigen Nierenfunktionsstörungen ist medizinisch sinnvoll.

Zur weiteren Überarbeitung der Krankheitsauswahl mit den verschiedenen ICD-10-Zuordnungen gerade in diesem schwierigen Bereich verweisen wir weiterhin auf unsere Anmerkung vom letzten Jahr.

Hierarchie 22: „Erkrankungen der Haut“

Auch bezüglich einer medikamentenspezifischen Differenzierung der HMG 219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation“ halten wir eine pauschale Ablehnung einer solchen Differenzierung mit dem Hinweis auf ungewünschte Anreize für nicht zielführend. Auch die Ablehnung kann zu ungewünschten Steuerungsphänomenen führen; wir verweisen auf die Diskussion bei der Hierarchie 14.

Hierarchie 24: „Medizinische Komplikationen“

Insgesamt sehen wir in der Umstrukturierung der Diagnosen zu den DxG respektive zu den HMG eine erhebliche Verbesserung. Das sehr komplexe Thema wird jetzt wesentlich stringenter und homogener abgebildet.

Die Anregung des BVA, dass künftig organspezifische (z. B. Endokrinopathien nach medizinischen Maßnahmen) bzw. krankheitsspezifische (Strahlenproktitis) Komplikationen den entsprechenden Krankheitshierarchien (z. B. metabolische Erkrankungen, Neubildungen) zugeordnet werden könnten, um mögliche nicht sachgerechte Doppelzuschläge zu minimieren, begrüßen wir. Ein solches Verfahren wurde (allerdings immer nur bezogen auf einzelne Erkrankungen bzw. Komplikationen) in den letzten Jahren immer wieder vorgeschlagen, eine systematische Diskussion dazu und eine Überprüfung wären sicher sinnvoll. Dabei muss immer im Einzelnen geprüft werden, ob diese Komplikationen einen eigenen KH-Wert haben oder ob sie „nur“ in eine höhere Zuschlagsgruppe führen sollen. Solche HMG-Differenzierungen auf Grund von Komorbiditäten bzw. Komplikationen könnten evtl. das System weiter verbessern helfen.

Hierarchie 26: „Erkrankungen des Auges“

In den vorangegangenen Stellungnahmen der KBV zur Aufnahme der vorletzten Krankheitsauswahl ins Klassifikationssystem hatten wir zur Krankheit 369 und 370 „Netzhautgefäßverschluss“ und „sonstige Erkrankungen der Netzhaut“ jeweils kritisch Stellung bezogen und von der seinerzeit vorgelegten Zusammenstellung der Diagnosen abgeraten. Unserem Vorschlag, die Netzhautveränderungen schweregradbedingt in zwei verschiedene Gruppen aufzuteilen, da akute, schnell und gut zu behandelnde Erkrankungen vermischt mit schweren, chronischen und extrem kostenaufwändigen Krankheiten vorlagen, wurde nicht nachgekommen.

Wir möchten nur darauf aufmerksam machen, dass im Zuge der Entwicklung zu den intravitrealen Injektionen gerade wegen der Medikamentenindikationen bei der nächsten Festlegung der Erkrankungen erneut darauf geachtet werden muss, wie sich die H35.3 Maculadegeneration entwickelt.

Allerdings liegt nun eine Hierarchie für die Erkrankungen des Auges mit nur einem ICD-10-Kode vor. Die Hierarchie dennoch strategisch im Hinblick auf die Weiterentwicklung und ständige Veränderung des Klassifikationssystems beizubehalten, halten wir für ausgesprochen sinnvoll. Den Umgang mit dem verbleibenden ICD-10-Kode, der zudem ein Sekundärkode in Form eines sogenannten Sternkodes nach ICD-10-Systematik ist, begrüßen wir sowohl aus statistischer Sicht als auch aus medizinisch inhaltlichen Gründen. Ebenfalls halten wir ein möglichst einheitliches Vorgehen zur Abbildung vergleichbarer Krankheitsbilder, z. B. der diabetischen Neuropathie, wie im Bericht ausgeführt, für angezeigt. Die Zuordnungsproblematik ist in diesen Fällen bereits durch die Kodiervorgaben der ICD-10-GM über das Kreuz-Stern-System mit der Doppelcodeverwaltung zur Abbildung der Ätiologie und Manifestation vorprogrammiert. Der Sachverhalt scheint vor diesem Hintergrund sachgerecht gelöst.

Hierarchie 27: „Erkrankungen des Neugeborenen“

Der Vorschlag zur Reduktion der HMGs und Neugruppierung der DxGs nach Wegfall der Krankheit Risikogeburt erscheint sinnvoll.

Hierarchie 28: „Chronischer Schmerz“

Die Führung der neu aufgenommenen Krankheit „Chronischer Schmerz“ als eigenständiger Hierarchiestrang mit der HMG253 und der HMG252 unterstützen wir ausdrücklich. Die hinterlegten ICD-10-Kodes F45.40 und F45.41 waren nach einem langwierigen Abstimmungs- und Abgrenzungsprozess in die ICD-10-GM auf dringenden Appell der Schmerztherapeuten aufgenommen worden, um dieses Krankheitsbild von den psychischen Ausprägungsformen wie z. B. unter dem ICD-10-Kode F62.80 *Andauernde Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom* abzugrenzen. Eine Einordnung dieser HMG in die Hierarchie 11, wie primär im Bericht diskutiert, hätte diesem nicht Rechnung getragen. Die Schmerzsystematik in den Vordergrund zu stellen, wie nun umgesetzt, entspricht der Intension der ICD-10-Kodes, die Krankheitsbilder sachgerecht abzubilden.

Die Schwierigkeit, bei der Vielzahl an zur Verfügung stehenden Medikamenten über die Orientierung am WHO-Stufenschema eine Auswahl entsprechender Arzneimittel zu treffen, ist sicherlich medizinisch sinnvoll.

Anmerkungen zu den Arzneimitteln im Einzelnen:

Zugrunde gelegt werden die ATC-Codes N02A (Opiode), N02B (Andere Analgetika und Antipyretika), N02C (Migränemittel), M01A (Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika), N03/6 (Adjuvantien: Antiepileptika (z. B. Carbamazepin, Gabapentin, Pregabalin), Psychoanaleptika (z. B. Amitriptylin, Imipramin, Clomipramin)).

Bei der Prüfung der ATC-Codes fiel auf, dass der ATC-Code M01AG (Fenamate) fehlt. Da hier aber nur topische Präparate auf dem Markt sind, ist die Nichtberücksichtigung nachvollziehbar.

Auffällig ist aber – wie auch in den vergangenen Jahren angemerkt – die Berücksichtigung pflanzlicher (blauer Eisenhut, Lindenblüten, Pestwurz), homöopathischer und anthroposophischer Präparate (N02BP, N02CH und N02CP: Pestwurz, ätherische Öle), die als überwiegend nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ab einem Alter von 12 Jahren (bei Entwicklungsstörungen ab 18 Jahren) außer als Satzungsleistungen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind.

Über dieses neue Aufgreifkriterium ist ein erster Schritt getan, schwere kostenintensive Verlaufsformen des chronischen Schmerzes abzugrenzen. Weitere Ansätze zur Abbildung bei anderen nichtmedikamentösen invasiven und nicht invasiven Behandlungsformen des chronischen Schmerzes sollten weiter verfolgt werden, auch wenn sie sich derzeit mit den vorliegenden Daten empirisch noch nicht prüfen lassen.

II.3

Zu den Änderungen des Berechnungsverfahrens

27 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

Wie auch in den Kommentaren der Vorjahre möchten wir ausschließlich zum Punkt „Annualisierung der Verstorbenen“ Stellung nehmen. Nach seit Jahren kontrovers geführter Diskussion mit guten Gründen sowohl FÜR als auch GEGEN eine Annualisierung soll nach Vorliegen des Evaluationsberichts 2009 des wissenschaftlichen Beirats nun eine Änderung und Vereinfachung des Berechnungsverfahrens erfolgen. Die Ergebnisse des Evaluationsberichts, die erhebliche Fehlerzuweisungen mit entsprechender Unter- und Überdeckung bei dem derzeit verwendeten Verfahren aufzeigen, legen auch aus unserer Sicht eine Änderung des Verfahrens nahe. Es verwundert nicht, dass insbesondere die Zuweisungen bei den jungen „gesunden“ und den älteren „kranken“ Versicherten sehr sensibel auf das Berechnungsverfahren bei unvollständigen Versichertenepisoden reagieren und sich somit fehlerhafte Zuweisungen mit Überdeckung der jungen Versicherten und Unterdeckungen bei Versicherten im hohen Alter gezeigt haben. Die Behebung dieser Verschiebungen mittels eines zudem vereinfachten Berechnungsverfahrens ist aus unserer Sicht durchaus zu begrüßen. Aus diesem Grund sind die Bedenken und Hinweise auf zu erwartende drastische Auswirkungen für einzelne Krankenkassen infolge des geänderten Verfahrens (siehe auch Schreiben des BVA an das Bundesministerium für Gesundheit vom 17. August 2012) ernst zu nehmen und kritisch zu prüfen.

33 Kostenerstatter

Wir teilen die Beurteilung des BVA, dass eine weitere Überprüfung der differenzierten Ausgestaltung der Kostenerstattergruppen auf Basis der Vollerhebung 2012 erfolgen sollte, auch wenn damit eine Anpassung für 2013 nicht mehr möglich ist.