



Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf des BVA für die Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013

VII 2 – 5572.02 – 3508/2011

Vorbemerkungen

Das Bundesversicherungsamt legt nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten bis zum 30. September für das folgende Ausgleichsjahr fest. Bei der Auswahl der 50-80 Krankheiten sollen nach § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV „insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.“

I. Kriterien zur Auswahl der Krankheiten

Grundsätzliche Anmerkungen

Das BVA setzt unverändert auf eine strikte empirisch orientierte Überprüfung der gesetzlich geforderten Kriterien „kostenintensiv“ und „schwerwiegend“ oder „chronisch“ sowie des Schwellenwertkriteriums. Wir begrüßen dies ausdrücklich. Nur Krankheiten, die die empirisch definierten Auswahlkriterien erfüllen, werden in die Krankheitsliste aufgenommen. Dieses Vorgehen ist transparent und für alle Akteure nachvollziehbar. Ein selektives Abweichen von dieser ausschließlich empirisch orientierten Methodik würde der Willkür bei der Auswahl der Krankheiten Tür und Tor öffnen.

Die Durchführung und Dokumentation der Berechnungsschritte ist nachvollziehbar. Auch die unveränderte Methodik der Berücksichtigung von Leistungsausgaben unvollständiger Versichertenzeiten ist zweckmäßig und zielführend. An zwei Stellen sehen wir hingegen nach wie vor Änderungsbedarf, den wir im Folgenden erläutern.

Spezifische Anmerkungen

Auswahlkriterium „Kostenintensiv“

Zur Prüfung des Kriteriums der Kostenintensität werden die prospektiven Kosten der einzelnen Krankheiten mit ihrer Prävalenz gewichtet. Dies geschieht in der aktuellen Systematik wie in den Vorjahren über die Multiplikation der Krankheitskosten mit der Quadratwurzel der absoluten Fallzahlen der von der Krankheit betroffenen Versicherten. Resultat dieser Berechnungsweise ist, dass hochprävalente und kostengünstige Krankheiten in die Krankheitsliste gelangen, hingegen teure, aber weniger häufig vorkommende Krankheiten keinen Eingang in die Krankheitsliste finden.

Unverändert beurteilen wir diese Prävalenzgewichtung kritisch. In unserer Stellungnahme vom 31.03.2010 haben wir eine ausführliche Erläuterung unserer Kritik vorgenommen. Wir sehen es nach wie vor als zielführend an, dem Gutachten zur Krankheitsauswahl des vorhergehenden wissenschaftlichen Beirats zu folgen und eine logarithmische Prävalenzgewichtung vorzunehmen. Hierdurch würde die (zunehmende) Dominanz prävalenstarker Krankheiten in der Krankheitsliste begrenzt.

Medizinisch schwerwiegende, eng abgrenzbare und teure Krankheiten haben den Vorteil, dass sie sicher und eindeutig zu diagnostizieren sind und unmittelbar hohe Kosten anfallen. Die logarithmische Prävalenzgewichtung kann daher Fehlanreize vermindern und einen wichtigen Beitrag zur Verminderung der Manipulations- und Strategieanfälligkeit des Morbi-RSA leisten.

Auswahlkriterium „Schwellenwert“

Der IKK e.V. sieht die Methodik zur Prüfung des Schwellenwertkriteriums weiterhin kritisch. Gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV sollen nur Krankheiten ausgeglichen werden, „bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen.“ Unserer Auffassung nach sind hier die durchschnittlichen Leistungsausgaben je individueller Krankheit gemeint. Die derzeitige Methodik hat zur Folge, dass in die Kosten einer Krankheit auch die Kosten aller anderen Krankheiten einfließen, die mit dieser Krankheit zusammen auftreten.

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben von Krankheiten, die viele Komorbiditäten aufweisen, werden dadurch in ihren Kosten deutlich überschätzt. Nur dadurch erfüllen viele Krankheiten das gesetzliche Schwellenwertkriterium und gelangen in die Liste der ausgleichsfähigen 80 Krankheiten.

Der IKK e.V. schlägt vor, der Intention des Gesetzgebers bei der Methodik der Schwellenwertprüfung stärker Rechnung zu tragen. Es wäre zielführender, die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Krankheit zukünftig im Rahmen einer zeitgleichen Regressionsanalyse zu ermitteln.

II. Änderungen der Krankheitsabgrenzung

Grundsätzliche Anmerkungen

Der IKK e.V. begrüßt, dass Änderungen in der Krankheitsabgrenzung seitens des BVA deutlich umfangreicher als in den vorangegangenen Anhörungsverfahren begründet werden. Allerdings sehen wir fortgesetzten Bedarf, die Begründungen noch etwas ausführlicher zu gestalten. Dies betrifft insbesondere – wie wir weiter unten im Detail begründen werden – die Zuordnung von bisher aus guten Gründen ausgeschlossenen Diagnosen (Krankheit 501) zu neuen oder bestehenden Krankheiten.

Hinsichtlich der Methodik der Krankheitsabgrenzung gibt es in § 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV eine klare gesetzliche Vorgabe: „Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.“ Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ganz ausdrücklich, dass das BVA bei vielen Krankheiten eine engere Abgrenzung vorgenommen hat. Gleichwohl sehen wir noch weiteren Optimierungsbedarf. Wir möchten das BVA ermutigen, dem gesetzlichen Kriterium der engen Abgrenzbarkeit eine noch stärkere Geltung zu verschaffen und andere – bisher noch sehr breit abgegrenzte Krankheiten – hinsichtlich engerer Abgrenzungsmöglichkeiten zu untersuchen.

Wir begrüßen auch, dass das BVA die Ätiologie als primäres Kriterium für die konkrete Krankheitsabgrenzung zugrunde legt. Die Aussage des BVA, dass „die Manifestation und damit die Kosten für unterschiedliche Krankheitsverläufe erst im Klassifikationsmodell berücksichtigt werden“ sollen, halten wir allerdings nicht in Gänze für zielführend. Zweckmäßiger wäre es, im Anschluss an die medizinisch begründete enge Krankheitsabgrenzung in einem zweiten Schritt auch die Kostenhomogenität in den Blick zu nehmen und kostenheterogene Krankheiten entsprechend der Kosten nochmals enger abzugrenzen. Dadurch wird verhindert, dass eine Vielzahl an Diagnosen berücksichtigt wird, die die gesetzlichen Kriterien nicht erfüllen.

Spezifische Anmerkungen

Erkrankungen des Pankreas (Krankheit 74)

Eisenmangel- und nicht näher bezeichnete Anämien (Krankheit 129)

Angsterkrankungen (Krankheit 141)

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Krankheit 152)

Entsprechend unserer grundsätzlichen Ausführungen begrüßen wir ganz ausdrücklich, dass die Krankheiten 74, 129, 141 und 152 deutlich enger als bisher abgegrenzt werden sollen. Die Begründungen des BVA für die veränderten Abgrenzungen sind nachvollziehbar.

Leichter / nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung (Krankheit 151)

Für die Entwicklungsstörungen und Entwicklungsrückstände hat sich durch die vorgeschlagenen Änderungen eine sehr differenzierte Krankheitsabgrenzung entwickelt. Jedoch enthält die Krankheit 151 mit dem fragilen X-Syndrom (Q99.2) eine Diagnose, die bei Frauen nur selten zu einer leichten Intelligenzminderung führt, wie es für die übrigen Diagnosen dieser Krankheit charakteristisch ist. So sind weniger als 20% der Frauen mit dem fragilen X-Syndrom von einer leichten Intelligenzminderung (IQ < 70) betroffen. Versicherte mit dieser Diagnose fallen stattdessen eher durch umschriebene Entwicklungsstörungen wie Lernbehinderungen oder Lernstörungen auf. Daher wäre es zielführender, die Diagnose Q99.2 der Krankheit 153 „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ zuzuordnen.

Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes (Krankheit 344)

Der IKK e.V. begrüßt, dass das BVA eine Anhebung der Altersgrenze auf 5 Jahre vornimmt. Bisher galt eine Altersbeschränkung von maximal einem Jahr. Diese Vorgehensweise entspricht den DIMDI-Metadaten, bei denen bezüglich des Alters auch keine Beschränkung besteht.

Chronischer Schmerz (Krankheit 381, neu)

Der Festlegungsentwurf enthält die neue Krankheit „Chronischer Schmerz“. Der Krankheit sind unter anderem die ICD-Codes R52.1 (Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz) und R52.2 (Sonstiger chronischer Schmerz) zugeordnet.

Sowohl die Verschlüsselungsanleitung des DIMDI als auch die Deutschen Kodierrichtlinien für den stationären Bereich sehen die Verwendung dieser Symptom-Codes nur in Ausnahmefällen vor. Das DIMDI sieht die Verwendung der Codes nur dann vor, wenn auch nach entsprechender Diagnostik oder in Verbindung mit einem Zusatzkennzeichen keine spezifischere Diagnose gestellt werden kann. Außerdem dürfen diese Schlüsselnummern nur verwendet werden, wenn am Quartalsende, z.B. beim Erstkontakt, die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist. So sollten z.B. chronische Schmerzen bei einem Tumor über die Ursache, sprich den Tumor (z.B.: C41.4) und die Lokalisation, z.B. Kreuzschmerzen (M54.5), kodiert werden und nicht über einen Code R52.-.

Eine Analyse des Kodierverhaltens im ambulanten Bereich durch den Vergleich relativer Häufigkeiten von quartalsgleichen Diagnosen bei Versicherten mit einer Diagnose R52.1 oder R52.2 gegenüber Versicherten ohne einen der Codes R52.1 oder R52.2 ergab, dass die Codes R52.1 und R52.2 von niedergelassenen Ärzten nicht im Sinne der Richtlinie, sondern immer wieder als zusätzliche Codes zu einer spezifischen Diagnose (z.B. G55.* Kompression von Nervenwurzeln, M51.1 Bandscheibenvorfall oder M54.4

Lumboischialgie) verwendet werden. Diese beiden Symptom-Codes werden demnach vielfach als zusätzliche Codes bei Diagnosen verwendet, die das Schmerzgeschehen bereits hinreichend im Sinne der Richtlinien beschreiben.

Insbesondere vor dem Hintergrund des Fehlens von ambulanten Kodierrichtlinien sehen wir die Gefahr, dass die Einordnung der Symptom-Codes R52.1 und R52.2 in eine eigene Krankheit signifikante Anreize für unerwünschte Kodieraktivitäten schafft, da für diese Versicherten auf sehr einfache Weise doppelte Zuschläge generiert werden könnten.

Um Manipulationsanreize zu vermeiden, sollten diese beiden Codes – wie die meisten anderen Symptom-Codes auch – wieder unter der Krankheitsnummer 501 AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...) eingruppiert werden.

AUSSCHLUSS (Krankheit 501)

Bisher hat das BVA auf die Zuordnung von Symptom-Codes zu Krankheiten nahezu ausschließlich verzichtet und diese unter der Krankheitsnummer 501 AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...) eingruppiert. Wir halten die bisher vom BVA verfolgte strikte Handhabung dieser Diagnosen auch vor dem Hintergrund für zielführend, dass Fehlankreize von vorneherein vermieden werden. Aus medizinischer Sicht sind Symptome nur selten spezifisch einer bestimmten Krankheit zuzuordnen. In der Regel treten Symptome zusammen mit mehreren Krankheiten auf. Eine Berücksichtigung von Symptom-Codes würde daher massive Anreize für unerwünschte Kodieraktivitäten freisetzen, da für diese Versicherten auf sehr einfache Weise mehrfache Zuschläge generiert werden könnten.

Die Manipulationsanreize, die bereits infolge der im BVA-Entwurf geplanten Zuordnung von zwei Symptom-Codes zur neuen Krankheit „Chronischer Schmerz“ erzeugt werden, stehen stellvertretend für diese Problematik. Eine Zuordnung von Symptom-Codes zu Krankheiten sollte daher nur in absoluten Ausnahmefällen erfolgen.

Insoweit das BVA jedoch eine Zuordnung von aktuell unter der Krankheitsnummer 501 gruppierten Diagnosen zu Krankheiten vornimmt, sehen wir es aus dargelegten Gründen als notwendig an, dass diese Änderungen seitens des BVA deutlich ausführlicher als im vorliegenden Entwurf begründet werden.