

DAK, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

**Nur per Email**

An

Bundesversicherungsamt - Ref. VII2

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Zentrale  
Risikostrukturausgleich  
*Postanschrift* DAK, Postfach 10 14 44  
20009 Hamburg  
*Telekontakt* Telefon: 040 2396-2352  
Telefax: 040 2396-4352  
volker.hartmann@dak.de  
*Internet* www.dak.de  
*persönlicher Kontakt* Nagelsweg 27 - 31  
20097 Hamburg

*unser Zeichen* 0 00-002120-00000-Har  
*IK* 101560000  
*Datum* 27.01.2012

**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung der im Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013**

Nach § 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV hat der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs die Festlegung der gemäß § 31 Abs. 4 RSAV im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

Das Bundesversicherungsamt hat mit dem Schreiben vom 22.12.2011 den Entwurf einer Festlegung der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013 zur Anhörung gestellt und um Stellungnahme bis zum 29.01.2012 gebeten.

Nachstehend nehmen wir die Gelegenheit einer Stellungnahme wahr und übersenden Ihnen die Vorschläge der DAK-Gesundheit.

**Allgemeines**

Das Verfahren zur Anpassung der Krankheitsauswahl sollte entgegen bestehender Überlegungen weiterhin kontinuierlich für jedes Ausgleichsjahr erneut durchgeführt werden. Nur so wird die Entwicklung verschiedenster Einflussfaktoren wie veränderte Behandlungsprozesse von Krankheiten mit besonders hohen Kosten oder innovativen und damit verbundenen nicht selten teuren Maßnahmen in die Krankheitsauswahl einfließen können.

Im Zusammenhang mit der vom wissenschaftlichen Beirat empfohlenen engeren Abgrenzung von Krankheiten fordern wir zusätzlich das Kriterium „Kostenhomogenität“ stärker zu berücksichtigen. Anderenfalls – was wir in der derzeitigen Krankheitsauswahl feststellen – werden viele Krankheiten, die aus unserer Sicht im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden sollten, systematisch – durch Verwässerung mit der Abbildung einer hohen Anzahl ähnlicher Diagnosen jedoch deutlich geringeren Kosten in der gleichen Gruppe – von der Krankheitsauswahl ausgeschlossen. Im folgenden Abschnitt zur Zuordnung von Diagnosen zu Krankheitsgruppen wird dieser Sachverhalt an Beispielen ersichtlich.

Ferner fordern wir neben der Überarbeitung der Diagnosezuordnung zu Krankheitsgruppen die regelmäßige Überprüfung der Berechnungsschritte. So zeigt sich das Kriterium Schwellenwertprüfung inzwischen als nahezu unwirksam.

Die Prävalenzgewichtung berücksichtigt für das Kriterium kostenintensiv neben den Kosten die Häufigkeit. Durch eine zunehmende Differenzierung von Krankheitsgruppen, die im Entwurf für 2013 zu erkennen ist und die wir unter zusätzlicher Berücksichtigung von Kostenhomogenität auch fordern, entstehen so möglicherweise Gruppen mit hohen Leistungsausgaben und geringer Fallzahl, die durch die Prävalenzgewichtung nicht oder nicht mehr in die Auswahl der 80 Krankheiten gelangen können.

Im Ergebnis müssen bei fortschreitender Differenzierung die Kriterien chronisch, schwerwiegend und kostenintensiv in ihren bisherigen Berechnungsschritten geprüft und ggf. überarbeitet werden, damit Krankheitsgruppen mit hohen Kosten und geringerer Fallzahl nicht systematisch von der Krankheitsauswahl ausgeschlossen werden.

Unabhängig von der Krankheitsauswahl fällt bei einer Analyse der vom BVA veröffentlichten prospektiven Kosten einer Krankheit mit ihren zeitgleichen Kosten auf, dass die zeitgleichen Mehrkosten einer Auswahlkrankheit im Durchschnitt fünfmal höher ausfallen als die prospektiven Mehrkosten. Unserer Ansicht nach ist dies ein klares Indiz dafür, dass ein zeitgleiches Modell eine wesentlich höhere Zielgenauigkeit aufweisen würde.

## Änderung der Zuordnung von Diagnosen

### Krankheit 52 „Schwerwiegende metabolische und endokrine Störungen“

Die Diagnosen E89.0 bis E89.6 sind im Entwurf der Krankheit 339 *Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung* zugeordnet. Die E89.8 und E89.9 werden mit der Abbildung in der Gruppe 501 *AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)* von einer weiteren Berücksichtigung ausgeschlossen. Die Begründung für eine Zuordnung zur Gruppe 501 nicht näher bezeichneter Komplikationen / Zustände / Symptome kann für die E89.8 *Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen* nicht zutreffen.

Entsprechend dem Vorgehen zur Verschlüsselung von Krankheiten handelt es sich bei dem Kode E89.8 *Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen* um eine näher bezeichnete Krankheit. Das Klassifikationssystem hält jedoch nicht für alle Erkrankungen einen eigenen ICD bereit und fasst diese dann unter .8 „sonstige“ zusammen. Somit müsste E89.8 *Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen* auch der Krankheit 339 zugeordnet werden.

Krankheit 62 „Vitamin-B-Mangel / andere Formen der Avitaminosen / Mangel an Spurenelementen“

Die bisher der Krankheit 62 zugeordneten Codes werden offensichtlich entsprechend ihrer Bezeichnung bzw. Klassifizierung in ICD-Kodes auf vier neue Krankheitsgruppen verteilt. Auch hier fehlt uns der ökonomische Aspekt bei der Zusammenstellung von Krankheitsgruppen mit möglichst hoher Homogenität bei den Leistungsausgaben.

Krankheiten

133 „Delir und Enzephalopathie“

134 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“

135 „Nicht-psychotisch organische Störung“

136 „Anderer / nicht näher bezeichneter Krankheitszustand des Zentralnervensystems“

380 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“

Die Diagnose F05.1 *Delir bei Demenz* ist bisher der Krankheit 134 *Demenz* zugeordnet. Aus medizinischen und Kostengründen halten wir eine Zuordnung zur Krankheit 133 *Delir und Enzephalopathie* für sachgerechter.

Im Entwurf werden einige Diagnosen G31 und G32 aus der Krankheit 134 *Demenz* in eine neue Krankheitsgruppe mit anderen nicht näher bezeichneten degenerativen Erkrankungen des Nervensystems ausgegliedert. In weiterer Konsequenz zu dem Vorgehen schlagen wir eine Verschiebung der Diagnosen G93.4 *Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet* aus der Krankheit 133 und F03 *Nicht näher bezeichnete Demenz* aus der Krankheit 134 in die Krankheit 380 vor. Darüber hinaus sollen die in der Krankheit 134 verbliebenen G31 und G32 ebenfalls in die Krankheit 380 verschoben werden und eine Zusammenfassung der sonstigen und nicht näher bezeichneten Erkrankungen der Krankheit 136 mit der Krankheit 380 erfolgen.

Für die genannten Krankheiten ergibt sich folgender Gesamtvorschlag:

Krankheit	2013 Entwurf	2013 Anpassungs- vorschlag
ICD		
F05.1	134	133
G93.4	133	136
F06	133 134	135
G31, G32	134 380	136
F03	134	136

Analyseergebnisse auf unseren Daten zeigen neben einer Verbesserung der Homogenität bei den Leistungsausgaben in jeder Krankheitsgruppe eine größere Abgrenzung bei den durchschnittlichen Leistungsausgaben zwischen diesen Krankheiten. Darüber hinaus sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Gruppe mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Krankheiten nun deutlich niedriger als in Gruppen mit näher bezeichneten Krankheiten.

#### Krankheit 130 „Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten“

Die Zuordnung der D63.0 *Anämie bei Neubildungen* zur Krankheit 41 *Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation* halten wir für nicht gerechtfertigt. Es soll eine Differenzierung der Krankheiten Anämie und bösartige Neubildungen erhalten bleiben, auch wenn die Anämie hier eine Folgekrankung darstellt bzw. in unmittelbarem Zusammenhang steht. Darüber hinaus kann die Diagnose bei allen bösartigen Neubildungen vorkommen, was eine Zuordnung zu einer der 12 Krankheitsgruppen mit bösartigen Neubildungen unmöglich erscheinen lässt.

Weiterhin bedeutet das Vorliegen einer bösartigen Neubildung nicht zwangsläufig das Vorhandensein einer Anämie, so dass auch aus diesem Grund eine eigenständige Betrachtung dieser Anämie sinnvoll ist. Unterstützt wird dieses nach Betrachtung der Leistungsausgaben von Versicherten mit Anämie bei bösartiger Neubildung der Krankheit 41, die in den DAK-Stichprobendaten deutlich höher als ohne Vorliegen einer Anämie sind und eher den Leistungsausgaben der in der Krankheit 130 verbliebenen Fälle entsprechen.

Auch die Verschiebung der Diagnose D64.8 *Sonstige näher bezeichnete Anämie* in die Krankheit 122 *Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen* führt zu keiner verbesserten Abbildung. Im Gegenteil wird diese Gruppe mit deutlich höheren Leistungsausgaben als die anderen Fälle in der Krankheit 122 nun vom Klassifizierungsverfahren bzw. einer möglichen Zuweisung über HMG ausgeschlossen. Darüber hinaus sind entsprechend der ICD-Systematik die Zusatzinformationen zu einer Diagnose Beispiele ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Mit D64.8 *Sonstige näher bezeichnete Anämie* werden alle sonstigen Anämien verschlüsselt, für die keine anderen spezifischen Schlüssel vorhanden sind und die durch die Angabe unter Exklusivum nicht ausgeschlossen sind.

In der Gesamtheit schlagen wir vor, die beiden Verschiebungen von Diagnosen aus der KH 130 nicht umzusetzen.

#### Krankheit 262 „Niereninsuffizienz“

Die Verschiebung der N18.80 *Einseitig chronische Nierenfunktionsstörung* von der Krankheit 262 *Niereninsuffizienz* in die 271 *Andere Erkrankungen der Harnwege* können wir nicht nachvollziehen. Die Begründung „fehlende klinische Relevanz“ könnte genauso für eine unveränderte Zuordnung herangezogen werden.

In der Krankheit 262 gibt es eine andere Diagnose, die ausgegliedert werden könnte. So führt die Q61.1 *Polyzystische Niere, autosomal rezessiv* nicht selten bereits im Kindesalter zu einer Niereninsuffizienz, wobei dann auch eine Verschlüsselung von N18 zu erwarten wäre. Fälle mit der Diagnose Q61.1 ohne kodierte N18 verursachen nach Auswertung unserer Daten deutlich geringere Kosten als bei gleichzeitig vorliegender Niereninsuffizienz (N18). Von daher schlagen wir eine Verschiebung der Q61.1 von der Krankheit 262 *Niereninsuffizienz* in die 272 *Nierenzysten* mit vergleichbaren durchschnittlichen Leistungsausgaben vor.

Krankheit 501 „AUSSCHLUSS (Symptom, Zustand,...)“

Die Zuordnung zur 501 können wir – wie weiter oben beschrieben – bei der ICD E89.8 *Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen* nicht nachzuvollziehen.

Auch die Diagnose D62 *Akute Blutungsanämie* sollte wieder dem Krankheitsauswahlprozess zugeführt werden. Neben der Verschlüsselung bei Anämie infolge einer Maßnahme, können z.B. größere intraabdominelle oder intrathorakale Verletzungen nach Trauma auch zu einer blutungsbedingten Anämie führen.

---

Freundliche Grüße

gez. Dieter Kaske  
Leiter der Abteilung Finanzplanung  
und -steuerung

---

  
  

---